

Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning

Förslag om tredje steget i tandvårdsreformen



SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/>

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2010

ISBN 978-91-38-23486-0
ISSN 0284-6012

Innehåll

Förord	11
Sammanfattning.....	13
1 Författningsförslag	23
1.1 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....	23
1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.....	26
1.2.1 Förslag till förordning om ändring i tandvårdsförordningen (1998:1338).....	29
1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.....	33
1.4 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen.....	37
2 Uppdraget och arbetsgruppens arbete	39
2.1 Uppdraget och bakgrund.....	39
2.2 Avgränsningar	40
2.3 Principiella utgångspunkter – vad vill vi uppnå?	42

2.4	Arbetets bedrivande	43
3	Tandvårdsstöd för vuxna.....	45
3.1	Generellt tandvårdsstöd.....	45
3.1.1	Tidigare generella stöd.....	45
3.1.2	Dagens generella stöd.....	46
3.2	Tidigare selektiva tandvårdsstöd	47
3.2.1	Bakgrund och översikt.....	47
3.2.2	Förhöjd ersättning inom tandvårdsförsäkringen	49
3.3	Dagens selektiva tandvårdsstöd.....	51
3.3.1	Uppsökande verksamhet	51
3.3.2	Nödvändig tandvård	53
3.3.3	Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.....	55
3.3.4	Oralkirurgiska behandlingar	58
3.3.5	Statens bidrag till landstingen	59
3.4	Kort om tandvårdsstöd i andra länder	60
4	Problembeskrivning	63
4.1	Många utan särskilt stöd.....	63
4.2	Otydligt regelverk.....	65
4.3	Krånglig administration	67
4.4	Bristande kunskaper om stöd och otillräcklig information.....	68
4.5	Brist på statistik.....	69
4.6	För få studier om munhälsa.....	70
4.7	Bristande samverkan och kunskap om tandvård	71

4.8	Åldrande befolkning	72
5	Alternativa modeller och huvudmannaskap	75
5.1	Behoven skiljer sig – lämpligt med olika stödformer	75
5.1.1	Riktat stöd för att motsvara behoven.....	76
5.1.2	Stödets nivå och behov av kontroll	77
5.2	Huvudmannaskap	78
5.2.1	Landstingen som huvudmän för det särskilda tandvårdsstödet.....	79
5.2.2	Staten som huvudman för det särskilda tandvårdsstödet.....	81
5.2.3	Tvådelat särskilt tandvårdsstöd och två huvudmän.....	84
5.2.4	Går det verkligen inte att lägga allt hos en huvudman?	86
5.3	Vilka förslag landar vi i?	87
6	Särskilt tandvårdsbidrag till riskgrupper.....	89
6.1	Mål för det särskilda tandvårdsbidraget.....	89
6.2	Vilka patientgrupper ska omfattas?	92
6.3	Tillgodohavande hos Försäkringskassan	96
6.4	Ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder	96
6.5	Särskilt tandvårdsbidrag och abonnemangstandvård.....	99
6.6	Det särskilda tandvårdsbidragets storlek.....	100
6.7	Rätten till allmänt tandvårdsbidrag oförändrad	103
6.8	Särskilt tandvårdsbidrag och tandvårdsersättning	104
6.9	Ansökan och utbetalning av stöd.....	104

6.10	Underlaget för stödet	108
6.11	Kontrollinsatser i efterhand.....	110
6.12	Möjligheter att begära förhandsbesked från Försäkringskassan	112
6.13	Försäkringskassans uppgiftsskyldighet	114
6.14	Återbetalningsskyldighet.....	115
6.15	Möjligheter att överklaga.....	117
7	Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift – stöd till nya grupper	119
7.1	Mål för tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.....	119
7.2	Stöd till personer med stora behov av tandvård på grund av långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättning	122
7.2.1	Vilka patienter ska få stöd?	122
7.2.2	Stödets storlek.....	126
7.2.3	Tandvård som ska omfattas av stödet.....	127
7.2.4	Avgränsning mot andra stödformer	128
7.3	Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid – några förändringar.....	131
7.3.1	Patientgrupper som får stöd idag.....	131
7.3.2	Nya patientgrupper föreslås få stöd	133
7.4	Förtydligande av personkretsen som ska erbjudas uppsökande och nödvändig tandvård.....	135
7.5	Gemensamma bestämmelser för tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.....	138
7.5.1	Förhandsprövning.....	138
7.5.2	Socialstyrelsen meddelar föreskrifter	140
7.5.3	Ersättningen från landsting till vårdgivare	141

7.6	Överklagande	147
8	Uppföljning, statistik och information	151
8.1	Uppföljning och utvärdering.....	152
8.2	Statistik.....	154
8.2.1	Tandhälsoregistret och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift	155
8.2.2	Tandhälsoregistret och särskilt tandvårdsbidrag.....	159
8.3	Information	160
8.3.1	Tandvårdens och vårdens informationsansvar.....	162
9	Genomförande och ikraftträdande	163
10	Kostnadsberäkningar och ekonomiska konsekvenser .	165
10.1	Översikt av kostnadsberäkningar	165
10.2	Så påverkas patientkostnaderna av de särskilda tandvårdsstöden	168
10.3	Kostnader för det särskilda stödet	170
10.3.1	Hur många personer kan beröras?.....	170
10.3.2	Utnyttjandegrad	174
10.4	Administrativa kostnader	177
10.4.1	Försäkringskassans administrativa kostnader	177
10.4.2	Domstolarnas administrativa kostnader.....	178
10.4.3	Landstingens administrativa kostnader.....	179
10.5	Besparingspotential?	180
10.5.1	Effekter på kort sikt	180
10.5.2	Långsiktiga effekter	181
10.6	Kostnadsfördelning mellan stat och landsting.....	182

10.7	Insatser för genomförande m.m.....	183
11	Konsekvenser.....	185
11.1	Konsekvenser för konkurrensneutraliteten mellan folktandvården och de privata vårdgivarna.....	185
11.2	Konsekvenser för den statliga styrningen	186
11.3	Konsekvenser för brottslighet, fusk och missbruk av särskilt tandvårdsstöd	186
11.4	Konsekvenser för företagen – regelbörda.....	187
11.5	Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män.....	188
11.6	Konsekvenser för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen.....	190
11.7	Konsekvenser för personlig integritet	191
11.8	Konsekvenser för det kommunala självstyret	191
11.9	Övriga konsekvenser.....	192
12	Författningskommentar	193
12.1	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....	193
	Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd	195
	Odontologiska begrepp	199
	Källförteckning	201

Bilaga 1 Patientgrupper som ska få särskilt tandvårdsbidrag	206
Bilaga 2 Patientgrupper som ska få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.....	227
Beskrivning av sjukdomen.....	243

Förord

Regeringen beslöt den 18 maj 2009 att tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att utforma ett kompletterande stöd till patientgrupper som på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har ett ökat behov av tandvård.

Chefen för socialdepartementet förordnade samma dag generaldirektören Curt Malmborg som ordförande i arbetsgruppen. Till arbetsgruppens sekretariat har förordnats ämnessakkunnig Åsa Forssell, ämnessakkunnig Sara Åström samt tandvårdsstrateg Gunnel Håkansson.

Till gruppen har knutits en referensgrupp bestående av över tandläkare Inger Stenberg, professor Björn Klinge, f.d. tandvårdsdirektör Bertil Koch samt odontologisk utredare/tandläkare Lars Sjödin.

Arbetsgruppen har överlämnat ett gediget och heltäckande underlag. Delar av detta underlag har därefter beretts vidare inom Regeringskansliet.

Stockholm i december 2010

Olivia Wigzell
Departementsråd

Sammanfattning

Bakgrund

Regeringen tillsatte våren 2009 en arbetsgrupp med uppgift att utforma ett särskilt stöd för personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har ett ökat behov av tandvård.

Det finns ett stort antal personer som är målgrupp för arbetsgruppens uppdrag. Det är exempelvis personer med svårinställd diabetes, inflammatoriska mag- och tarmsjukdomar, neurologiska skador och sjukdomar, personer som är immunosupprimerade och psykiskt funktionshindrade personer. Läke-medelsbehandling kan också påverka tandhälsan negativt. Många personer blir muntorra som följd av läkemedelsbehandling, vilket leder till ökad kariesrisk. För att bibehålla en god tandhälsa behöver dessa personer besöka tandvården oftare än andra. Det statliga generella tandvårdsstödet reformerades 2008 och innebar bland annat ett förbättrat skydd mot höga tandvårdskostnader. Det övergripande målet för tandvården om en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen uppfylls dock inte helt genom ett generellt stöd som är lika för alla.

Personer med stora vård- och omsorgsbehov samt personer med behov av tandvård som led i en sjukdomsbehandling omfattas redan av selektivt tandvårdsstöd. Det gör även personer med behov av vissa oralkirurgiska åtgärder. Sammantaget är det i dagsläget omkring 220 000 personer som erbjuds vissa tandvårdsbehandlingar till en patientkostnad motsvarande avgiften

inom hälso- och sjukvården. Däremot omfattas inte längre långvarigt sjuka och funktionshindrade av något tandvårdsstöd utöver det generella statliga stödet. Utan särskilt stöd leder deras sjukdomar och funktionshinder till att de får sämre förutsättningar än andra att bibehålla god tandhälsa.

Olika tandvårdsbehov och olika behov av stöd

Tandvårdsbehoven som kan uppkomma på grund av sjukdom och funktionshinder kan vara av olika karaktär och varaktigheten kan också variera. Vissa sjukdomar skapar specifika problem för munhälsan, medan andra ger en mer allmänt ökad risk för försämrad tandhälsa genom ökad risk för karies och tandlossning. För vissa diagnoser kan man väsentligen minska risken för försämrad tandhälsa genom förebyggande tandvård som komplement till egenvården. För andra sjukdomar räcker det inte med enbart förebyggande tandvård, utan besvären är så omfattande att andra tandvårdsåtgärder utöver förebyggande vård behövs för att bibehålla tandhälsan. Sjukdomen eller funktionshindret gör det svårt för patienten att sköta sin munhälsa och att få tandvård utförd.

För att möta de olika behoven föreslår vi ett tvådelat selektivt stöd. Den första delen består av ett bidrag ("check") knutet till betalning av förebyggande tandvårdsåtgärder. Bidraget riktas till den stora gruppen personer som får ökad risk för försämrad tandhälsa på grund av sjukdom eller funktionshinder och där risken kan minskas genom förebyggande tandvård. Syftet är att bidraget ska uppmuntra till förebyggande tandvård och egenansvar. Cirka 300 000 personer beräknas omfattas av detta stöd.

Den andra delen av det selektiva stödet innebär att personer som får stora tandvårdsbehov som följd av långvarig sjukdom och funktionshinder och där förebyggande tandvård inte är tillräckligt ska få sina behov tillgodosedda genom tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Målet med stödet är att undanröja ekonomiska hinder att dessa utsatta personer ska få sina tand-

vårdsbehov tillgodosedda. Omkring 55 000 personer uppskattas omfattas av denna del.

Två huvudsakliga inriktningar på våra förslag

Det finns två centrala aspekter i den övergripande inriktningen för våra förslag. För det första har vi eftersträvat tydlighet i regelverket i så hög grad som möjligt. Med ledning av erfarenheterna av det statliga selektiva tandvårdsstödet som benämndes förhöjd ersättning vänder vi på angreppssättet. Vi preciserar nu vilka patientkategorier som ska omfattas av stöd, då vår bedömning är att det gynnar patienten mer än ett regelverk med mer flexibel inriktning. Regelverket kring förhöjd ersättning baserades inte på några diagnoser utan på individuella bedömningar av samband mellan sjukdomen eller funktionshindret och tandvårdsbehovet. Förhöjd ersättning blev därför såväl otydligt som administrativt tungt och kostsamt, vilket ledde till att merparten av målgruppen inte nåddes av stödet.

För det andra bygger förslagen vidare på de system som redan finns på plats i dagsläget. Förslagen till särskilt stöd har anpassats för att passa bra ihop med befintliga stödformer och befintlig infrastruktur. Det särskilda tandvårdsbidraget är till sin form likt det allmänna tandvårdsbidraget inom det statliga tandvårdsstödet med Försäkringskassan som huvudman. På motsvarande sätt liknar stödet för långvarigt sjuka och funktionshindrade landstingens tandvårdsstöd i övrigt.

Särskilt tandvårdsbidrag

För de som främst har behov av förebyggande tandvård som följd av sin sjukdom eller funktionsnedsättning föreslår vi att ett särskilt tandvårdsbidrag skapas inom ramen för det statliga tandvårdsstödet med Försäkringskassan som huvudman.

Patienter som

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

13. har genomgått en organtransplantation,
14. har kronisk destruktiv parodontit, eller
15. har periimplantit.

Ovanstående patientgrupper föreslås erhålla ett stöd om maximalt 1 200 kronor per år. Bidraget ska utgå med maximalt 600 kronor per halvår och knyts till förebyggande tandvårdsåtgärder. Syftet är att ge stimulans till täta kontakter med tandvården för just förebyggande tandvård. I allmänhet kommer patienterna oftast att betala en viss andel själva av sina tandvårdskostnader. Det bör ses som en självrisk med syfte att ge patienten incitament till egenvård. Det särskilda tandvårdsbidraget är liksom det allmänna tandvårdsbidraget utformat som ett tillgodohavande hos Försäkringskassan och fokus ligger på efterhandskontroller snarare än förhandsprovningar. Administration och utbetalning av ersättning föreslås ske på samma sätt som gäller för det statliga tandvårdsstödet i övrigt. Detsamma gäller för överklagande och återbetalningsskyldighet. För den förebyggande tandvård som betalas med särskilt tandvårdsbidrag gäller fritt val av vårdgivare och fri prissättning.

Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift

Personer med sjukdomar och funktionshinder som leder till större tandvårdsbehov, och där förebyggande tandvård inte är tillräckligt för att bibehålla tandhälsan, behöver ett mer omfattande stöd än det särskilda tandvårdsbidraget. Dessa grupper ska enligt våra förslag kunna erhålla tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Förslaget innebär att en ny kategori skapas inom landstingens tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift – personer med långvariga sjukdomar och funktionshinder.

De patientgrupper som ska få del av stödet är personer som har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling på grund av

1. ett svårt psykiskt funktionshinder,
2. Parkinsons sjukdom,
3. multipel skleros,
4. cerebral pares,
5. reumatoid artrit,
6. systemisk lupus erythematosus,
7. sklerodermi,
8. amyotrofisk lateralscleros,
9. ett orofacialt funktionshinder,
10. symtom som kvarstår sex månader efter det att personen har fått hjärninfarkt eller hjärnblödning (stroke).

Stöd ska även utgå till personer som på grund av

11. en sällsynt diagnos har stora svårigheter att sköta sin munhygien, att få tandvård utförd eller som har orofaciala symtom.

Att dessa personer får tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift innebär låga eller i realiteten ofta inga patientkostnader alls för deras tandvård. Avgifterna för tandvård och besök inom hälso- och sjukvården kan maximalt uppgå till 900 kronor per tolv-månadersperiod. Kroniskt sjuka kommer ofta upp i detta belopp för sina besök inom hälso- och sjukvården varför tandvården i praktiken kan bli avgiftsfri. Personer inom gruppen bör därmed inte hamna i situationen att de inte finner det ekonomiskt möjligt att erhålla den tandvård de har behov av.

De nya grupperna kommer att administreras på motsvarande sätt som gäller för befintliga grupper inom den landstings-administrerade vuxentandvården. Här ligger fokus på individuella bedömningar och förhandsprövningar hos landstingen som huvudmän för stödet. Flertalet av de nya grupperna har dock kroniska besvär varför de kommer att erhålla subventionerad tandvård tills vidare. De långvarigt sjuka och funktionshindrade

ska kunna erhålla i princip all tandvård utom fastsittande protetik inom ramen för tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Fritt val av vårdgivare gäller även för de nya grupperna och även fortsättningsvis kommer ersättningen att styras av de priser som fastslagits av landstingsfullmäktige (folktandvårdens priser) om inte annat överenskommit. Det blir naturligt eftersom landstingen har kostnadsansvar för stödet. Enligt arbetsgruppens uppfattning kan ett så generöst stöd som detta kan inte heller kombineras med fri prissättning utan risk att urholkas från patienternas perspektiv eller bli kostnadsdrivande för stödets huvudman.

Arbetsgruppen lägger också förslag om vissa förändringar i gällande regelverk. Det ska vara upp till varje landsting att avgöra i vilka fall förhandsprövningar behöver göras. Därutöver ska en ny patientgrupp läggas till inom kategorin tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid. Personer med erosions-skador på tänderna till följd av ätstörning eller refluxsjukdom ska vid behov få tandvård inklusive protetiska åtgärder när de är medicinskt färdigbehandlade för att även munnen och bettet ska rehabiliteras. Även en grupp som i dagsläget redan får tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling föreslås föras in och omfattas av stödet enligt regelverket. En annan ändring är att två av de grupper som idag får tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling i stället föreslås få särskilt tandvårdsbidrag. Det gäller patienter med Sjögrens syndrom och patienter som har genomgått strålbehandling i öron- näs- mun-, eller halsregionen, vilka i första hand är i behov av förebyggande tandvård på grund av problem med muntorrhet. Dock kommer vissa personer som idag finns inom dessa grupper även fortsättningsvis få del av tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift men på annan grund.

Statistik, uppföljning, utvärdering och information

Uppföljning och utvärdering är en förutsättning för god styrning av offentlig verksamhet. Uppföljnings- och utvärderingsuppdrag

föreslås läggas på bland annat Socialstyrelsen. Ett samlat utvärderingsprogram behöver genomföras efter tre år med tredje steget i tandvårdsreformen. Den landstingsadministrerade tandvården behöver följas upp på nationell nivå. Därutöver behöver patientgrupperna följas för att bevaka utvecklingen och identifiera eventuella behov av förändringar i regelverket.

Vi föreslår också att tandhälsoregistret utvidgas till att gälla även nödvändig tandvård och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift för långvarigt sjuka och funktionshindrade. Rapporteringen ska ske inom det befintliga IT-stödet. Uppgift om grunden för särskilt stöd föreslås bli en ny uppgift i tandhälsoregistret.

Ändamålsenlig och lättillgänglig information för patienter och behandlande vårdgivare inom både tandvården och hälso- och sjukvården är avgörande för reformens utfall. Samlad information kan ge en helhetsbild och förståelse kring hur de olika formerna av tandvårdsstöd hänger ihop. Informationsinsatser och utbildningsinsatser kommer att behövas.

Reformkostnader

Reformkostnaden för förslaget om ett tvådelat särskilt stöd för sjuka och funktionshindrade beräknas till högst 500 miljoner kronor per år. Den största kostnaden blir för särskilt tandvårdsbidrag då flest personer kommer att omfattas av detta stöd. Målet är naturligtvis att alla inom målgrupperna ska nås av stödet, men vi bedömer det som mer realistiskt att 85 procent kommer att göra det. Omkring 70 procent av alla vuxna valde att utnyttja det allmänna tandvårdsbidrag under de första åren med det reformerade statliga stödet.

I budgetspropositionen för 2011 har beräknats 500 miljoner kronor för denna reform från 2012. Arbetsgruppen föreslår att reformen träder i kraft 1 juli 2012 varför kostnader beräknas uppgå till högst 250 miljoner kronor 2012.

Genomförande

Genomförandetidpunkt föreslås som redan nämnts bli 1 juli 2012. Detta i syfte att skapa utrymme för det förberedelsearbete som kommer att behövas. Behoven av samordning mellan myndigheter, huvudmän och vårdgivare ställer krav på framförhållning. Viktigt under genomförandet och förberedelsearbetet i övrigt är också samverkan med tandvårdsbranschen och de behandlande vårdgivarna. Arbetet med tredje steget i tandvårdsreformen har präglats av en hög grad av förankringsarbete, vilket har varit uppskattat och fungerat som viktig input i utredningsarbetet.

1 Författningsförslag

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

Härigenom föreskrivs att 8 a och 17 §§ tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 a §¹

Vid tillämpningen av 8 § skall landstinget särskilt svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt bland dem som har varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som

Vid tillämpningen av 8 § ska landstinget särskilt svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som är beviljade insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade eller ersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken samt bland dem som har varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som

1. kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 §

¹ Senaste lydelse 2003:1209.

första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), eller

2. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller

3. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av punkterna 1–2 ovan.

Landstinget *skall* också svara för att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.

Landstinget *skall* vidare se till att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.

Landstinget *ska* också svara för att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.

Landstinget *ska* vidare se till att tandvård kan erbjudas

1. dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, och

2. dem som har stora behov av tandvård på grund av långvariga sjukdomar eller funktionshinder.

17 §²

Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter om tandvården som behövs till skydd för enskilda eller tandvårdens bedrivande i övrigt.

Regeringen får överlåta åt Socialstyrelsen att meddela föreskrifter till skydd för enskilda.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. sådan tandvård som avses i 8 a §, och

2. undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling, som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser och som inte ersätts till någon del enligt socialförsäkringsbalken.

² Senaste lydelse 1996:788.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2012.

1.2 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 §, 2 kap. 2, 3 och 5 §§ samt rubriken närmast före 2 kap. 1 § ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas två nya paragrafer 2 kap. 1 a och 1 b §§, samt närmast före 2 kap. 1 a och 2 kap. 2 §§ två nya rubriker av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

1 §

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

Statligt tandvårdsstöd lämnas i form av allmänt tandvårdsbidrag och tandvårdsersättning.

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

2 kap.

Allmänt tandvårdsbidrag och tandvårdsersättning

Allmänt tandvårdsbidrag, *särskilt tandvårdsbidrag* och tandvårdsersättning

Särskilt tandvårdsbidrag

1 a §

Särskilt tandvårdsbidrag får användas för betalning av ersättningsberättigande förebyggande tandvårdsåtgärder under en period av högst sex månader räknat från och med den

1 januari eller den 1 juli varje år, om patienten

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

2. på grund av en sjukdom eller ett funktionshinder löper risk att få försämrad tandhälsa.

1 b §

Försäkringskassan ska efter ansökan av en patient eller en vårdgivare i förväg pröva om förutsättningarna för särskilt tandvårdsbidrag enligt 1 a § 2 är uppfyllda. Ett sådant beslut gäller under den tid och under de förutsättningar i övrigt som anges i beslutet.

Gemensamma bestämmelser om tandvårdsbidrag

2 §

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

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

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

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

3 §

Regeringen meddelar föreskrifter om det allmänna tandvårdsbidragets storlek.

Regeringen meddelar föreskrifter om det allmänna *och det särskilda* tandvårdsbidragets storlek.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar föreskrifter om de sjukdomar och funktionsbinder som kan berättiga till särskilt tandvårdsbidrag.

5 §

Tandvårdsersättning får inte lämnas för sådana tandvårdsåtgärder som omfattas av ett avtal om abonnemangstandvård enligt 2 §.

Tandvårdsersättning får inte heller lämnas för tandvårdsåtgärder till den del dessa betalas med ett allmänt tandvårdsbidrag.

Tandvårdsersättning får inte heller lämnas för tandvårdsåtgärder till den del dessa betalas med ett allmänt *eller särskilt* tandvårdsbidrag.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2012.

1.2.1 Förslag till förordning om ändring i tandvårdsförordningen (1998:1338)

Härigenom föreskrivs i fråga om tandvårdsförordningen (1998:1338)

dels att 3 och 10 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i förordningen ska införas två nya paragrafer 7 a § och 13 § samt närmast före 7 a och 13 §§ två nya rubriker av följande lydelse

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §³

Tandvård som är ett led i sjukdomsbehandling under en begränsad tid omfattas av bestämmelserna om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Med sådan tandvård avses i denna förordning tandvårdsbehandling

1. till följd av medfödd missbildning i käkområdet eller ansiktet, om inte missbildningen endast är av ringa omfattning,

2. av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet,

3. av tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall,

4. på patienter som ska genomgå kirurgiska ingrepp där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav,

4. på patienter som ska genomgå kirurgiska ingrepp eller medicinsk behandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav,

5. på patienter som på grund av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar har fått förändringar i munslemhinnan,

6. på patienter som genomgår utredning där det finns misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom,

7. på patienter som genomgår strålbehandling i öron-, näs-,

³ Senaste lydelse 2010:273.

mun-, eller halsregionen,

8. på patienter med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen (orofaciala smärtsyndrom),

9. på patienter som utreds och behandlas för allvarlig sömnapné,

10. på patienter med Sjögrens syndrom eller med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling.

10. av frätskador som orsakats av anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom på patienter som är medicinskt rehabiliterade.

Behandling som avses i första stycket 1 och 2 ska för att omfattas av reglerna om avgift utföras av en tandläkare vid käkcentral, högskola där odontologisk utbildning och forskning bedrivs, vid en klinik för specialisttandvård eller av en tandläkare med specialistkompetens.

Behandling som avses i första stycket 1 och 2 ska för att omfattas av reglerna om avgift utföras av en tandläkare vid käkcentral, i samband med odontologisk utbildning vid högskola eller universitet, vid en klinik för specialisttandvård eller av en tandläkare med specialistkompetens.

Tandvård för personer med långvariga sjukdomar och funktionshinder

7 a §

Tandvård för personer som har stora behov av tandvård på grund av långvariga sjukdomar eller funktionshinder omfattas av bestämmelserna om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Med sådan tandvård avses i denna förordning tandvårdsbehandling på personer

som har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling på grund av

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

Med sådan tandvård avses också tandvårdsbehandling på personer som på grund av en sällsynt diagnos har

1. stora svårigheter att sköta sin munhygien,
2. stora svårigheter att genomgå tandvårdsbehandling, eller
3. orofaciala symtom.

I sådan tandvård som avses i första och andra stycket ingår inte behandling med festsittande protetik.

10 §

Innan en vårdgivare inleder en behandling enligt 3, 4 eller 6 §§ eller en protetisk behandling på en person som omfattas av bestämmelserna i 8 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125), skall behandlingsförslaget prövas av det landsting inom vars område patienten är bosatt.

Innan en vårdgivare inleder en behandling enligt 3, 4, 6 eller 7 a §§ eller en protetisk behandling på en person som omfattas av bestämmelserna i 8 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125), ska behandlingsförslaget, om inte annat följer av andra stycket, prövas av det landsting inom vars område patienten är bosatt.

Ett landsting får besluta att förhandsprövning inte krävs för vissa typer av behandlingsförslag.

Bemyndiganden

13 §

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om

1. sådan tandvård som avses i 8 a §, och

2. undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling, som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser och som inte ersätts till någon del enligt socialförsäkringsbalken.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2012.

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

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

dels att 14 och 15 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i förordningen ska införas tre nya paragrafer 4 a – 4 c §§, samt närmast före 4 a § en ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Särskilt tandvårdsbidrag

4 a §

Särskilt tandvårdsbidrag får lämnas till en patient som

1. är muntorr på grund av långvarig behandling med läkemedel,

2. har genomgått strålbehandling i öron- näs- mun-, eller halsregionen,

3. har Sjögrens syndrom,

4. har kronisk obstruktiv lungsjukdom och har ordinerats syrgas eller näringsdryck,

5. har cystisk fibros,

6. har ulcerös colit,

7. har Crohns sjukdom,

8. har tarmsvikt,

9. har frätskador på tänderna och anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom,

10. har svårinställd diabetes,
11. genomgår dialysbehandling,

12. är immunosupprimerad på grund av behandling med läkemedel,

13. har genomgått en organtransplantation,

14. har kronisk destruktiv parodontit, eller

15. har periimplantit.

Särskilt tandvårdsbidrag får bara lämnas till patienter som avses i första stycket 14 och 15 om tandvårdsbehandlingen utförts av en specialist i parodontologi eller i samverkan med en sådan specialist.

4 b §

Särskilt tandvårdsbidrag lämnas med högst 600 kronor per halvår.

4 c §

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela föreskrifter om vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till särskilt tandvårdsbidrag.

Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter om

1. de sjukdomar och funktionshinder som kan berättiga till särskilt tandvårdsbidrag, och
2. det underlag som krävs

vid bedömning av rätten till särskilt tandvårdsbidrag.

14 §

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

1. huruvida patienten omfattas av rätten till statligt tandvårdsstöd,

2. patientens utnyttjande av allmänt tandvårdsbidrag, 2. patientens utnyttjande av allmänt *och särskilt* tandvårdsbidrag,

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

4. vilket datum pågående ersättningsperiod började löpa,

5. vilket datum den senast slutförda ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden slutfördes, *samt* 5. vilket datum den senast slutförda ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden slutfördes,

6. förekomst av avtal om abonnemangstandvård enligt 2 kap. 2 § lagen om statligt tandvårdsstöd samt, i förekommande fall, abonnemangsperiod för och vilken tandvård som omfattas av ett sådant avtal. 6. förekomst av avtal om abonnemangstandvård enligt 2 kap. 2 § lagen om statligt tandvårdsstöd samt, i förekommande fall, abonnemangsperiod för och vilken tandvård som omfattas av ett sådant avtal, *samt*

7. huruvida förutsättningarna för särskilt tandvårdsbidrag i 2 kap. 1 a § 2 lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd är uppfyllda enligt ett förhandsbesked från Försäkringskassan.

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

15 §

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

Underlaget ska innehålla uppgifter om

1. behandlande tandläkares eller tandhygienists namn och personnummer,
2. patientens namn och personnummer,
3. datum när åtgärden slutfördes,
4. diagnos- respektive åtgärdskod för den åtgärd som är ersättningsberättigande i det enskilda fallet,
5. diagnos- respektive åtgärdskod för den faktiskt utförda åtgärden, om denna inte är ersättningsberättigande i det enskilda fallet,
6. tandnummer och tandposition, *samt*
6. tandnummer och tandposition,
7. vårdgivarens pris för utförd åtgärd för den aktuella patienten.
7. vårdgivarens pris för utförd åtgärd för den aktuella patienten, *samt*
8. *skälen för begäran om ersättning i form av särskilt tandvårdsbidrag.*

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

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

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2012.

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

Härigenom föreskrivs att 4 och 5 §§ förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §

I tandhälsoregistret får behandlas personuppgifter om patienter som undersökts eller behandlats inom tandvården. Behandlingen får avse uppgifter om

1. personnummer, kön, diagnoser, undersöknings- eller behandlingsåtgärder, tandnummer och tandposition, datum då undersöknings- och behandlingsåtgärder slutfördes, vårdgivarens mottagning och organisationsnummer,

2. antal kvarvarande tänder, antal intakta tänder,

3. folkbokföringsort, födelseland, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändringar samt dödsdatum.

4. skälen för särskilt tandvårdsbidrag,

5. skälen för tandvård som avses i 8 a § andra stycket och tredje stycket 2 tandvårdslagen (1985:125).

5 §

I 3 kap. 3 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd finns bestämmelser om vårdgivares skyldighet att lämna uppgifter om patienters tandhälsa till Socialstyrelsen och om utförd tandvård till Försäkringskassan.

Vårdgivare ska till Socialstyrelsen också lämna uppgifter

som avses i 4 § 1, 2 och 5 om utförd tandvård enligt 8 a § andra stycket och tredje stycket 2 tandvårdslagen (1985:125).

Försäkringskassan ska lämna de uppgifter som avses i 4 § 1 till Socialstyrelsen. Statistiska centralbyrån ska lämna de uppgifter som avses i 4 § 3 till Socialstyrelsen.

Försäkringskassan ska lämna uppgifter som avses i 4 § 1 och 4 till Socialstyrelsen om utförd ersättningsberättigande tandvård enligt lagen om statligt tandvårdsstöd. Statistiska centralbyrån ska lämna de uppgifter som avses i 4 § 3 till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om hur den uppgiftsskyldighet som avses i andra stycket ska fullgöras.

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om hur den uppgiftsskyldighet som avses i andra och tredje stycket ska fullgöras.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2012.

2 Uppdraget och arbetsgruppens arbete

2.1 Uppdraget och bakgrund

Sedan 2008 finns ett nytt statligt tandvårdsstöd för vuxna patienter. Stödet är ett medel för att nå målet för tandvården: en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Det statliga tandvårdsstödet kombinerar en relativt stor offentlig subvention med ett för patienten inte obetydligt eget kostnadsansvar. Stödet är generellt och riktas till hela den vuxna befolkningen i Sverige.

I politiska termer beskrivs reformeringen av tandvårdsstödet som två etapper; ”ett första” och ”ett andra steg”. Det första steget i tandvårdsreformen utgörs av införandet av det allmänna tandvårdsbidraget, vilket utgår till alla vuxna som stimulans till regelbundna tandvårdsbesök och förebyggande tandvård. Det andra steget avser införandet av en betydligt större subvention – skyddet mot höga tandvårdskostnader som också omfattar alla vuxna patienter. Grundtanken är att patienten alltid betalar en viss andel av sina tandvårdskostnader, men för dem som vid enstaka tillfällen drabbas av höga kostnader ska det allmänna bistå med en större andel.

Uppdraget för den här arbetsgruppen är utformning av ett, som det benämns, tredje steg i tandvårdsreformen. Det tredje steget ska innehålla ett särskilt stöd för personer som på grund

av sjukdom eller funktionsnedsättning har fått ökade behov av tandvård. Här är det således fråga om selektivt stöd för vissa grupper av patienter och inte något generellt stöd. Regeringen beslutade om tillsättning av en särskild arbetsgrupp våren 2009.

I den tidigare tandvårdsutredningen som ledde fram till tandvårdsreformens första och andra steg berördes frågan om ett selektivt tandvårdsstöd inledningsvis. Frågan lyftes dock bort från utredningen med hänvisning till att den skulle utredas i särskild ordning⁴. I budgetpropositionen 2009 aviserade regeringen att man senare under mandatperioden planerar en satsning på patientgrupper som på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har ett ökat behov av tandvård.

2.2 Avgränsningar

Tandvårdsreformens tredje steg avgränsas, liksom de två tidigare, till att gälla vuxentandvård. Landstingens ansvar för att tillhandahålla avgiftsfri tandvård för alla barn och ungdomar upp till 20 år berörs alltså inte. Eftersom det statliga tandvårdsstödet nyligen har reformerats bör förslagen kring ett särskilt stöd utformas så att det fungerar bra ihop med detta. Det är dock inte den här arbetsgruppens uppgift att utvärdera det statliga tandvårdsstödet i sin helhet och komma med förslag till förändringar.

Det finns redan idag selektiva stöd för vuxentandvård. Landstingen tillhandahåller tandvård för vissa grupper av vuxna till kraftigt subventionerade avgifter. Målgruppen utgörs av personer med stora vård- och omsorgsbehov, personer som behöver tandvård som led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid och personer som har behov av vissa oralkirurgiska åtgärder. Tidigare fanns även selektivt stöd till långvarigt sjuka inom ramen för det förra statliga tandvårdsstödet. För att kunna lägga förslag om ett nytt selektivt tandvårdsstöd för sjuka och personer med funktionsnedsättning behöver arbetsgruppen se på alla

⁴ Tilläggsdirektiv till utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna (S 2005:08) Dir 2006:112.

olika former av tandvårdsstöd i ett sammanhang. Det är inte avsikten att arbetsgruppen behöver lägga förslag kring förändringar i alla dessa delar. Analysen behöver dock utgå från såväl det statliga stödet som alla selektiva komplement till detta.

Det finns ytterligare en avgränsning som är värd att tydliggöra gällande målgruppen för tandvårdsreformens tredje steg. Det är inte ovanligt att det i argumentationen för olika stödssystem finns en uttalad social dimension. Att fattigdom och socialt utanförskap borde vara grund för särskilt stöd framförs inte sällan som ståndpunkt. Vi har dock uppfattat vårt uppdrag så att det handlar om att tillgodose behov som uppkommer genom sjukdom, funktionsnedsättning, medicinering eller att det på annat sätt förändrar de biologiska förutsättningarna för en bra tandstatus. Målgruppen är sålunda inte primärt de vars problem rör sociala förhållanden som till exempel låg inkomst eller hemlöshet. I praktiken är det emellertid inte helt lätt att göra denna avgränsning. En person som i många år lever i fattigdom och utan sociala kontakter får sannolikt förr eller senare problem med sina tänder. Tandvårdsstödet kan inte förväntas lösa sociala problem, utan här krävs självfallet andra samhälleliga insatser.

Efter detta konstaterande vill vi dock peka på att stöd som riktas till sjuka och personer med funktionsnedsättning kommer personer med låg inkomst till del i högre grad än personer med hög inkomst i och med att det finns ett samband mellan inkomst och hälsa. Dålig hälsa och dålig munhälsa är vanligare bland människor som lever under sämre ekonomiska förhållanden än bland personer som har det gott ställt. Det visas till exempel av statistiken från Nationella Folkhälsoenkäten.⁵ Folkhälsoinstitutet har också visat att dålig tandhälsa är vanligare bland kvinnor och män med funktionsnedsättning än i övriga befolkningen. Även bland gruppen personer med funktionsnedsättning

⁵ Information om Nationella folkhälsoenkäten finns på Folkhälsoinstitutets hemsida www.fhi.se.

är det vanligast med dålig tandhälsa bland de ekonomiskt utsatta.⁶

Tredje steget i tandvårdsreformen handlar till stor del om patienter som finns i gränslandet mellan medicinsk och odontologisk vård. Detta aktualiserar en gammal och minst sagt stor fråga: varför ska munnen ses som en del för sig, utanför kroppen? Ska de ekonomiska villkoren för vård skilja sig mellan munnen och kroppen? Vi har inte ansett att det ligger inom vårt mandat att utreda huruvida tandvården egentligen borde ligga inom och vara en del av hälso- och sjukvården. Dock kommer vi att beröra frågor om behovet av ökad integration mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Det är vår tro att närmanden skulle leda till positiva effekter, inte enbart för målgrupperna inom tredje steget.

Tredje steget utredningen bär även på en svår avvägningsfråga: hur mycket av de offentliga subventionerna ska gå till de många med ”normala” behov och hur mycket ska satsas på de färre som har stora och ibland kroniska behov? Det kan ses som en klassisk frågeställning inom välfärdspolitiken hur avvägningen mellan generella och selektiva insatser ska göras på bästa sätt. Arbetsgruppen utgår från den politiska avvägning som har gjorts av regeringen genom de ekonomiska ramarna för reformen.⁷

2.3 Principiella utgångspunkter – vad vill vi uppnå?

Arbetsgruppen har arbetat med ett antal utgångspunkter och mål för sina överväganden. Vi vill att tredje steget ska innebära ett tydligt och reellt stöd till patienterna, att det ska vara så administrativt lätthanterligt som möjligt och att det ska utformas så att goda förutsättningar för uppföljning och utvärdering skapas.

⁶ ”Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning”, Gunnel Boström, Statens folkhälsoinstitut 2008:17

⁷ Prop. 2010/11:1 Budgetpropositionen för 2011

Att stödet blir tydligt är av central betydelse i synnerhet som stödet ska riktas till ”svaga” patientgrupper – personer som har någon sjukdom eller funktionsnedsättning. Av samma anledning är det också särskilt viktigt att vårdgivarna uppfattar systemet som tydligt och bra och att de har tid för god vård och gott bemötande.

För att vårdgivarna ska kunna hantera stödsystemet är det viktigt att administrationen kring stödet fungerar väl. En effektiv administration, som även kan användas för statistikinsamling, är dessutom en bra grund för att kunna följa upp och utvärdera en reform. Goda förutsättningar för uppföljning och utvärdering är ett mål i sig så att det blir möjligt att säkerställa att avsedda effekter uppnås.

2.4 Arbetets bedrivande

I utredningsarbetet har arbetsgruppen haft kontakter med en rad aktörer; organisationer som representerar tandvårdsbranschen och tandvårdens professioner, patientorganisationer och berörda myndigheter med flera. Arbetet har bedrivits med stor grad av öppenhet, vilket har varit befrämjande för dialogen.

Kontakterna har skett återkommande genom utredningsarbetets olika faser. Inledande frågor ställdes och diskussioner fördes redan 2009 med berörda aktörer. Dessa möten har sedermera – under 2010 – följts upp med träffar där arbetsgruppen i ökande konkretionsgrad presenterat sina idéer och förslag. Vi har även haft ett seminarium där de olika aktörerna fick tillfälle att diskutera en del frågeställningar. Vidare har vi fått förmånen att följa verksamheten inom sjukhustandvården i Malmö samt deltagit vid så kallad mobil tandvård i Stockholm.

De internationella erfarenheterna har vi tillgodogjort oss huvudsakligen genom litteraturinhämtning. Därutöver har vi gjort ett studiebesök vid TAKO-senteret i Oslo.

Till arbetsgruppen har funnits knuten en referensgrupp som bland annat säkerställt inflödet av odontologisk expertis.

Gruppen har träffats ungefär en gång i månaden. I förordet anges referensgruppens ledamöter.

3 Tandvårdsstöd för vuxna

3.1 Generellt tandvårdsstöd

3.1.1 Tidigare generella stöd

Den allmänna tandvårdsförsäkringen har en nära 40-årig historia. Redan 1974 infördes en generell tandvårdsförsäkring. Syftet med försäkringen var att göra tandvården ekonomiskt tillgänglig för alla medborgare. Försäkringen omfattade alla typer av behandlingar och den statliga ersättningen omfattade alla åtgärder. Arvodet för åtgärderna reglerades av en statlig tandvårdstaxa.

Tandvården var prisreglerad fram till 1999 då ersättningsystemet för vuxentandvården strukturerades om. Tandvårdsförsäkringen skulle inriktas på att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den vardagliga hälsobefrämjande tandvården, så kallad bas-tandvård. Dessutom infördes ett generellt högkostnadsskydd för mer omfattande och kostnadskrävande protetiska behandlingar och vid tandreglering. Stödet som gavs var knutet till fasta kron-talsbelopp per utförd åtgärd. För bastandvård utgick ersättning för alla åtgärder utom undersökning. För protetik och tandreglering utgick ersättning om summan av grundbeloppen översteg 3 500 kronor under en behandlingsomgång.

Under 2002 infördes ett utökat högkostnadsskydd för personer som var 65 år eller äldre. Det innebar att personer som hade kostnader för protetiska åtgärder som översteg 7 700 kro-

nor fick ersättning för hela den överskjutande delen exklusive vissa materialkostnader och vissa implantatbehandlingar.

3.1.2 Dagens generella stöd

Sedan den 1 juli 2008 finns ett nytt generellt tandvårdsstöd för vuxna patienter. Stödet, som ersätter tidigare generella stöd, har i olika sammanhang beskrivits som att det i sina huvuddrag består av två steg.

Det första steget är liktydigt med det allmänna tandvårdsbidraget – en tandvårdscheck- som syftar till att stimulera till förebyggande tandvård. Det allmänna tandvårdsbidraget är för närvarande 150 kronor per år för personer mellan 30 och 74 år och 300 kronor för övriga personer som fyllt 20 år och får användas under en tidsperiod om två år. Checken kan användas som delbetalning vid ett tandvårdsbesök hos valfri tandläkare eller tandhygienist, eller som delbetalning vid s.k. abonnemangstandvård. Totalt beräknas den årliga kostnaden för tandvårdschecken uppgå till 788 miljoner kronor under 2010.⁸

Det andra steget i det generella stödet är ett skydd mot höga kostnader. Grundtanken är att patienten alltid betalar en viss andel av kostnaden, men för dem som drabbas av höga kostnader utgår en relativt stor subvention. Fri prissättning gäller för vårdgivarna, men för att beräkna storleken på högkostnadsskyddet används en referensprislista över alla tandvårdsåtgärder, vilken bestäms av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Ersättning lämnas med 50 procent för tandvårdsåtgärder där summan av referenspriserna uppgår till mellan 3 000 och 15 000 kronor. Om summan överstiger 15 000 kronor blir den statliga ersättningen för den överskjutande delen 85 procent.

⁸ Anslagsbelastning och prognos för anslag inom Försäkringskassans ansvarsområde budgetåren 2010–2015 Dnr 1446-2010, Försäkringskassan 2010

Kostnaden för det andra steget beräknas uppgå till 4,3 miljarder kronor under 2010.⁹

3.2 Tidigare selektiva tandvårdsstöd

3.2.1 Bakgrund och översikt

Särskilt ekonomiskt stöd för tandvård i samband med sjukdom och funktionsnedsättning har funnits sedan tandvårdsförsäringen infördes år 1974 som en del av lagen (1962:381) om allmän försäkring. Närmare bestämmelser fanns i förordningen (1973:638) om tandvårdstaxa, (härefter tandvårdstaxan). I 9 § tandvårdstaxan förtecknades vissa tandvårdsbehandlingar som var helt avgiftsfria för patienterna. Dessa var tandvårdsbehandlingar

1. som gjordes till följd av medfödd missbildning i käkområdet eller ansiktet, såvida inte missbildningen var av endast ringa omfattning,
2. av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet,
3. som gjordes om på grund av avvikande reaktion mot dentala material,
4. av tandskada på epileptiker som uppkommit vid epileptiskt anfall, och
5. som gjordes till följd av muntorrhet på grund av strålbehandling eller Sjögrens syndrom.

I tandvårdstaxan angavs också att vissa oralkirurgiska åtgärder som utfördes vid specialistklinik inom folktandvården eller vid odontologisk fakultet, betalades med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård.

Den 1 januari 1999 reformerades det statliga stödet till tandvård för vuxna. Ett väsentligt inslag i reformen var att landstingen fick ett utökat ansvar. Landstingen fick ansvara för att

⁹ Anslagsbelastning och prognos för anslag inom Försäkringskassans ansvarsområde budgetåren 2010–2015 Dnr 1446-2010, Försäkringskassan 2010

avgiftsfri uppsökande verksamhet bedrevs bl.a. på särskilda boenden för äldre och funktionshindrade personer samt att dessa personer erbjöds s.k. nödvändig tandvård med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård (se avsnitt 3.3.1 och 3.3.2). Även personer som hade behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid skulle enligt de nya bestämmelserna erbjudas vård med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård (se avsnitt 3.3.3).

Samtidigt (år 1999) ändrades tandvårdstaxan så att de tandvårdsbehandlingar som enligt 9 § tandvårdstaxan tidigare hade varit avgiftsfria inte längre var det. Flertalet av dessa tandvårdsbehandlingar gavs istället till hälso- och sjukvårdsavgift enligt bestämmelserna om tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid. Dessutom infördes selektivt stöd för långvarigt sjuka och funktionshindrade (så kallad förhöjd ersättning) inom ramen för den statliga tandvårdsförsäkringen (se avsnitt 3.2.2) I samband med tandvårdsreformen 1999 begränsades vidare möjligheterna att få oralkirurgiska behandlingar till hälso- och sjukvårdsavgift. Begränsningen innebar att endast sådana oralkirurgiska behandlingar som krävde ett sjukhus tekniska och medicinska resurser skulle kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift.

Den 1 januari 2004 ändrades tandvårdslagen och tandvårdsförordningen så att något färre antal personer omfattades av uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård.

Socialstyrelsen utgav år 2004 en vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård¹⁰ Syftet med meddelandebladet var att förtydliga bestämmelserna om tandvård som ges till hälso- och sjukvårdsavgift och därmed göra landstingens tillämpning av bestämmelserna mer enhetlig.

¹⁰ Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård, Meddelandeblad 2004-126-6, Socialstyrelsen.

3.2.2 Förhöjd ersättning inom tandvårdsförsäkringen

Stödets utformning

Med reformen 1999 infördes som tidigare nämnts ett stöd inom tandvårdsförsäkringen för personer som till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder hade ett väsentligt ökat tandvårdsbehov.

Rätten till förhöjd ersättning byggde inte på att en person hade en viss diagnos. Istället skulle rätten till stöd baseras på en bedömning av ett samband mellan sjukdomen eller funktionshindret och tandvårdsbehovet i det enskilda fallet. För att Försäkringskassan skulle bevilja en ansökan om förhöjd ersättning var Försäkringskassan i sin prövning tvungen att finna att:

1. patienten hade ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård,
2. patienten hade en långvarig sjukdom eller funktionshinder,
3. det ökade tandvårdsbehovet har samband med den långvariga sjukdomen eller funktionshindret, och
4. den föreslagna tandvården var nödvändig på grund av sjukdomen eller funktionshindret.

För att Försäkringskassan skulle kunna göra denna bedömning krävdes en förhandsprövning innehållande vårdplan och läkarintyg eller motsvarande handlingar. Normalt krävdes därutöver en bedömning både av en försäkringstandläkare och av en försäkringsläkare hos Försäkringskassan.

En utvärdering av den förhöjda ersättningen som Riksförsäkringsverket gjorde 2002¹¹ visade att de vanligaste sjukdomarna och funktionshindren som legat till grund för stödet var psykiska sjukdomar, reumatoida sjukdomar, immunosjukdom (transplanterade patienter) och neurologiska sjukdomar.

En av intentionerna inför tandvårdsreformen 1999 var att tandvårdskostnaderna för patienter med sjukdom och funktions-

¹¹ Förhöjd ersättning – en förmån?, En studie om den förhöjda ersättningen inom tandvårdsförsäkringen 1 januari 1999 t.o.m. juni 2001, Försäkringskassan(2002:8).

hinder skulle motsvara vad övriga personer betalade för tandvård. Den förhöjda ersättningen innebar att patienterna fick dubbel ersättning jämfört med andra patienter för så kallad bastandvård. Med bastandvård avsågs i princip all tandvård utom protetiska åtgärder. Dessutom fick dessa patienter ett visst utökat stöd till protetiska behandlingar då de till skillnad från andra patienter kunde få ersättning för protetiska behandlingar från första kronan. För övriga patienter fanns ett relativt högt karensbelopp för protetiska behandlingar.

Av Riksförsäkringsverkets utvärdering framgår hur mycket ersättning som normalt utgick till patienterna. Den genomsnittliga ersättningen som betalades ut var ca 3 400 kronor per år. För ärenden där protetik ingick var den genomsnittliga ersättningen ca 5 100 kronor och för andra ärenden var den genomsnittliga ersättningen ca 1 500 kronor. Av denna sist nämnda summa var endast hälften förhöjd ersättning. Resterande del var sådan ersättning som utgick till samtliga patienter. Den genomsnittliga förhöjda ersättningen som utgick till patienter som inte fick protetiska åtgärder var sålunda ca 750 kronor om året.

Den sammanlagda administrationskostnaden för ett förhandsprövningsärende beräknades vara 1 500 kronor. I detta ingick kostnader för bedömning hos Försäkringskassan, patientens kostnad för läkarintyg samt hälso- och sjukvårdens kostnader för att ta fram läkarintyget. Administrationskostnaderna per ärende var sålunda dubbelt så hög som den genomsnittliga förhöjda ersättningen (exklusive protetik).

Omfattning och kostnader

I propositionen Reformerat tandvårdsstöd (1997/98:112) beräknades att ca 300 000 personer skulle vara berättigade till förhöjd ersättning inom tandvårdsförsäkringen. Under reformens första år, 1999, fick ca 30 000 personer förhöjd ersättning och några år senare hade antalet sjunkit till 14 000 personer. Det bör påpekas att år 1999 omfattades även patienter med Sjögrens syndrom och

patienter som strålats mot huvud- halsregionen av den förhöjda ersättningen. Stödet till dessa överflyttades till landstingens tandvårdsstöd den 1 januari 2000.

Förmånerna utnyttjades sålunda inte i förväntad utsträckning. Anledningen till detta är sannolikt inte att antalet berättigade personer var så få utan att den ekonomiska ersättningen var för liten i förhållande till den administration som krävdes. Eftersom subventionen inte var hög fanns det vårdgivare som hellre gav rabatt på sitt pris än att ordna med underlag och övrig administration för att patienten skulle erhålla förhöjd ersättning. Osäkerhet kring utfall av förhandsbedömningen påverkar sannolikt också intresset för ta sig igenom administrationsprocessen.

3.3 Dagens selektiva tandvårdsstöd

3.3.1 Uppsökande verksamhet

Stödets utformning

Enligt 8 a § tandvårdslagen(1985:125) ska landstingen svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt bland dem som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som

1. kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
3. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer enligt punkterna 1–2 ovan.

Socialstyrelsen har i sin vägledning tolkat begreppet omfattande vård- och omsorgsinsatser så att därmed ska avses personlig omvårdnad under större delen av dygnet, vilket har definierats som minst tre gånger per dygn samt tillsyn under natten. Enligt Socialstyrelsens vägledning bör personer som, oavsett boende-

form, har en psykossjukdom eller annan psykisk störning som varat längre än ett år och som medfört ett omfattande funktionshinder omfattas av bestämmelserna.

Den uppsökande verksamheten består av en munhälsobedömning, vilket är en enkel undersökning av munnen och tänderna med hjälp av ficklampa och spegel. Bedömningen utförs av legitimerad tandhygienist eller legitimerad tandläkare. Undersökningen ska ge svar på frågan om munnens allmänna status, om tandvård behövs samt hur den dagliga munvården ska ske. När tandvårdspersonalen genomför munhälsobedömningen är det viktigt att den person som brukar hjälpa den enskilde med den dagliga munvården finns med för att få information och instruktion om hur munvården bör utföras.

Munhälsobedömningen är avgiftsfri för patienten. För genomförandet tecknar landstingen, efter upphandling i konkurrens, överenskommelser eller avtal med offentliga eller privata vårdgivare. Enligt Socialstyrelsens vägledning ska munhälsobedömningen erbjudas årligen.

I den uppsökande verksamheten ingår även utbildning av vård- och omsorgspersonal. Ansvaret för utbildningen ligger på den vårdgivare med vilken landstinget har skrivit avtal eller överenskommelse. Kommunerna ansvarar för att vårdpersonal ges möjlighet att delta i utbildningen. Målet med utbildningen är att omvårdnadspersonalen ska få kompetens att sköta den dagliga munvården och att personalen kan tolka symptom och signaler som uttrycker ett behov av tandvårdsinsatser.

Omfattning och kostnader

Personkretsen som ska erbjudas den uppsökande verksamheten uppskattas av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) till ca 168 000 personer varav ca 96 300 fick munhälsobedömning år 2009, det vill säga 57 procent. Den andel av personkretsen som blivit munhälsobedömd år 2009 varierar mellan de olika landstingen från 43 till 79 procent.

Förklaringen till skillnaden mellan antalet personer som skulle kunna få uppsökande verksamhet och antalet som faktiskt får sådan skulle kunna vara att alla inte vill ta emot erbjudandet, att alla inte har något behov av att bli bedömda då de redan erhåller nödvändig tandvård och att alla inte vill ha besök i bostaden. Tio landsting kan i sina datasystem få fram uppgifter på antalet individer i personkretsen som har nåtts av landstingets erbjudande om munhälsobedömning och/eller som fått nödvändig tandvård. Statistiken indikerar att mellan 72 och 99 procent av personkretsen som bedöms kunna få nödvändig tandvård faktiskt har fått del av sådan tandvård och/eller munhälsobedömning under 2009.

Den totala kostnaden för landstingen uppgick till omkring 52 miljoner kronor år 2009. Den genomsnittliga kostnaden per munhälsobedömning var 538 kronor, och kostnaden varierade mellan 151 och 954 kronor i de olika landstingen.

3.3.2 Nödvändig tandvård

Stödets utformning

Den som ingår i personkretsen för uppsökande verksamhet ska enligt 8 a § andra stycket och 15 a § sjätte stycket tandvårdslagen också erbjudas s. k. nödvändig tandvård till avgift som för öppen hälso- och sjukvård.

Inom nödvändig tandvård är det särskilt viktigt med en helhetssyn på patientens livssituation och allmäntillstånd. Den nödvändiga tandvården ska enligt 9 § tredje stycket tandvårdsförordningen (1998:1338) vara sådan tandvård som i det enskilda fallet påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala. Vid val mellan behandlingar som bedöms ge ett godtagbart resultat ingår den mest kostnadseffektiva behandlingen i nödvändig tandvård. Om allmäntillståndet hos patienten inte medger någon mer omfattande behandling ska denna i stället inriktas på att motverka smärta och obehag genom att hålla patienten fri från sjukliga

förändringar i munnen. Av förarbetena till bestämmelserna om nödvändig tandvård¹² anges också att den nödvändiga tandvården syftar till att medföra väsentligt förhöjd livskvalitet för patienterna.

Tandvård som ingår i den nödvändiga tandvården är undersökning, förebyggande behandling, lagning av kariesangrepp, tandlossningsbehandling, extraktion, rotbehandling samt behandling med avtagbar och fast protetik. Fasta protetiska ersättningar, såsom kronor och broar, bakom den andra kindtanden (premolaren) räknas inte som nödvändig tandvård. Det finns inget hinder mot att utföra annan fast protetik inom nödvändig tandvård. Innan en vårdgivare inleder en sådan behandling ska, enligt 10 § tandvårdsförordningen, behandlingsförslaget prövas av det landsting inom vars område patienten är bosatt. För övriga behandlingar inom nödvändig tandvård krävs inte någon förhandsbedömning av behandlingsförslaget.

Enligt 15 a § sjunde stycket tandvårdslagen ska patienten ha rätt att välja om den nödvändiga tandvården ska utföras av folktandvården eller av en privat vårdgivare. Uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting visar att den nödvändiga tandvården i samtliga landsting till övervägande del utförs av folktandvården. Procentuellt varierar andelen mellan 58 och 87 procent i de olika landstingen.

Omfattning och kostnader

Personkretsen som omfattas av förmånen nödvändig tandvård är densamma som ska erbjudas munhälsobedömning inom ramen för uppsökande verksamhet. Den uppskattas som nämnts till omkring 168 000 personer. Totalt har 110 400 personer fått nödvändig tandvård under 2009, vilket utgör 66 procent av personkretsen. Andelen av dem som omfattas som faktiskt har erhållit nödvändig tandvård varierar mellan 32 och 79 procent i de olika

¹² Reformerat tandvårdsstöd, prop. 1997/98:112 s. 30.

landstingen. Den totala kostnaden för landstingen år 2009 uppgick till ca 474 miljoner kronor och genomsnittskostnaden per behandlad var 4 297 kronor. Kostnaden varierade över landet mellan 3 060 och 6 104 kronor.

Enligt 15 b § tandvårdslagen ska landstingen lämna ersättning till vårdgivarna motsvarande folktandvårdens priser om inte annat överenskommits. Vilken ersättning vårdgivarna får varierar således mellan landstingen. I två landsting motsvarar folktandvårdens priser de referenspriser som Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket har tagit fram för beräkning av statligt tandvårdsstöd. Behandlingen av de personer som ingår i personkretsen för nödvändig tandvård är ofta mer tidskrävande än för övriga patienter. Anledningen kan vara att patienterna är fysiskt eller psykiskt funktionshindrade. Landstingen kompenserar vårdgivarna ekonomiskt för detta på olika sätt. Tretton landsting har påslag på mellan 10 och 25 procent på folktandvårdens priser. Fyra landsting godkänner att vårdgivaren debiterar högre pris på grund av högre tidsåtgång för dessa patienter (tidspåslag).

3.3.3 Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid

Stödets utformning

Enligt 8 a § tredje stycket tandvårdslagen ska landstinget se till att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid. De behandlingsåtgärder som ingår som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid, omfattas enligt 15 a § tandvårdslagen av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. I 3–5 §§ tandvårdsförordningen beskrivs den tandvård som omfattas av det särskilda stödet. I tabell 3.1 redovisas de behandlingar som omfattas av stödet.

Tabell 3.1 Tandvårdsbehandlingar som omfattas av stödet till tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling

Grupp nr	Tandvårdsbehandling
1	Till följd av medfödd missbildning i käkområdet eller ansiktet, om inte missbildningen är av ringa omfattning
2	Av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet
3	Av tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall
4	På patienter som ska genomgå kirurgiska ingrepp där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav
5	På patienter som på grund av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar har fått förändringar i munslemhinnan
6	På patienter som genomgår utredning där det finns misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom
7	På patienter som genomgår strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen
8	På patienter med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen (orofaciala smärtsyndrom)
9	På patienter som utreds och behandlas för allvarlig sömnapné
10	På extremt tandvårdsrädda patienter
11	På patienter som får tandfyllningar utbytta på grund av avvikande reaktioner mot dentala material
12	På patienter som i samband med långvariga sjukdomssymtom får sina tandfyllningar utbytta som ett led i en medicinsk rehabilitering
13	På patienter med Sjögrens syndrom
14	På patienter med nedsatt salivfunktion på grund av strålbehandling

Not. Numreringen är den som tillämpas av Sveriges kommuner och Landsting vid uppföljning av reformen

Vilka tandvårdsåtgärder som ingår i stödet skiljer sig mellan de olika grupperna. För vissa grupper kan de särskilda tandvårdsinsatserna enbart bestå av utredning eller behandling av inflammationer i munslemhinnor. För andra grupper kan enbart tanduttagning, rotbehandling och lagning av djupa kariesangrepp ingå i syfte att avlägsna infektioner och inflammationer som kan äventyra den medicinska behandlingen, medan en efterföljande behandling med protetiska ersättningar som t.ex. implantat, kronor och broar inte ingår. Ibland kan också protetik-

behandling ingå. Det gör det vid byte av material eller vid missbildningar. För de behandlingsåtgärder, som inte är ett nödvändigt led i en sjukdomsbehandling, betalar patienten enligt det statliga tandvårdsstödet ersättningsregler, på samma villkor som andra vuxna som besöker tandvården.

För samtliga grupper gäller att innan en vårdgivare inleder en behandling, ska behandlingsförslaget enligt 10 § tandvårdsförordningen prövas av det landsting inom vars område patienten är bosatt. Utifrån det underlag som tandläkaren sänder in, t.ex. röntgenbilder, läkarremiss, intyg samt behandlings- och kostnadsförslag, bedömer landstinget om behandlingen faller inom ramen för stödet. Bedömningstandläkare hos landstingen genomför granskningen.

Behandlingsåtgärderna förutsätts bli utförda under i de flesta fall begränsad tid, vilket enligt Socialstyrelsens vägledning vanligtvis innebär ett år. Behandlingstiden då stödet utgår blir ofta betydligt kortare än ett år, men den kan också bli längre, om en patient till exempel får vänta på en organtransplantation. För patienter med Sjögrens syndrom eller med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling, kan tandvårdsstödet utgå tills vidare.

Patienten har enligt 15 a § sjunde stycket tandvårdslagen rätt att välja om sådan tandbehandling som är ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid ska utföras av folktandvården eller av en privat vårdgivare. Statistik från Sveriges Kommuner och Landsting visar att denna tandvård i samtliga landsting, utom ett, till övervägande del utförs av folktandvården. Procentuellt varierar folktandvårdens andel av behandlingarna mellan 50 och 88 procent inom olika landsting.

Omfattning och kostnader

År 2009 fick ca 32 200 personer tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Detta motsvarar 45 personer per 10 000 bosatta i åldrarna 20 år och äldre. Antalet som har fått behandling varierar i de olika landstingen mellan 35 och 81 personer per

10 000 bosatta. Totalt uppgick kostnaderna till ca 183 miljoner kronor år 2009. Den genomsnittliga behandlingsskostnaden uppgick till 5 696 kronor per person.

3.3.4 Oralkirurgiska behandlingar

Stödets utformning

Sådana oralkirurgiska insatser som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftsregler. I 2 § tandvårdsförordningen anges att de åtgärder som omfattas är

- behandlingar av käkfrakturer,
- käkledskirurgi,
- rekonstruktiv och ortognat kirurgi,
- utredningar och behandlingar av oralmedicinska tillstånd,
- utredningar och behandlingar av smärttillstånd,
- övriga oralkirurgiska behandlingar som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser.

Enligt Socialstyrelsens vägledning rör det sig om behandlingar som kräver ett samarbete mellan oralkirurg och olika medicinska specialister eller att det finns tillgång till sådana specialister. Även övriga oralkirurgiska behandlingar än de som anges i de sex punkterna ovan bör enligt Socialstyrelsens vägledning omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftsregler om det krävs tillgång till medicinska specialiteter på grund av fallets svårighetsgrad eller patientens allmäntillstånd. Patienter som enbart remitterats till ett sjukhus för t.ex. röntgenundersökning eller olika laboratorieprov bör enligt vägledningen dock inte omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.

De åtgärder som kan omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftsregler är delmoment såsom undersökning, diagnostik, terapiplanering, genomförande av behandlingen samt uppföljning. Enligt Socialstyrelsens vägledning bör utredningarna och

behandlingarna utföras av tandläkare med specialistkompetens i oral kirurgi eller av tandläkare som genomgår specialistutbildning i oral kirurgi.

Omfattning och kostnader

Omfattningen och kostnaderna för den sjukhusberoende oralkirurgiska vården redovisas inte på ett samlat sätt. Uppgifter från landstingen i Stockholm, Sörmland och Örebro visar dock att det rör sig om ett förhållandevis litet antal patienter. Uppskattningsvis får årligen omkring 20 000 patienter totalt i samtliga landsting behandling i form av sådana oralkirurgiska åtgärder som erbjudas till hälso- och sjukvårdsavgift.

Den 1 januari 1999 genomfördes en ändring av de regler som tidigare gällt för oralkirurgisk behandling. Ändringen innebar att en del av den vård som tidigare omfattades av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem istället skulle betalas av patienterna själva. Landstingen behövde då inte längre stå för kostnaderna för denna tandvård. Istället fick landstinget genom folktandvården in patientavgifter för tandvården. En viss del av kostnaderna kom också att täckas av det statliga tandvårdsstödet. Dessa minskade kostnader och ökade intäkter för landstingen uppgick till 80 miljoner kronor per år. Staten minskade då anslaget för uppsökande och nödvändig tandvård samt för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling med motsvarande belopp.

3.3.5 Statens bidrag till landstingen

För vuxna svarar landstingen för och bekostar oralkirurgisk vård som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser. För detta utgår inget statsbidrag.

För den uppsökande verksamheten åt personer med ett varaktigt behov av vård- och omsorg, den nödvändiga tandvården åt dessa samt den tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling

under begränsad tid utgår statsbidrag enligt en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet från november år 1998. Den totala kostnaden för landstingen beräknades till 485 miljoner kronor per år under åren 1999–2002. Av dessa förväntades landstingen själva finansiera 80 miljoner kronor per år bl.a. genom ökade intäkter i form av patientavgifter för vissa oral-kirurgiska behandlingar (se avsnitt 3.3.4).

Enligt förslag i budgetpropositionen 2004 tillfördes landstingen ytterligare 204 miljoner kronor under år 2004 som engångskompensation för de ökade kostnaderna åren 1999–2003. Det årliga bidraget på 405 miljoner kronor höjdes därefter med 281 miljoner kronor från och med år 2004 och med ytterligare 30 miljoner kronor från och med år 2005.

Statens årliga ersättning till landstingen utbetalades år 1999–2001 genom Riksförsäkringsverket. Från och med år 2002 ingår ersättningen i det generella statsbidraget till landstingen via statsbudgetens utgiftsområde 25, Allmänna bidrag till kommuner, 91:3 Generellt statsbidrag till kommuner och landsting.

Landstingens ackumulerade kostnader för åren 1999–2008 uppgick till 5 894 miljoner kronor och de statliga bidragen med tillägg av intäkter för oral kirurgi till 6 579 miljoner kronor. Inga ränteffekter har beaktats.

3.4 Kort om tandvårdsstöd i andra länder

Utformningen av stödet till eller organiserandet av tandvården tillhör inte de områden som är harmoniserade vare sig inom EU eller inom andra multilaterala organisationer. Det finns istället enligt vår uppfattning en tämligen brokig uppsättning av system som är svår att sammanfatta. Det finns inte två länder som har samma typ av system.

Liksom hälso- och sjukvården har organiserandet av tandvården sina rötter i olika länders historiska, politiska och socio-ekonomiska förhållanden. I de allra flesta EU-länder är hälso- och sjukvård finansierad genom allmänna skatter eller genom ett

försäkringssystem. Det finns även exempel på socialförsäkringsfonder som hanteras oberoende av staten.

Inte i något land följer dock administration och finansiering av tandvårdssystem vad som gäller för hälso- och sjukvård i det enskilda landet. Tandvården har således ett " eget " system, en egen organisation och en annan historisk bakgrund än hälso- och sjukvård. Ett allmänt kännetecken är att det privata utbudet av tandvårdstjänster är större än utbudet av privat sjukvård. Patienten betalar vidare nästan alltid mer ur egen ficka för tandvård än för sjukvård.

I mycket breda penseldrag skulle situationen i Europa kunna sammanfattas i sex olika typer av tandvårdssystem.¹³

Nordisk modell (Danmark, Finland, Norge, Sverige)

De nordiska länderna har i ett internationellt perspektiv en stor andel av offentligt driven tandvård. Finansieringen sker genom skatter, antingen på riksnivå eller på lokal nivå. Det finns även en stor privat sektor som i vissa fall är subventionerad genom allmän hälsoförsäkring. Island skiljer ut sig genom att inte ha någon offentligt driven tandvård.

Bismarck modell (Österrike, Belgien, Frankrike, Tyskland, Luxemburg och Nederländerna)

I Österrike, Belgien, Frankrike, Tyskland, Luxemburg och Nederländerna finns en obligatorisk sjukförsäkring som betalar en del av patienternas tandvårdskostnader. Sjukförsäkringen finansieras av arbetsgivare och anställda. Nationella eller regionala fonder förhandlar med tandvårdsförbund om avgifter. Endast en mycket liten del av tandvården drivs av offentlig sektor.

¹³ Oral Healthcare Systems in the Extended European Union, Widström E, Eaton KA (2004)

Beveridgian system (UK)

Den största delen av allmän tandvård ges i Storbritannien av självständiga privata tandläkare som har kontrakt med the National Health Service (NHS). Det finns dock en liten grupp tandläkare som får sin lön av det offentliga. Dessa finns på vårdcentraler (community clinics) och på sjukhuskliniker. Avgiftsfri tandvård ges till unga och för vissa äldre ges subventionerad tandvård. Utvecklingen går mot att en allt större del av tandvården utförs av den privata sektorn (dvs. vid sidan av NHS).

Hybridmodell (Irland)

Irlands modell har tagit vissa delar av Beveridgemodellen. På Irland finns en snabbt växande offentligt driven tandvård.

Sydeuropeisk modell; (Italien, Portugal, Spanien, Grekland (delvis), Malta och Cypern)

I södra Europa är tandvården helt dominerad av privat verksamhet utan offentlig involvering. Det finns i dessa länder begränsade försäkringslösningar som är tillgängliga för vissa grupper, ofta organiserade av arbetsgivare. Offentlig tandvård finns för unga och för att behandla dentala olycksfall.

Östeuropeisk modell; (Tjeckien, Estland, Ungern, Lettland, Litauen, Polen, Slovakien och Slovenien)

I östra Europa fanns tidigare en avgiftsfri eller nästan avgiftsfri offentlig tandvård. Numera finns dock majoriteten av utbudet inom den privata sektorn. Några av länderna har redan eller planerar försäkringslösningar.

4 Problembeskrivning

4.1 Många utan särskilt stöd

Som beskrivits i kapitel 3 finns särskilt stöd till tandvård till vissa patientgrupper. Tidigare fanns även särskilt tandvårdsstöd till personer med ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder (s.k. förhöjd ersättning). Möjligheten att få del av detta stöd upphörde 1 juli 2008 vid införandet av det nya statliga tandvårdsstödet. Det innebär att patientgrupper med ökade tandvårdsbehov som följd av långvariga och kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättning blev utan särskilt stöd.

Därutöver finns det patientgrupper som aldrig har haft rätt till något särskilt tandvårdsstöd trots att de har stora tandvårdsbehov på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning.

Vissa grupper har kroniska besvär som påverkar tandhälsan. Många kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar medför ökad risk för tand- och munsjukdomar. Vid flera kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar förändras livsbetingelserna vilket påverkar munhälsan och marginalerna för påfrestningar krymper. Det finns också grupper som har övergående besvär som leder till ökade behov av tandvård men under en begränsad tid.

Det finns flera exempel på grupper som har stora tandvårdsbehov eller som riskerar att få sådana behov på grund av sjukdomar eller funktionsnedsättning men som saknar särskilt stöd.

Ett exempel är personer som är muntorra på grund av sjukdom eller läkemedelsbehandling vilket leder till en ökad kariesrisk. Det här är en stor grupp i befolkningen, uppskattningsvis omkring 150 000 individer.¹⁴ Ytterligare exempel är personer med inflammatoriska mag- och tarmsjukdomar som har en ökad kariesrisk eftersom de måste äta ofta och lite. Andra exempel är personer med refluxsjukdom eller ätstörning som fått frätskador på tänderna av magsyran, personer med svårinställd diabetes, och personer som är immunosupprimerade efter en organtransplantation eller på grund av viss medicinering.

Det finns också sådana infektionssjukdomar i munnen som kronisk destruktiv parodontit och periimplantit som utan behandling både innebär en risk för ytterligare försämrad tandhälsa och en risk för att drabbas av andra sjukdomar som diabetes, astma, reumatoid artrit eller hjärt- och kärlsjukdomar.

Neurologiska skador och sjukdomar samt strokesjukdomar med ansiktsförlamning kan allvarligt försämra förmågan att sköta munhygien. Depression och andra personlighetsförändringar som gör att patienten inte längre bryr sig om att sköta sina tänder kan leda till försämrad tandhälsa. Även dessa patienter saknar idag särskilt stöd till tandvård.

Det finns även andra grupper i samhället som oftare har problem med sin tandhälsa än andra, utan att det finns en direkt koppling till en sjukdom eller funktionsnedsättning. Exempel på sådana grupper är äldre, missbrukare och hemlösa. Missbrukare förekom tidigare bland dem som fick förhöjd ersättning.

Äldre, hemlösa och missbrukare ryms inte direkt inom ramen för arbetsgruppens uppdrag som är att utreda möjligheterna att föreslå ett tandvårdsstöd för personer som till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning har ökade tandvårdsbehov. Bland dessa grupper finns dock många som har sjukdomar och funktionsnedsättning som leder till stora behov av tandvård. På så vis ligger även dessa personers problem indirekt till grund för

¹⁴ I avsnitt 11.3.1 redovisas uppskattningar av hur många individer som finns i olika patientgrupper med tandvårdsbehov på grund av sjukdom och funktionsnedsättning. Där anges också källor samt hur kvalitetssäkring har gått till.

arbetsgruppens arbete. Att *sociala* skäl som fattigdom eller låg ekonomisk standard skulle kunna utgöra grund för särskilt tandvårdsstöd ligger utanför ramen för arbetsgruppens uppdrag, vilket redan har beskrivits i kapitel 2.

4.2 Otydligt regelverk

Reglerna för de selektiva tandvårdsstöd som finns i dagsläget har kritiserats för att inte vara tillräckligt tydliga. Detta har lett till att praxis för när stödet ska utgå skiljer sig åt i de olika landstingen. Som stöd för bedömningen av om en patient ska få del av det selektiva tandvårdsstödet har Socialstyrelsen gett ut en vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd.¹⁵ Vägledningen är dock inte bindande. En genomgång av landstingens tillämpning av bestämmelserna om tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid som Socialstyrelsen har gjort¹⁶ visar att vissa landsting har en mer restriktiv praxis än vad Socialstyrelsen rekommenderar i vägledningen medan andra landsting har en generösare praxis.

Det finns också stora variationer kring hur stor del av de bosatta i landstingen som får del av de olika stöden och vilken som är den genomsnittliga kostnaden per patient. Av uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting framgår att andelen bosatta som fått tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under 2009 varierade mellan 31 och 81 personer per 10 000 bosatta. Kostnaderna per patient varierade mellan 3 752 kronor och 8 313 kronor.

Det finns flera exempel på otydligheter i dagens regelverk som upplevs som problem och där förtydliganden har efterfrågats. Socialstyrelsen har i en rapport pekat på att det otydliga regelverket leder till att vissa tandläkare tar ut för höga avgifter

¹⁵ Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård (meddelandeblad mars 2004).

¹⁶ Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, Socialstyrelsen 2007.

av patienter som egentligen endast ska behöva betala hälso- och sjukvårdsavgift för sin tandvård.¹⁷ Även i fråga om vilka personer som ska erbjudas uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård finns oklarheter. Av 8 a § tandvårdslagen (1985:125) följer att landstingen ska erbjuda uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Vissa landsting anser att endast de patienter som har pågående insatser enligt LSS ska kunna få tandvård på denna grund. Andra landsting menar att även personer som inte har någon pågående insats enligt LSS men som skulle kunna beviljas en sådan ska erbjudas subventionerad tandvård. Vidare finns oklarheter om vilka specialiteter som ska kunna ge vissa oralkirurgiska åtgärder till hälso- och sjukvårdsavgift.

Även regelverket för det selektiva statliga tandvårdsstödet som tidigare kunde utgå till personer med väsentligt ökade tandvårdsbehov på grund av långvariga sjukdomar eller funktionshinder (den s.k. förhöjda ersättningen) kritiserades för att vara otydligt. Rätten till förhöjd ersättning byggde inte på vissa diagnoser utan baserade sig på följder av sjukdomar och funktionsnedsättningar. Detta innebar att svåra bedömningar var nödvändiga i varje enskilt fall av sambandet mellan sjukdomen eller funktionsnedsättningen och tandvårdsbehovet.

Ur patientens perspektiv blev det otydligt vilka som skulle vara omfattas av stöd. Hög grad av odontologisk och medicinsk kompetens behövdes för att avgöra om det fanns samband mellan sjukdom och tandvårdsbehov. Även vårdgivare kunde på förhand inte alltid avgöra om en patient skulle vara berättigad till stöd. Regelverket öppnade för olika tolkningsmöjligheter och gav intryck av att vara flexibelt och tillåtande, men stängde i stället ute personer med behov delvis på grund av att det blev för otydligt.

¹⁷ Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, Socialstyrelsen 2007.

4.3 Krånglig administration

En krånglig administration kan innebära stora kostnader för samhället, patienterna och vårdgivarna. Det kan också leda till långa väntetider för patienterna innan de kan få del av sitt stöd. I värsta fall, om administrationen upplevs vara alltför betungande, kan vårdgivarna undvika att informera patienterna om stöden eller neka dem vård med sådant stöd. De selektiva tandvårdsstöd som finns idag och som administreras av landstingen har kritiserats för att vara alltför administrativt betungande. I en enkätundersökning som Socialstyrelsen gjorde 2007¹⁸ svarade 12 procent av tandläkarna att det händer att de inte erbjuder tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling bl.a. på grund av att administrationen upplevs som alltför komplicerad.

Även det faktum att vårdgivarna måste använda två administrativa system upplevs som betungande. För ersättning enligt det statliga tandvårdsstöd som administreras av Försäkringskassan måste vårdgivarna begära ersättning genom Försäkringskassans IT-stöd som alla vårdgivare har tillgång till. Samma IT-stöd kan dock inte användas för administration av det selektiva tandvårdsstöd som landstingen administrerar. Den landstingsfinansierade vården rapporteras på olika sätt inom olika landsting, även om vissa landsting idag kan ta emot information från vårdgivarna på elektronisk väg. I vissa fall sker rapporteringen genom att skriftligt material skickas mellan vårdgivaren och landstinget. Här finns en stor förbättrings- och förenklingspotential ur ett vårdgivarperspektiv.

Även regelverket för det statliga tandvårdsstöd som tidigare kunde utgå till personer med väsentligt ökade tandvårdsbehov på grund av långvariga sjukdomar eller funktionshinder (den s.k. förhöjda ersättningen) kritiserades för att innebära alltför omfattande administration. Som tidigare nämnts byggde den förhöjda ersättningen inte på att patienter med vissa utpekade diagnoser skulle ha rätt till ersättningen. Istället krävdes en omfatt-

¹⁸ Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, Socialstyrelsen 2007.

ande bedömning i varje enskilt fall. För att Försäkringskassan skulle bevilja en ansökan om förhöjd ersättning var Försäkringskassan i sin prövning tvungen att finna att patienten hade tandvårdsbehov av viss omfattning och en sjukdom eller ett funktionshinder som hade samband med detta, samt att föreslagen tandvårdsbehandling var nödvändig på grund av sjukdomen eller funktionshindret. Som underlag behövdes vårdplan och läkarintyg eller liknande samt ofta även bedömning av försäkringstandläkare och försäkringsläkare vid Försäkringskassan.

Handläggningstiderna i ärenden om förhöjd ersättning var ofta långa då ärendena på grund av de högt ställda kraven på underlag ofta behövde kompletteras med förtydligande läkarintyg, journaler och uppgifter om salivsekretion. Förhandsbedömningarna var giltiga i ett år. Om den förhandsprövade behandlingen inte hann utföras under den tiden fick en ny förhandsprövning göras. Den sammanlagda administrationskostnaden för ett förhandsprövningsärende beräknades vara 1 500 kronor. I detta ingick kostnader för bedömningen hos Försäkringskassan, patientens kostnader för läkarintyg samt hälso- och sjukvårdens kostnader för att ta fram läkarintyget. I en utvärdering¹⁹ av den förhöjda ersättningen framkom att administrationskostnaderna per ärende var dubbelt så hög som den genomsnittliga förhöjda ersättningen om protetik inte ingick i behandlingen.²⁰

4.4 Bristande kunskaper om stöd och otillräcklig information

Ett problem med dagens tandvårdsstöd är att vårdgivarna har bristande kunskaper om stödets utformning och innehåll. Detta gör att de har svårt att bedöma om en patient kan vara berättigad

¹⁹ Förhöjd ersättning – en förmån? En studie om den förhöjda ersättningen inom tandvårdsförsäkringen 1 januari 1999 t.o.m. juni 2001, Riksförsäkringsverket 2002:8.

²⁰ Protetiska behandlingar är mer kostsamma och berättigade till mer omfattande stöd inom den förhöjda ersättningen än bastandvård. I förhållande till kostnaderna för protetik var administrationskostnaden inte lika stor.

till stöd. I en enkätundersökning som Socialstyrelsen gjort 2007 framkom att 21 procent av tandläkarna tyckte att den information som finns om tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid inte var tillräcklig. Den vägledning som Socialstyrelsen gett ut om tillämpningen av reglerna för de selektiva stöden och landstingens anvisningar gav enligt dessa tandläkare inte tillräckligt stöd i bedömningarna av vilka patienter som var berättigade till stöd²¹.

Även patienterna har dålig kännedom om de tandvårdsstöd som finns. Detta gäller både för de generella stöd som Försäkringskassan administrerar och de selektiva stöd som administreras av landstingen. I en enkätundersökning som Socialstyrelsen gjort i samråd med Försäkringskassan uppgav endast hälften av svarspersonerna att de kände till att det finns ett allmänt tandvårdsbidrag och endast 60 procent att de kände till att det finns ett allmänt högkostnadsskydd.²²

Denna bristande kunskap om stöden leder till att patienterna kan ha svårt att acceptera beslut om att de inte kan få viss tandvård ersatt. Det kan också innebära att patienterna inte utnyttjar de olika stöden i så stor utsträckning som de skulle kunna.

4.5 Brist på statistik

Sedan det statliga tandvårdsstödet infördes 2008 finns en samlad epidemiologisk information på riksnivå i Socialstyrelsens tandhälsoregister. Den tandvård som ges till hälso- och sjukvårdsavgift rapporteras dessvärre inte in i tandhälsoregistret och nationell uppföljning av dessa patienter saknas därför fortfarande. Särskilt olyckligt är det eftersom undertäckningen är systematisk. Patientgrupperna som saknas har sannolikt sämre tandhälsa än genomsnittet i riket. Det rör sig om äldre personer och funktionsnedsatta med vård och omsorgsbehov, samt patienter med vissa sjukdomar. Möjligheten att studera samband

²¹ Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, Socialstyrelsen 2007.

²² Befolkningens tandhälsa 2009 Socialstyrelsen, juni 2010 Artikelnr 2010-6-5.

mellan hälsa och tandhälsa begränsas kraftigt om dataunderlag saknas om de patientgrupper där sådana samband antas föreligga.

Den landstingsadministrerade tandvården följs endast upp på ett övergripande plan genom verksamhetsmått och kostnader. Jämförbar nationell statistik saknas nästan helt då insamlandet inte har samordnats mellan landstingen mer än på denna mest övergripande nivå. För att kunna mäta effekter och göra utvärderingar behöver enhetliga uppgifter samlas in på individnivå. Kontinuerlig datainsamling behövs för att man ska kunna uttala sig om förändringar över tiden. Vi kan för närvarande inte uttala oss om exempelvis behandlingspanorama, patientkostnader och hur länge en patient genomsnittligen får nödvändig tandvård respektive tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Det går heller inte att uttala sig om patienternas socioekonomiska bakgrund eller studera och analysera samband med andra system. Ingen vet till exempel hur vanligt det är att en patient samtidigt erhåller statligt tandvårdsstöd och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Samband mellan hälsa och tandhälsa kan inte beläggas eftersom uppgifterna inte samlas in. Alternativet till att samla in statistik löpande för all tandvård är att göra mer tillfälliga urvalsundersökningar. Dessa blir sannolikt av sämre kvalitet än totalundersökningar och de blir också mer resurskrävande. Sådana mer tillfälliga undersökningar tar längre tid i anspråk, vilket gör informationen mindre aktuell än om statistik kan samlas in löpande.

4.6 För få studier om munhälsa

Utvecklingen och utbyggnaden inom hälso-, sjuk- och tandvård och därmed sammanhängande stigande kostnader, ställer krav på effektivt resursutnyttjande och snabb utvärdering av insatta åtgärder. Kunskap om tandsjukdomar, deras variation och hur de påverkas av olika åtgärdsprogram är därför viktiga komponenter i en total vårdsyn. De framtida tandvårdsbehoven måste analyseras mot bakgrund av befolkningens förändrade ålderssamman-

sättning som medför allt större grupper äldre. Även sambanden mellan kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar samt tandvårdsbehov behöver analyseras. Det finns dock få större undersökningar som berör dessa frågor. I Sverige har endast genomförts ett fåtal nationella kliniska epidemiologiska studier som redovisar den vuxna befolkningens tandstatus och munhälsa. Tandhälsoregistret har bara funnits sedan juli 2008 och kan ännu bara ge mycket begränsad information.

4.7 Bristande samverkan och kunskap om tandvård

Ett stort problem är bristen på samarbete mellan tandvården och övriga hälso- och sjukvården. Både inom tandvården och inom hälso- och sjukvården finns kunskapsbrister om sambanden mellan sjukdomar och funktionsnedsättningar samt tandvårdsbehov. Även inom omvårdnaden saknas odontologiska kunskaper. En rapport från Centrum för äldretandvård vid Folk-tandvården i Västra Götalandsregionen²³ visar att den personal som ansvarar för och sköter omvårdnaden har fått en mycket begränsad utbildning i munvård. Vidare visar rapporten att utbildning i munhälsovård endast förekommer en timma på läkarutbildningen, mellan en och nio timmar på sjuksköterskeutbildningen och saknas helt i utbildning till arbetsterapeut och sjukgymnast. Många av dem som utbildas inom högskola eller universitet hamnar i sin yrkesutövning på arbetsledande och beslutsfattande positioner. Det är rimligt att anta att avsaknad eller bristande utbildning återspeglas i prioriteringen, genomförandet och omfattningen av dagliga munvårdsinsatser inom äldrevården.

Detta är något som uppmärksammas när det gäller den uppsökande och nödvändiga tandvården. Kommunerna ansvarar för

²³ Nyström, Eva (2009) Munvårdsutbildning inom hälso- och sjukvårdsutbildningar, Centrum för äldretandvård, Folk-tandvården, Västra Götaland

omvårdnaden av personer som behöver hjälp med att t.ex. sköta den dagliga munhygien. Det kommunala ansvaret för service och omvårdnad regleras i socialtjänstlagen (2001:453), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. I 5 kap. 6 och 8 §§ socialtjänstlagen(2001:453) åläggs kommunerna att skaffa sig kunskap om äldres och funktionshindrades levnadsförhållanden, bedriva uppsökande verksamhet och samverka i planeringen med landstinget samt andra samhällsorgan. Trots det anser vissa kommuner att munvård är en verksamhet som det saknas resurser att genomföra fullt ut och att munvård inte ska ingå i den dagliga omvårdnaden. Speciellt svårt är det att få hemtjänsten att beakta munvården som en del i den dagliga omvårdnaden. Ett ytterligare problem är att den utbildning som erbjuds all vårdpersonal inom den uppsökande verksamheten når för få då personalen ofta anser sig inte ha tid att delta.

4.8 Åldrande befolkning

Utmaningarna för tandvården bör ses i ljuset av vad som kan förväntas för hälso- och sjukvården. En alltmer åldrande befolkning i kombination med utvecklade medicinsk-teknologiska möjligheter samt bättre läkemedel innebär stora möjligheter. Kvaliteten inom vården ökar sannolikt, vi kommer att leva längre och bli friskare, men baksidan är att det kommer att leda till väsentliga samhällskostnader. En uppskattning av den svenska utvecklingen som gjorts av Sveriges Kommuner och Landsting²⁴ säger att om vi fortsätter att finansiera välfärdstjänsterna på samma sätt som idag så motsvaras det av en skattehöjning med ungefär 13 skattekrönor år 2035.

Den skisserade framtidsbilden är enligt vår uppfattning i stort relevant även för tandvården, dock med den viktiga skillnaden att den offentliga subventionen där aldrig har varit så stor som inom

²⁴ Framtidens utmaningar, Sveriges Kommuner och Landsting 2010

hälso- och sjukvården. Mer kunskap behövs också om den åldrande befolkningens tandhälsa och tandvårdsbehov. Som redan har angetts behövs mer kunskap och forskning kring utvecklingen mot allt fler äldre med allt fler kvarvarande tänder och med mer inslag av moderna konstruktioner i sina åldrande munnar.

5 Alternativa modeller och huvudmannaskap

5.1 Behoven skiljer sig – lämpligt med olika stödformer

Vi beskrev i kapitel 3 att det finns många sjukdomar och funktionsnedsättningar som påverkar tandhälsan negativt, ibland genom biverkningar av medicinering. Tandvårdsbehoven som uppstår på grund av sjukdom och funktionsnedsättningar kan se väldigt olika ut.

Vissa sjukdomar skapar specifika problem för munhälsan. Det gäller till exempel refluxsjukdomar där frekventa uppstötningar ger frätskador på tänderna. Vanligare är dock att sjukdomar och funktionsnedsättningar ger en mer allmän ökad risk för försämrad tandhälsa genom ökad risk för karies och tandlossning. Besvären kan vara antingen kroniska eller så kan patienten tillfriskna och återgå till sin normala tandhälsa.

För vissa av dessa diagnoser kan man väsentligen minska risken för försämrad tandhälsa genom förebyggande tandvård som komplement till egenvården. För andra sjukdomar räcker det inte med enbart förebyggande tandvård. Besvären är så omfattande att tandhälsan inte kan bibehållas genom förebyggande tandvård, utan andra tandvårdsåtgärder behövs också. Sjukdomen eller funktionsnedsättningen kan dessutom innebära

svårigheter för patienten att sköta sin munhälsa och att få tandvård utförd.

5.1.1 Riktat stöd för att motsvara behoven

För att på bästa sätt – givet de principiella utgångspunkterna för stödet som (avsnitt 2.3) och god hushållning med statens resurser – ge stöd åt patientgrupper med olika typer av behov blir det av ovanstående genomgång ganska tydligt att mer än en stödform kan behövas för att möta de olika behoven. Ett mer allmänt tandvårdsstöd till alla dessa grupper kan visserligen vara bra, men om man vill ge stöd för specifikt de tandproblem som uppstår som en följd av sjukdom eller funktionsnedsättning behöver stödet konstrueras så att det riktas mot sådana tandvårdsåtgärder som patienterna har behov av på grund av sjukdomen eller funktionsnedsättningen. Givet att det finns ekonomiska begränsningar för hur mycket medel som kan satsas behöver stödet riktas för att på bästa sätt möta de behov som uppstår som en följd av sjukdomen eller funktionsnedsättningen. Det ligger i sakens natur att ett mer allmänt stöd är mindre träffsäkert än ett riktat.

För patienter med sjukdomar och funktionsnedsättning som för med sig ökad risk för dålig munhälsa och där risken kan minskas genom förebyggande tandvård bör ett stöd i första hand uppmuntra till sådan tandvård och till egenvård. För att uppmuntra till just förebyggande tandvård behöver stödet vara knutet till sådana åtgärder. Om det särskilda tandvårdsstödet kan användas för all form av tandvård även om personen i fråga endast har behov av förebyggande tandvård riskerar man att resurserna används för annat än det var avsett för. Det skulle kunna vara protetiska behandlingar eller tandreglering utan koppling till sjukdomen eller funktionsnedsättningen. Genom att knyta stödet till förebyggande tandvårdsåtgärder ”slösas” inga offentliga medel på andra åtgärder.

Personer med stora tandvårdsbehov som följer av sjukdom eller funktionsnedsättning och där förebyggande tandvård inte är tillräckligt, behöver en annan typ av stöd. Detta stöd kan inte bara täcka förebyggande tandvård utan behöver också kunna användas för betalning av andra typer av tandvårdsinsatser.

5.1.2 Stödets nivå och behov av kontroll

Omfattningen av det särskilda stödet behöver naturligtvis möta behoven. Om förebyggande tandvård kan anses vara tillräckligt för att bibehålla en god tandhälsa kan stödet vara mindre generöst än om förebyggande tandvård inte kan anses tillräckligt. Syftet med att skapa selektiva stöd för vissa grupper är att de ska besöka tandvården oftare och få en bättre tandhälsa än om särskilt stöd saknades. En logisk slutsats och ett välkänt faktum är att mer omfattande subventioner ökar efterfrågan mer än mindre omfattande subventioner. Studier har visat att efterfrågan på tandvård inte är något undantag i detta avseende.²⁵ Dock finns det också anledning att vara försiktig med en för hög subventionsgrad, då risken för överutnyttjande och fusk ökar med högre subventionsgrad.

Inom socialförsäkringsområdet behöver man generellt överväga vilken nivå på kontroll som behövs. Kontroll och självrisk kan vägas mot varandra på så sätt att mindre inslag av självrisk ställer högre krav på kontroll och vice versa. När det gäller tandvårdsstöd innebär detta att när en patient behöver stå för en del av tandvårdskostnaden själv är patienten mindre benägen att utnyttja stödet om han eller hon inte uppfattar det som värdefullt. Genom självrisken läggs en del av "behovsbedömningen" över på patienten. Finns det ingen självrisk, utan vården utförs helt avgiftsfritt för patienten behöver patienten inte göra någon

²⁵ Hälsoekonom Mikael Moutakis som är verksam vid TLV har bistått arbetsgruppen med en litteraturöversikt på detta tema: Patientens pris och efterfrågan på tandvård – en rapid systematisk litteraturöversikt (Moutakis 2010) Dnr S2009/2879/HS. Rapporten finns tillgänglig hos socialdepartementet.

värdering eller ekonomiskt ställningstagande till sina vårdbehov. Alternativet till självrisk är högre grad av kontroll. Kontrollen kan ske antingen i förväg så att någon annan än vårdgivaren och patienten tar ställning till vårdbehoven innan behandlingen genomförs, eller i efterhand som en kontroll av att den utförda vården uppfyller de krav som finns uppställda för stöd. Nivån på stödet avgör också hur mycket kontroll och självrisk som det kan finnas behov av. Fusk blir naturligtvis intressantare om det finns mer pengar att tjäna än om det enbart rör sig om mindre belopp.

Särskilt stöd till förebyggande tandvård behöver inte täcka hela kostnaden för att uppmuntra till tandvårdsbesök. Det kan snarare vara en fördel om stödet *inte* täcker hela kostnaden då det kan fungera som en sorts självrisk och uppmuntra till egenvård. För denna konstruktion behövs inte några individuella bedömningar, utan man torde kunna ställa upp ett regelverk av mer generell karaktär avseende vilka sjukdomar och funktionsnedsättningar som ska omfattas och hur länge stöd ska kunna utgå.

För patienter med sjukdomar och funktionsnedsättning som leder till större tandvårdsbehov för vilka förebyggande tandvård inte är tillräckligt, behövs mer omfattande stöd. Någon avgränsning till vissa tandvårdsåtgärder är svårt att ställa upp på förhand i ett generellt regelverk. För dessa patienter behövs i stället mer av kontroll i form av individuell behovsprövning och bedömningar. Om stödet ska kunna göras generöst för patienterna med låg eller ingen självrisk ställs det högre krav på inslag av kontroll.

5.2 Huvudmannaskap

Det finns flera olika modeller för hur huvudmannaskapet för ett selektivt tandvårdsstöd skulle kunna se ut. En ledstjärna för oss har dock varit att utgå från de system som redan finns och ta tillvara de delar som fungerar bra genom att i första hand bygga vidare på dessa. Stödet ska fungera bra ihop med det statliga

tandvårdsstödet som har införts relativt nyligen (halvårsskiftet 2008). I arbetsgruppens uppdragsbeskrivning anges att stödet ska utformas som ett komplement till det befintliga statliga tandvårdsstödet. Vidare är det viktigt att även beakta de selektiva tandvårdsstöd som landstingen har ansvar för idag.

Som vi ser det finns det därmed två tänkbara huvudmän för stödet. Den ena varianten är att låta landstingen ansvara för det särskilda stödet och den andra varianten är att stödet blir statligt. Det finns också ett tredje alternativ som innebär att låta staten och landstingen ansvara för olika delar av ett selektivt stöd.

5.2.1 Landstingen som huvudmän för det särskilda tandvårdsstödet

Som redan har nämnt är landstingen huvudmän för de selektiva tandvårdsstöd som finns i dagsläget. Dessa stöd har närmare beskrivits i kapitel 3.

Kan de olika behoven av stöd tillgodoses?

Idag betalar patienterna hälso- och sjukvårdsavgift för tandvård som led i sjukdomsbehandling. Avgifterna ingår som del i hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. Motivet har varit att tandvård som behövs för att genomföra ett medicinskt ingrepp inte ska kosta mer än när en läkare behöver remittera för exempelvis infektionskontroll eller utredning till andra medicinska discipliner. På detta sätt undviker man också att höga tandvårdskostnader förhindrar eller äventyrar behandlingsresultat inom hälso- och sjukvården, vilket de skulle kunna göra om en patient väljer att avstå från sådan tandvård på grund av kostnadens storlek.

En, som det kan förefalla, enkel väg att gå för att skapa ett särskilt tandvårdsstöd skulle kunna vara att lägga till nya grupper under landstingens ansvar. Som angavs inledningsvis i detta kapitel skiljer sig dock behoven åt mellan olika grupper av

patienter även om de har det gemensamt att deras sjukdom eller funktionsnedsättning leder till ökade tandvårdsbehov. Patienter med omfattande behov på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning passar bra in i landstingsmodellen med kraftig subventionering och i princip ingen självrisk för patienten. Däremot verkar det mindre lämpligt för stöd till sjuka och funktionsnedsatta som får ökade behov av i första hand förebyggande tandvård.

Fördelar och nackdelar med landstingen som huvudmän

Den främsta fördelen med landstingen som huvudmän för det särskilda tandvårdsstödet är att det där finns en fungerande organisation för bedömning av individuella fall, vilket kommer att krävas för grupperna som kan komma ifråga för särskilt stöd. Behovet av att göra individuella bedömningar finns dock inte för alla grupper. Att göra individuella bedömningar även av enklare fall kan leda till onödig administration.

Det bör inte uppstå någon risk för överkonsumtion om landstingen ansvarar både för bedömning av stödet och finansieringen av detsamma på det sätt som gäller idag för vuxentandvården under landstingens ansvar.

Ur patientperspektiv är det dock en nackdel att behöva vara i kontakt med två olika system för att få särskilt tandvårdsstöd. Om landstingen blir huvudmän för det selektiva stödet kommer fler personer att beröras av både det statliga stödet och landstingens tandvårdsstöd. Det kan också upplevas som en onödig administrativ börda för vårdgivarna att oftare än idag behöva ha kontakt med flera huvudmän.

Att regelverket kan skilja sig mellan olika landsting kan upplevas om orättvist, såväl avseende hur patientgrupperna avgränsas som vilken tandvård som ska kunna ingå. Det är en vanligare uppfattning att ett enhetligt regelverk för hela landet är viktigare

att värna än det kommunala självbestämmandet.²⁶ Det går inte att komma undan det faktum att det kommunala självbestämmandet ger landstingen möjlighet att ge sina invånare mer än vad som krävs enligt lagen. Dock kan dagens olikheter minskas genom en allmänt accepterad ambitionsnivå i lagen i kombination med bindande myndighetsföreskrifter, vilket saknas idag för tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Enhetlig statistik saknas på individnivå rörande den vuxen-tandvård som idag sker i landstingens regi. Detta gäller även tandhälsa. Det är sannolikt att statistiken blir än mindre heltäckande om nya grupper läggs till såvida inte åtgärder vidtas för att ändra på detta faktum. Något enhetligt IT-stöd finns inte heller inom landstingstandvården varför administrationen kan bli onödigt tungrodd för vårdgivarna.

Det sätt på vilket dagens selektiva stöd är konstruerat innebär ett reellt stöd för patienterna. Patienterna behöver endast betala hälso- och sjukvårdsavgift för den tandvård som de har särskilda behov av, vilket måste anses vara ett generöst stöd. Stödet förhindrar att de som drabbas av stora tandvårdsbehov hamnar i situationen att de behöver avstå från tandvård av ekonomiska skäl.

5.2.2 Staten som huvudman för det särskilda tandvårdsstödet

Det statliga tandvårdsstödet reformerades vid halvårsskiftet 2008 och i samband med det försvann den del av systemet som utgjordes av selektivt stöd, den så kallade förhöjda ersättningen. I dag är det statliga tandvårdsstödet generellt och i princip lika för

²⁶ I rapporten Var finns efterfrågan på kommunalt självstyre? (Landsorganisationen 2004) redovisas en enkätundersökning där respondenterna fick prioritera mellan att kvaliteten är ungefär lika bra i hela landet, även om det kan minska det kommunala självbestämmandet och att medborgarna genom kommunala beslut har möjlighet att påverka, trots att det kan ge upphov till stora skillnader. 70 procent prioriterade nationell likhet framför kommunalt självbestämmande inom områdena sjukvård, äldreomsorg och skola.

alla vuxna med undantag för att större ersättning ges till personer mellan 20 och 30 år och personer över 74 år (som får dubbelt allmänt tandvårdsbidrag).

Nytt för det statliga stödet sedan reformen infördes är det IT-stöd som används av vårdgivare och Försäkringskassan för att administrera utbetalning av försäkringsersättning och rapportera in underlag för detta samt statistik kring utförd tandvård och tandhälsa. Staten har på detta område ett mycket bra underlag för att löpande följa utvecklingen, vilket också ger goda förutsättningar för utvärdering och styrning. Administrationen underlättas för alla parter genom denna elektroniska rapportering, även om systemet fortfarande är under utveckling.

Kan de olika behoven av stöd tillgodoses?

För att möta de olika behoven av stöd skulle två typer av selektivt stöd kunna införas inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Ena delen skulle inriktas på stöd till förebyggande tandvård och den andra inriktas på ett förbättrat stöd till patienter med andra, mer omfattande, behov än förebyggande tandvård.

En variant på den förstnämnda delen är att erbjuda en avgiftsfri undersökning en gång per år (eller annat intervall) och förebyggande tandvård ett visst antal gånger per år. Ett annat sätt att gå till väga är att skapa ett ytterligare bidrag för förebyggande tandvård vilket utformas på liknande sätt som det allmänna tandvårdsbidraget. Ett extra tandvårdsbidrag på lämpligt belopp skulle kunna beviljas vissa sjuka och funktionsnedsatta och knytas till betalning av åtgärder inom vissa åtgärdsgrupper (förebyggande tandvård).

Den andra delen skulle kunna konstrueras så att vissa patienter beviljas högkostnadsskydd från första kronan och högre ersättning därefter, exempelvis 50 procent för kostnader upp till 3 000 kronor, 75 procent för kostnader mellan 3 000 och 15 000 kronor samt 90 procent för kostnader över 15 000 kronor. Ett sådant stöd riskerar dock att bli trubbigt eftersom även

andra åtgärder än de som erfordras med anledning av sjukdomen eller funktionsnedsättningen kommer att subventioneras i högre grad än för andra patientgrupper. Ett mer träffsäkert stöd vore att ge en hög subvention (exempelvis 85 procent av referenspriset) för sådana åtgärder som beviljas efter individuell prövning och bedöms vara adekvata mot bakgrund av den aktuella sjukdomen eller funktionsnedsättningen.

Fördelar och nackdelar med staten som huvudman

Ur ett patientperspektiv blir det en fördel att bara behöva vara i kontakt med ett system för tandvårdsstöd. Regelverket blir enhetligt i landet och öppnar inte för regionala skillnader, vilket torde minska risken för oklarheter kring vad som gäller.

Andra fördelar är att ett fungerande IT-stöd redan finns på plats som innefattar administration, utbetalning av ersättning samt enhetlig statistikinsamling på individnivå. Utvecklingskostnader skulle dock tillkomma. Statistiken kring tandhälsa och tandvårdskonsumtion blir automatiskt mer heltäckande om det nya särskilda stödet samordnas med det generella. Vårdgivarna behöver inte heller rapportera till två olika huvudmän.

Det finns ingen risk för överkonsumtion om man konstruerar stöden på ett bra sätt, med lämplig avvägning mellan självrisk och kontroll. Däremot är det till nackdel för patienterna om en stor självrisk behövs, då det innebär ett mindre generöst stöd. Ett särskilt stöd inom ramen för det statliga tandvårdsstödet kan inte göras lika generöst som landstingens tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Inom det statliga stödet gäller fri prissättning för vårdgivarna. Vår bedömning är att det därmed kommer att behövas en relativt stor självrisk för att minska risken för överutnyttjande och s.k. tredjepartsfinansiering. Tredjepartsfinansiering innebär att varken patienten eller vårdgivaren har några kostnader för vården och därmed heller inga incitament att begränsa kostnaderna och omfattningen av vården.

En stor nackdel är att det måste skapas en organisation för bedömning av individuella fall inom ramen för det statliga stödet, eftersom individuella bedömningar kommer att krävas för flera av grupperna som kan komma ifråga för särskilt stöd. Bedömningarna som behöver göras är för komplicerade för att kontrollen av dem ska kunna bygga enbart på efterhandskontroller som är den huvudsakliga inriktningen inom det statliga tandvårdsstödet i dagsläget. Kompetens och erfarenheter som idag finns inom landstingen tas inte tillvara om en ny organisation ska byggas upp inom Försäkringskassan.

5.2.3 Tvådelat särskilt tandvårdsstöd och två huvudmän

En tredje tänkbar väg är att låta särskilt stöd utgå i två former från två olika huvudmän, där frågan om vilken tandvård en person har behov av blir avgörande för vilken typ av särskilt stöd de olika patientgrupperna ska få. Svårbedömda och omfattande tandvårdsbehov läggs till landstingens tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift, medan stöd till personer med tandvårdsbehov som består av ökade behov av förebyggande tandvård läggs till inom det statliga tandvårdsstödet. På detta sätt kommer de fall där det finns möjlighet att ställa upp ett tydligt regelverk och där ingen individuell bedömning normalt behöver göras av en myndighet bli en del av det statliga stödet. De fall där det är nödvändigt med individuella bedömningar för att avgöra om en person har rätt till stöd läggs till landstingens tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Skälen till detta är att man i landstingen redan har en fungerande organisation för individuella bedömningar, samtidigt som denna inte ska behöva tyngas av fall som inte behöver bedömas individuellt. Samtidigt kan man dra nytta av infrastrukturen kring det statliga tandvårdsstödet vad avser ett mindre omfattande stöd till förebyggande tandvård som inte kräver individuella bedömningar.

Den nära kopplingen till hälso- och sjukvården är också av central betydelse för vissa av patientgrupperna med stora tandvårdsbehov. Särskilt stöd för förebyggande tandvård har mindre kopplingar till hälso- och sjukvården än till exempel stöd för infektionssanering inför kommande operation. Stöd till förebyggande tandvård behöver därför inte administreras av landstingen utan kan administreras av Försäkringskassan.

Fri prissättning är inte lämpligt vid en så omfattande subventionering av patientkostnaderna som blir fallet när patienterna enbart betalar hälso- och sjukvårdsavgift. Då uppstår risk för tredjepartsfinansiering och överkonsumtion. Det är därför inte lämpligt att kombinera ett så generöst stöd med den fria prissättning som gäller inom ramen för det statliga stödet.

Fördelar och nackdelar med två huvudmän

En fördel med ett tvådelat stöd med två olika huvudmän är att det är genomförbart och relativt smidigt att införa i och med att det bygger vidare på befintliga system och utnyttjar den infrastruktur som redan finns på plats. Det finns ett fungerande IT-stöd hos Försäkringskassan som fungerar som system för administration och löpande insamling av statistik på individnivå. Dessutom finns det en fungerande organisation för individuella bedömningar hos landstingen.

Det kan anses vara en nackdel ur patientens synvinkel att det är två olika huvudmän för stödet, vilket kan göra det otydligare och svårare att överblicka. Dock kan målet vara att göra antalet patienter som berörs av stöd från båda huvudmännen så litet som möjligt. Det är viktigt med tydliga definitioner om vilket stöd en patientgrupp omfattas av.

På en övergripande nivå finns ingen risk för överkonsumtion med denna lösning. Patientgrupper med behov av förebyggande tandvård kan ges incitament till egenvård genom en konstruktion av stödet som inbegriper självrisk för patienterna. För patienterna med svårbedömda och omfattande tandvårdsbehov

görs bedömning av samma instans (nämligen landstinget) som finansierar stödet varför överkonsumtion på grund av tredje-partsfinansiering inte uppstår.

Ur patientens synvinkel kan det vara en fördel att regelverket blir enhetligt i hela landet, vilket gäller för det statliga tandvårdsstödet. Bindande föreskrifter kan skapa en enhetlig nivå i landet även för stöd under landstingens ansvar, men det kommer samtidigt stå landstingen fritt att besluta om ytterligare stöd utöver detta. Att uppbyggnaden av möjligheterna att få särskilt stöd upplevs som rättvis och logisk är viktig för tilltron till systemet.

5.2.4 Går det verkligen inte att lägga allt hos en huvudman?

Det finns tydliga önskemål om en så enkel administration som möjligt. En huvudman för allt tandvårdsstöd snarare än två har framförts som önskemål i detta avseende. Självfallet skulle det i förenklingssyfte vara bättre att låta *en* huvudman ansvara för stödet. Det skulle i så fall kunna ske genom att huvuddelen av landstingens tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift flyttas över till det generella stödet med Försäkringskassan som huvudman. Alternativet att låta landstingen bli huvudmän för alla former av tandvårdsstöd genom att ta det stora steget att flytta tandvården till hälso- och sjukvården ligger inte inom ramen för den här arbetsgruppens uppdrag.

Vår bedömning är dock att vissa tandvårdsbehov bäst ges stöd i form av tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift med landstingen som huvudmän. Det finns två huvudsakliga skäl för detta ställningstagande. För det första finns det patientgrupper som bör få detta stöd på grund av den nära kopplingen till hälso- och sjukvården. För tandvård som verkligen är ett led i en sjukdomsbehandling samt sådan tandvård som bara kan utföras på sjukhus lämpar sig landstingen bäst som huvudman. Eftersom den tandvården behövs för att kunna utföra annan hälso- och sjukvård är det logiskt att samma avgiftssystem ska gälla. Om tandvård som

är av avgörande betydelse för den medicinska behandlingen skulle kosta mer än vad patienten har råd med (eller anser sig ha råd med) skulle det kunna leda till inställd medicinsk behandling eller sämre förutsättningar för god behandling. Att blanda in någon annan huvudman för stöd till sådan tandvård som enbart kan utföras på sjukhus verkar inte rimligt.

För det andra anser vi att vissa patientgrupper har behov av ett sådant generöst stöd som tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift innebär. Detta generösa stöd nästan utan självrisk för patienterna möjliggörs genom landstingens kostnadsansvar och kontroll genom individuella bedömningar av vården. Om stöd i stället skulle ges som en del av det statliga tandvårdsstödet där fri prissättning råder behöver patienten finansiera en del av den tandvård som han eller hon behöver på egen hand. Annars uppstår risk för så kallad tredjepartsfinansiering, vilket kan göra systemet starkt vårddrivande och på samma gång kostnadsdrivande.

Därtill kommer det faktum att en fungerande organisation för individuella bedömningar redan finns på plats inom landstingen. Detta talar för att lägga ansvaret för stöd till patientgrupper där det krävs mer av individuella bedömningar hos landstingen.

5.3 Vilka förslag landar vi i?

Ovanstående resonemang har lett arbetsgruppen till att föreslå ett tvådelat selektivt stöd med två olika huvudmän. Ett mindre omfattande stöd ges till personer med sjukdomar och funktionsnedsättning som leder till stora behov av förebyggande tandvård för att kunna bibehålla en god tandhälsa. Detta stöd blir en del av det statliga tandvårdsstödet som Försäkringskassan är huvudman för. Ett mer omfattande stöd ges till personer med sjukdomar och funktionsnedsättning som leder till stora tandvårdsbehov som inte kan tillgodoses med enbart förebyggande tandvård. Dessa får tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift, för vilken landstingen är huvudmän.

I följande kapitel redovisas detaljer kring arbetsgruppens förslag till särskilt stöd. I bilaga 1 och 2 redovisas detaljer kring de patientgrupper som föreslås omfattas av de selektiva stöden.

6 Särskilt tandvårdsbidrag till riskgrupper

6.1 Mål för det särskilda tandvårdsbidraget

Arbetsgruppen föreslår att ett särskilt tandvårdsbidrag skapas inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Det särskilda tandvårdsbidraget ska ge stöd för förebyggande tandvård åt personer som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning riskerar att få försämrad tandhälsa och stora tandvårdsbehov vilka kan förhindras eller minskas genom förebyggande tandvård.

På en övergripande nivå finns det idag två mål för det statliga tandvårdsstödet. Dessa är

1. att bibehålla god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov, och
2. att möjliggöra god tandvård för individer med stora tandvårdsbehov till en rimlig kostnad.

I propositionen Statligt tandvårdsstöd²⁷ anges att det första målet är det viktigaste på lång sikt, eftersom förebyggande tandvård gör att det framtida vårdbehovet minimeras och därmed ger det bästa skyddet mot framtida höga kostnader. Målet nås genom det allmänna tandvårdsbidraget som ger

²⁷ Statligt tandvårdsstöd, prop. 2007/08:49.

ekonomiskt stöd för förebyggande insatser och stimulans till tätare tandvårdsbesök.

Det andra målet är av störst betydelse för de enskilda individer som drabbas av dålig tandhälsa och stora tandvårdsbehov. Det nås genom högkostnadsskyddet som ger ekonomiskt stöd när stora tandvårdskostnader uppkommer. Därmed minskas ekonomiska hinder som patienter kan ha att konsumera den tandvård som de behöver.

Målgruppen för det särskilda tandvårdsbidraget skiljer sig delvis från målgrupperna som tas upp i de befintliga målen. Det är inte fråga om individer med inga eller små tandvårdsbehov. Inte heller behöver det vara fråga om individer med så stora tandvårdsbehov att de får stora tandvårdskostnader som leder till stöd i form av högkostnadsskydd. Målgruppen för det särskilda tandvårdsbidraget är sådana individer som har behov av regelbunden förebyggande tandvård på grund av att någon sjukdom eller funktionsnedsättning ökar risken för karies eller tandlossning.

Målet för det särskilda tandvårdsbidraget, dvs. det tredje målet inom det statliga tandvårdsstödet bör vara:

3. att bibehålla en god tandhälsa hos individer som till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning riskerar försämrad tandhälsa och där risken kan minskas genom förebyggande tandvård.

Detta mål riktas specifikt till målgrupperna för stödet och nås genom särskilt ekonomiskt stöd till förebyggande insatser och stimulans till regelbundna besök i förebyggande syfte. Stödet utgår enbart till personer som tillhör patientgrupper med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som ökar risken för försämrad tandhälsa. Förebyggande tandvård kan vara förutsättningen för dessa individer att bibehålla god tandhälsa eller minska försämringen av tandhälsan. När det sker minimeras det framtida vårdbehovet.

Det finns en god förståelse för vikten av förebyggande och tidiga insatser inom svensk tandvård. Det bästa skyddet mot höga tandvårdskostnader, både för individen och för samhället, är att kontinuerligt vidta förebyggande åtgärder så att den goda tandhälsan bevaras. Det är även viktigt att tidigt identifiera och behandla sjukdomar i munhålan samt uppkomna skador på tidigare behandlade tänder. I Socialstyrelsens förslag till nationella riktlinjer för vuxentandvård²⁸ ges sådana förebyggande åtgärder som kvalificerad rådgivning och fluorlackning två gånger per år en hög prioritering.

Det finns personer som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har behov av förebyggande tandvård som överstiger behovet hos resterande del av befolkningen. För dessa personer innebär inte det allmänna tandvårdsbidraget ett tillräckligt stort stöd för att de ska uppmuntras att uppsöka tandvården så ofta som de skulle behöva för att allvarliga tandsjukdomar ska kunna undvikas. De riskerar därför att söka förebyggande tandvård i alltför liten omfattning och därmed drabbas av tandsjukdomar och tandproblem som hade kunnat undvikas. Dessa personer är enligt arbetsgruppens bedömning i behov av ytterligare stöd i form av särskilt tandvårdsbidrag för att dessa tandsjukdomar och tandproblem ska kunna undvikas. Det särskilda tandvårdsbidragets konstruktion uppmuntrar till frekventa besök hos tandvården genom att mer stöd utgår vid två besök under en tolv månadersperiod än vid ett besök.

Kunskapen om vilka sjukdomar och funktionsnedsättningar som kan leda till ett ökat behov av förebyggande tandvård är inte alltid så god inom hälso- och sjukvården. Inte heller alla de patienter som lider av dessa sjukdomar eller funktionsnedsättningar känner förmodligen till att de med hjälp av regelbunden förebyggande tandvård kan minska risken för allvarliga tandsjukdomar. Det särskilda tandvårdsbidraget kan ge kännedom om de ökade behoven av förebyggande tandvård, i synner-

²⁸ Förslag till nationella riktlinjer för vuxentandvård 2010, Socialstyrelsen (2010)

het i kombination med kvalificerad rådgivning och riktade informationsinsatser.

För patienter med sjukdomar och funktionsnedsättning som ger sådana stora tandvårdsbehov att det inte är tillräckligt med enbart förebyggande tandvård föreslås ett mer omfattande stöd, se kapitel 7.

6.2 Vilka patientgrupper ska omfattas?

Förslag: Personer som på grund av en sjukdom eller en funktionsnedsättning löper risk att få försämrad tandhälsa ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag.

Sådan risk för försämrad tandhälsa ska anses föreligga för patienter som

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

Patienter med kronisk destruktiv parodontit och periimplantit ska endast få särskilt tandvårdsbidrag för behandlingar som utförs av specialist i parodontologi eller i samverkan med sådan specialist.

Socialstyrelsen ska meddela kompletterande föreskrifter vad gäller de närmare avgränsningarna av grupperna som ska kunna få stödet.

Skälen till förslaget: Som nämnts i avsnitt 6.1 är syftet med stödet att uppmuntra personer med sjukdomar eller funktionsnedsättning som leder till ökade behov av förebyggande tandvård, att i högre utsträckning efterfråga och få sådan tandvård. Därigenom ska de kunna bibehålla en god tandhälsa. För att uppnå detta mål ska stödet rikta sig till patientgrupper som löper risk att få försämrad tandhälsa och där förebyggande tandvård i allmänhet kan anses vara tillräcklig för att minska denna risk. Det rör sig t.ex. om patienter med sjukdomar eller funktionsnedsättning som medför en ökad kariesrisk på grund av muntorrhet eller ogynnsam kosthållning. Det kan också vara patienter med sjukdomar som leder till en ökad infektionskänslighet eller som innebär att patienterna får frätskador på sina tänder.

Patienter med sådana sjukdomar och funktionsnedsättningar som leder till allvarigare tandhälsoproblem, för vilka enbart förebyggande tandvård inte är tillräcklig, ska istället kunna få stöd i form av tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift, se kap. 7. Tandvård som ges till hälso- och sjukvårdsavgift ska inte kunna finansieras med särskilt tandvårdsbidrag.

I lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska anges de övergripande utgångspunkterna för vilka patientgrupper som ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag. För att administrationen av det särskilda tandvårdsbidraget ska vara så enkel som möjligt behöver de sjukdomar och funktionsnedsättningar som ska kunna ligga till grund för stödet förtecknas. Detta ska göras i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd. Genom att

sjukdomarna och funktionsnedsättningarna förtecknas blir målgrupperna för stödet tydliga. Det blir inte heller nödvändigt att i varje enskilt fall göra en bedömning av om den sjukdom eller funktionsnedsättning som en patient har är en sådan sjukdom eller funktionsnedsättning som kan innebära en risk för försämrad tandhälsa. Istället blir det endast nödvändigt att bedöma om patienten lider av någon av de förtecknade sjukdomarna. För vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar kan det dock även behöva göras en precisering på föreskriftsnivå av vilka patienter som ska vara berättigade till stöd.

Sambandet mellan tandvårdsbehov och sjukdomar och funktionsnedsättning finns inte alltid dokumenterade i den vetenskapliga litteraturen. Beprövad erfarenhet och rimliga antaganden måste därför läggas till grund för utformningen av de bedömningskriterier enligt vilka gränsdragningen ska göras mellan patientgrupper som ska och inte ska åtnjuta stödet. I och med stödets implementering kommer kunskapen om sambanden att kunna ges goda förutsättningar att utvecklas.

Att ta fram detaljerade bestämmelser om vilka bedömningskriterierna ska vara för de olika grupperna kräver både medicinsk och odontologisk kompetens. Sådan kompetens finns inom Socialstyrelsen och Socialstyrelsens vetenskapliga råd. Socialstyrelsen ska därför genom föreskrifter ta fram dessa bedömningskriterier. Tandvårds- och läkemedelsverket (TLV) tar fram föreskrifter om det statliga tandvårdsstödet i övrigt, men på grund av Socialstyrelsens bredare uppdrag och kompetensområden förordar vi att gränsdragningen fastslås av Socialstyrelsen. Det är också bra att samla gränsdragningen beträffande selektiva tandvårdsstöd till samma myndighet. Det selektiva tandvårdsstöd som innebär att tandvård ges till hälso- och sjukvårdsavgift ligger inte inom TLV:s arbetsområde.

Vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar är sådana att de i stort sett alltid leder till ett ökat behov av förebyggande tandvård. För dessa sjukdomar behöver Socialstyrelsens föreskrifter förmodligen inte vara särskilt omfattande. Sjögrens syndrom, cystisk fibros, ulcerös colit, Crohns sjukdom och

tarmsvikt är sådana sjukdomar. Patienter med dessa sjukdomar bör därför alltid vara berättigade till särskilt tandvårdsbidrag. Även samtliga personer som har anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom och som fått frät-skador på tänderna samt patienter som genomgår dialys-behandling bör ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag. Detsamma gäller patienter som är immunosupprimerade på grund av läkemedelsbehandling och patienter som har genomgått en organ-transplantation.

En stor grupp patienter för vilka en gräns måste dras mellan vilka som ska ha rätt till stödet och vilka som inte ska ha det är patienter som är muntorra på grund av långvarig behandling med läkemedel. Även om det är känt att muntorrhet ger en ökad kariesrisk och vilka läkemedel som kan ha muntorrhet som biverkning är det inte rimligt att alla som tar dessa läkemedel beviljas stöd. Det är nämligen inte säkert att biverkningen muntorrhet förekommer hos alla som tar det aktuella läkemedlet. Det kommer därför att bli nödvändigt för Socialstyrelsen att ta fram föreskrifter som avgränsar kretsen av patienter som är berättigade till stöd på denna grund. Föreskrifterna skulle t.ex. behöva innehålla bestämmelser om hur muntorrheten bör fastställas.

För patienter med svårinställd diabetes kan det i föreskrifter behöva förtydligas vad som ska krävas för att diabetesen ska anses vara svårinställd.

Andra sjukdomar för vilka det är nödvändigt att i föreskrifter förtydliga hur bedömningen ska göras är kronisk destruktiv parodontit och periimplantit. I föreskrifter behöver anges vilka diagnoskriterier som ska användas. Dessa patienter kan vara i behov av stödbehandling i form av förebyggande tandvård för att parodontiten respektive periimplantiten inte ska förvärras och leda till allmänsjukdomar. För att kunna avgränsa denna grupp patienter ska stöd endast kunna utgå för behandlingar som utförs av specialist i parodontologi eller i samverkan med sådan specialist. Detta ska anges i tandvårdsförordningen (1998:1338).

Arbetsgruppen lämnar i bilaga 1 mer utförliga uppgifter om de patientgrupper som ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag.

6.3 Tillgodohavande hos Försäkringskassan

Förslag: Det särskilda tandvårdsbidraget ska utformas som ett tillgodohavande för patienten hos Försäkringskassan.

Skälen till förslaget: Det särskilda tandvårdsbidraget ska praktiskt utformas som ett tillgodohavande för patienten hos Försäkringskassan på samma sätt som det allmänna tandvårdsbidraget. En sådan utformning medger att de olika delarna inom det statliga tandvårdsstödet kan administreras samlat och på likartat sätt. Sammantaget innebär en sådan utformning att de administrativa kostnaderna för vårdgivarna och Försäkringskassan blir så låga som möjligt.

En förutsättning för att administrationen av det särskilda tandvårdsbidraget ska fungera är dock att vårdgivarna enkelt kan få tillgång till information om hur mycket som återstår av en patients särskilda tandvårdsbidrag. Arbetsgruppens förslag om Försäkringskassans uppgiftsskyldighet lämnas i avsnitt 6.13.

6.4 Ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder

Förslag: Särskilt tandvårdsbidrag ska få användas för betalning av förebyggande tandvårdsåtgärder.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ska meddela föreskrifter om vilka åtgärder som ska anses vara förebyggande tandvård.

Skälen till förslaget: Målet med det särskilda tandvårdsbidraget är att uppmuntra till ökad förebyggande tandvård så att

allvarliga tandsjukdomar kan undvikas. Bidraget riktar sig till personer med sjukdomar eller funktionsnedsättning vars tand-skadande effekter kan förhindras eller minskas med förebyggande tandvård. För att inte äventyra målet med det särskilda tandvårdsbidraget bör det enbart kunna användas till förebyggande tandvård.

Även det allmänna tandvårdsbidraget har som syfte att uppmuntra till förebyggande tandvård. Vid införandet av det allmänna tandvårdsbidraget diskuterades om användningsområdet borde begränsas till förebyggande tandvård. Utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna resonerade i betänkandet *Friskare tänder till rimliga kostnader*²⁹ om detta vore lämpligt. Utredningen konstaterade att all form av kontakt med tandvården borde uppmuntras hos personer som helt avstår från tandvårdsbesök. En utformning som komplicerade och begränsade det allmänna tandvårdsbidragets användningsområde riskerade enligt utredningen att skapa negativa effekter hos ovana tandvårdsbesökare. Utredningens bedömning var att ett ekonomiskt stöd även till akutbesök indirekt stödde målet med det allmänna tandvårdsbidraget, genom att det gav möjligheter för tandvårdspersonalen att vid besöket informera om tandvårdsstödet och poängtera vikten av regelbundenhet. Vidare konstaterade utredningen att det allmänna tandvårdsbidraget inte uppgick till så höga belopp, att ett begränsat användningsområde kunde motiveras och kontrolleras.

För det särskilda tandvårdsbidraget gör sig dock andra skäl gällande. De grupper som ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag ska ha den rätten just på grund av ett ökat behov av förebyggande tandvård. Om de kunde använda det särskilda tandvårdsbidraget även för reparativ tandvård skulle syftet med stödet gå förlorat. Det särskilda tandvårdsbidraget uppgår också till ett högre belopp och omfattar färre individer än det allmänna tandvårdsbidraget. Det är därför enklare att kontrollera hur bidraget används. Sammantaget anser arbetsgruppen att det är

²⁹ *Friskare tänder till rimliga kostnader*, SOU 2007:19 s. 293.

motiverat att begränsa användningen av det särskilda tandvårdsbidraget till förebyggande tandvård.

De tandvårdsåtgärder som är nödvändiga för att dessa patienter ska kunna bibehålla en god tandhälsa är t.ex. undersökningar i form av kariesdiagnostik och diagnostik av gingivit och parodontit, riskbedömningar, hälsofrämjande åtgärder i form av hälsoinformation och rekommendationer om egenvård och sjukdomsförebyggande åtgärder i form av fluorbehandling och kostrådgivning. Även behandling av initialkaries och infektionsbekämpning vid parodontal sjukdom eller periimplantit kan vara nödvändiga för att förebygga svårare tandsjukdom. Dessutom kan vissa parodontalkirurgiska åtgärder behöva ingå för att förhindra allvarligare tandlossning eller periimplantit.

De åtgärder som kan vara nödvändiga för att förhindra en försämrad tandhälsa för de aktuella patienterna finns i dagsläget listade i Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd i åtgärdsgrupperna 100, 200, 300 och 440.

I lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd bör anges att det särskilda tandvårdsbidraget ska få användas för betalning av förebyggande tandvård. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket bör bemyndigas att meddela föreskrifter om vilka åtgärder som ska anses utgöra förebyggande tandvård. Vid Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket finns ett särskilt beslutsorgan med benämningen Nämnden för statligt tandvårdsstöd. Denna nämnd fattar beslut om föreskrifter enligt förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd. Dessa föreskrifter behandlar bl.a. vilka åtgärder som ska vara ersättningsberättigande inom ramen för det statliga stödet samt vilka referenspriserna ska vara för de aktuella åtgärderna. Mot bakgrund av de uppgifter nämnden har i dagsläget är det enligt vår bedömning lämpligt att nämnden även beslutar om föreskrifter gällande vilka tandvårdsåtgärder som ska anses vara förebyggande tandvårdsåtgärder.

6.5 Särskilt tandvårdsbidrag och abonnemangstandvård

Förslag: Särskilt tandvårdsbidrag ska få användas för betalning av abonnemangstandvård.

Skälen till förslaget: Det allmänna tandvårdsbidraget får enligt 2 kap. 2 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd användas för betalning av abonnemangstandvård om avtalet innebär att vårdgivaren under en period av tre år till fast pris ska utföra den tandvård som patienten behöver i form av undersökningar och utredningar, hälsobefrämjande insatser, behandling av sjukdoms- och smärttillstånd samt reparativ vård. Avtalet får även omfatta annan tandvård. För att möjliggöra för alla patienter att teckna avtal om abonnemangstandvård bör särskilt tandvårdsbidrag få användas som delbetalning av abonnemangstandvård under samma förutsättningar som gäller för det allmänna tandvårdsbidraget. Eftersom abonnemangstandvård även ger patienten reparativ vård innebär detta att det särskilda tandvårdsbidraget i dessa fall kommer att kunna användas för betalning av annan tandvård än förebyggande tandvård.

Abonnemangstandvården kan sägas syfta till att stimulera patienterna till regelbundna besök och till ett ökat ansvarstagande för egenvården. Detta ligger i linje med syftena bakom det särskilda tandvårdsbidraget. Mot denna bakgrund vore det olyckligt att införa hinder mot att använda det särskilda tandvårdsbidraget för betalning av abonnemangstandvård. Eftersom patienter som har rätt till särskilt tandvårdsbidrag löper en ökad risk att drabbas av försämrad tandhälsa kommer de att få betala mer för abonnemangstandvård än vad friska patienter får göra. Ökningen i pris borde rimligen motsvara de kostnader som uppstår för den förebyggande tandvård som patienterna är i behov av. Det särskilda tandvårdsbidraget skulle därmed kunna sägas finansiera denna ökade mängd förebyggande tandvård och inte reparativ vård inom ramen för ett abonnemang. Det ligger också

i vårdgivaren intresse att inom ramen för abonnemangsavtalet ge patienten så mycket förebyggande tandvårdsåtgärder att det inte uppstår några behov av reparativ vård. Även detta talar för att det särskilda tandvårdsbidraget i praktiken inte kommer att användas till reparativ vård inom ramen för ett avtal om abonnemangstandvård.

Hos vissa privata vårdgivare finns möjligheter att teckna avtal om tandvård vilken benämns som annat än abonnemangstandvård. Det bör naturligtvis även vara möjligt att använda det särskilda tandvårdsbidraget för betalning enligt ett sådant avtal så länge avtalet uppfyller kraven på avtal om abonnemangstandvård i 2 kap. 2 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

6.6 Det särskilda tandvårdsbidragets storlek

Förslag: Stödet ska utgå med maximalt 600 kronor per halvår.

Skälen till förslaget: För att syftet med det särskilda tandvårdsbidraget ska kunna uppfyllas måste stödet vara tillräckligt stort för att uppmuntra till förebyggande tandvård. Om stödet är för litet finns risken att patienterna upplever att den förebyggande tandvården fortfarande är för dyr för att de ska kunna kosta på sig den. Under 1999–2008 kunde patienter med ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder beviljas förhöjd ersättning.³⁰ Den förhöjda ersättningen kritiserades dock för att inte ge ett tillräckligt ekonomiskt skydd för patienterna. Stödformen kom att utnyttjas i mycket mindre utsträckning än vad som var avsett bl.a. på grund av att det innebar en alltför liten ersättning. För att det särskilda tandvårdsbidraget ska komma att användas får ersättningen alltså inte vara alltför liten.

Alla stödformer innebär vissa administrativa kostnader. För att få rätt till det särskilda tandvårdsbidraget kan patienten ha

³⁰ Se redogörelse för reglerna om den förhöjda ersättningen i avsnitt. 3.2.2.

kostnader för läkarintyg och eventuella salivprov. Därtill tillkommer administration hos vårdgivarna och Försäkringskassan. För att en stödform ska anses vara samhällsekonomiskt effektiv måste dessa kostnader stå i rimlig proportion till kostnaderna för stödet.

Mot bakgrund av dessa omständigheter anser vi att en rimlig nivå på stödet är 600 kronor per halvår. I denna bedömning har också vägts in de ekonomiska ramar som finns för det tredje steget i tandvårdsreformen enligt budgetpropositionen för 2011.³¹ De ekonomiska ramarna för reformen ska också inrymma stödet till personer med så stora tandvårdsbehov att de har behov av annan tandvård utöver förebyggande tandvård. De ekonomiska ramarna för stödet behandlas i kapitel 11.

De patienter som omfattas av rätten till särskilt tandvårdsbidrag är i behov av regelbunden förebyggande tandvård för att undkomma att drabbas av allvarliga besvär. I jämförelse med andra personer som besöker tandvården har dessa patienter ett behov av kortare intervall mellan tandvårdsbesöken. Hur ofta en person behöver genomföra dessa besök är dock individuellt. Det beror dels på vilken åkomma det är som ger upphov till de ökade behoven av förebyggande tandvård, dels på individuella faktorer hos den aktuella patienten.

För att den förebyggande tandvården effektivt ska kunna förhindra ökade framtida tandvårdsbehov bör den ges relativt ofta, i vart fall två gånger om året. Patienter med rätt till särskilt tandvårdsbidrag ska därför få ett nytt bidrag om 600 kronor varje halvår. En patient kan därmed sammanlagt under ett år få maximalt 1 200 kronor i särskilt tandvårdsbidrag. För att uppmuntra patienterna att besöka tandvården minst en gång per halvår ska det särskilda tandvårdsbidraget inte kunna sparas till nästa halvår. Om patienten vid sitt första tandvårdsbesök under ett halvår inte gör av med hela det särskilda tandvårdsbidraget ska det dock kunna sparas till nästa tandvårdsbesök under det aktuella halvåret.

³¹ Budgetproposition för 2011, prop. 2010/11:1

I de flesta fall kommer priset för ett behandlingstillfälle att överstiga de 600 kronor som ersätts med särskilt tandvårdsbidrag. Patienten kommer därmed själv att få betala en del av tandvården. Det kan dock uppstå situationer när en patients kostnader vid ett visst behandlingstillfälle understiger 600 kronor. I den gällande referensprislistan som återfinns i Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd finns 17 förebyggande åtgärder vars referenspris understiger 600 kronor. I sådana situationer kommer således patientens hela kostnad täckas av bidraget. Den del av bidraget som överstiger åtgärdspriset ligger kvar som ett tillgodohavande hos Försäkringskassan under resterande delen av sexmånadersperioden.

Arbetsgruppens uppfattning är att det normalt sett är en viktigt princip att patienten betalar en del av behandlingen själv. Genom denna princip undviks att patienten efterfrågar mer vård än nödvändigt och att systemet blir kostnadsdrivande. En viss självrisk eller egenfinansiering kan också vara önskvärd för att minska risken för fusk.

Arbetsgruppen har mot denna bakgrund övervägt om det borde införas en begränsning av hur stor del av patientens kostnader som maximalt borde kunna täckas av särskilt tandvårdsbidrag. Den högsta ersättningsgraden en patient kan få när det gäller det statliga tandvårdsstödet till skydd mot höga kostnader är 85 procent. En möjlighet skulle vara att införa en gräns på 85 procents täckning av patientens kostnader även för det särskilda tandvårdsbidraget. En sådan bestämmelse skulle dock innebära att regelverket blev mer komplicerat. Detta skulle i sin tur kunna leda till att stödet inte utnyttjades i lika stor utsträckning. Till skillnad mot högkostnadsskyddet innebär inte det särskilda tandvårdsbidraget att en patient kan få en obegränsad mängd subventionerad tandvård. Det finns därför inte ett lika stort behov av att minska stödets kostnadsdrivande effekter genom att införa en självrisk för patienten. Det är heller inte vanligt att patienter efterfrågar mer förebyggande tandvård än vad de har behov av. Problemet är snarare att få patienter att genom-

gå den förebyggande tandvård de behöver. Med hänsyn till dessa omständigheter anser arbetsgruppen att det inte bör införas någon gräns för hur stor del av en patients kostnader som får täckas av särskilt tandvårdsbidrag.

6.7 Rätten till allmänt tandvårdsbidrag oförändrad

Förslag: Rätten till allmänt tandvårdsbidrag ska vara oförändrad.

Skälen till bedömningen: Det allmänna tandvårdsbidraget syftar bl.a. till att stärka den förebyggande tandvården. Det särskilda tandvårdsbidraget har till syfte att ytterligare förstärka incitamenten till förebyggande tandvård för personer som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning löper risk att få försämrad tandhälsa. Det särskilda tandvårdsbidraget bör mot denna bakgrund komma patienterna till del utöver det allmänna tandvårdsbidraget. En person som är berättigad till särskilt tandvårdsbidrag ska alltså kunna använda sig både av det allmänna tandvårdsbidraget och av det särskilda tandvårdsbidraget vid betalningen av en förebyggande tandvårdsåtgärd. Det allmänna tandvårdsbidraget för en tvåårsperiod uppgår till 300 kronor för personer i åldrarna 30–74 år och till 600 kronor för övriga personer som fyllt 20 år (dvs. mellan 20 och 29 samt över 74 år). Under en tolv månadersperiod ska allmänt och särskilt tandvårdsbidrag sammantaget kunna utgå med 1 350 kronor för personer i åldrarna 30–74 år och med 1 500 kronor för personer mellan 20 och 29 samt över 74 år.

6.8 Särskilt tandvårdsbidrag och tandvårdsersättning

Förslag: Tandvård som finansieras med särskilt tandvårdsbidrag ska inte ingå i beräkningen av tandvårdsersättning.

Skälen till förslaget: Tandvård som finansieras med särskilt tandvårdsbidrag är redan subventionerad. Den bör därför inte ingå i beräkningen av tandvårdsersättningen. Denna princip gäller enligt 2 kap. 5 § andra stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd också för det allmänna tandvårdsbidraget. Genom att införa principen för det särskilda tandvårdsbidraget kommer de två typerna av bidrag att behandlas på samma sätt vad gäller beräkningen av tandvårdsersättning.

6.9 Ansökan och utbetalning av stöd

Förslag: Bedömningen av om en patient hör till någon av de grupper som har rätt till särskilt tandvårdsbidrag görs av behandlande tandläkare eller tandhygienist.

När tandvården har utförts upprättar vårdgivaren ett underlag för beräkning av ersättning av vilket framgår skälen för att patienten bör beviljas särskilt tandvårdsbidrag. Underlaget ska också kunna användas för uppföljning av tandvården. Underlaget skickas till Försäkringskassan genom de befintliga IT-system som används för administration av tandvårdsstödet.

Försäkringskassan fattar därefter beslut om att betala ut det särskilda tandvårdsbidraget.

Skälen till förslaget:

Vårdgivaren bedömer om patienten har rätt till särskilt tandvårdsbidrag

För att det särskilda tandvårdsbidraget ska vara effektivt får administrationen av stödet inte vara alltför betungande för patienterna, hälso- och sjukvården, tandvården eller för Försäkringskassan.

I syfte att hålla nere de administrativa kostnaderna anser vi att bedömningen av om en patient ska kunna beviljas bidraget bör göras av tandvården utan någon förhandsbedömning av Försäkringskassan. Ett sådant förfarande minskar administrationen hos Försäkringskassan. Det innebär också att en patient som lider av någon av de sjukdomar eller funktionsnedsättningar som kan ge rätt till särskilt tandvårdsbidrag kan få tandvård subventionerad med särskilt tandvårdsbidrag utan att först upprätta en kontakt med Försäkringskassan. Om en förhandsprövning hos Försäkringskassan skulle vara nödvändig skulle patienten bli tvungen att vänta på besked från Försäkringskassan innan han eller hon kunde använda det särskilda tandvårdsbidraget för att betala för sin tandvård.

En annan fördel med den föreslagna lösningen, i jämförelse med ett system där patienten själv måste ansöka om ersättning hos Försäkringskassan, är att ansvaret för att patienten ska beviljas stöd inte bara kommer att vila på patienten själv utan även på tandvården. Erfarenheter från tidigare införanden av nya typer av tandvårdsstöd visar att det är svårt att få informationen om stödet att nå ut till patienterna.³² I och med att tandvården ska kunna avgöra om en patient ska beviljas stöd behöver patienten inte själv känna till vilka sjukdomar eller funktionsnedsättningar som berättigar till stöd. Tandvården kan vid patientbesöket ta reda på om patienten har någon sjukdom eller funktionsnedsättning som berättigar till stödet genom den hälsodeklaration som tas upp vid besöket. Tandvården kan då också informera

³² Förhöjd ersättning – en förmån? En studie om den förhöjda ersättningen inom tandvårdsförsäkringen 1 januari 1999 t.o.m. juni 2001, 2002:8 s. 26 och Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, rapport från Socialstyrelsen, 2007-103-1 s. 33.

patienten om stödet och om vilken typ av intyg patienten behöver för att kunna beviljas stödet.

En annan fördel med förslaget är att det kan leda till att tandvården och hälso- och sjukvården får bättre kännedom om vilka sjukdomar och funktionsnedsättningar som leder till ökade behov av förebyggande tandvård. Detta kan i sin tur skapa ett närmare samarbete mellan tandvården och hälso- och sjukvården.

Nackdelar med den föreslagna lösningen är att den kan upplevas som administrativt betungande för tandvården och att den innebär ett visst risktagande för tandvården. Redan idag gör dock tandvården bedömningar av vilka behandlingar som kan omfattas av det statliga tandvårdsstödet och rapporterar in utförda behandlingar till Försäkringskassan. Inte heller för övriga delar av det statliga tandvårdsstödet görs normalt några förhandsprövningar av Försäkringskassan. Den ytterligare administration som det särskilda tandvårdsbidraget kommer att innebära kommer enligt vår bedömning inte att vara så betungande för tandvården att någon annan administrationsmodell bör väljas. För att undvika att tandvården upplever det som ett allt för stort risktagande att göra de nödvändiga bedömningarna kommer också en möjlighet till förhandsprövning att införas, se avsnitt. 6.12.

En annan invändning som skulle kunna göras mot den föreslagna lösningen är att grunden för stödet i de flesta fall är medicinsk och att tandvården inte har kompetens att göra de medicinska bedömningar som krävs för att avgöra om en patient har rätt till stöd. Tandvården ska dock inte behöva göra några självständiga bedömningar på medicinsk grund. Inom tandvården ska enbart kontrolleras att patienten har föreskrivna intyg som visar att han eller hon tillhör en viss ersättningsberättigad grupp. Endast när det är frågan om grupper som beviljas stödet på odontologisk grund kommer tandvården att behöva göra en självständig bedömning. Detta gäller för patienter med kronisk destruktiv parodontit eller periimplantit och patienter där salivprov är nödvändigt för att avgöra om de är muntorra.

För att ytterligare förenkla för tandvården i de fall då en medicinsk bedömning ligger till grund för stödet bör det finnas standardiserade formulär för de läkarintyg som ska användas. Lättillgänglig information om vilka sjukdomar och funktionsnedsättningar som berättigar till stöd behövs också, liksom tydlig information kring hur dessa definieras.

Rapportering av uppgifter om utförd tandvård

Idag fungerar vårdgivarnas uppgiftslämnande till Försäkringskassan på så sätt att vårdgivarna för all ersättningsberättigande tandvård som utförts, via IT-stödet för administration av tandvårdsstödet, upprättar ett underlag för beräkning och uppföljning och lämnar detta till Försäkringskassan. I de fall patientens allmänna tandvårdsbidrag ska nyttjas eller patienten har en tandvårdskonsumtion över karensbeloppet, vilket ger rätt till tandvårdsersättning, får vårdgivaren skicka in en ansökan om ersättning. Även detta sker genom IT-stödet. Ansökan om ersättning ska leda till beslut av Försäkringskassan och, om förutsättningarna för detta är uppfyllda, utbetalning av ersättning.

För att underlätta tandvårdens administration av det särskilda tandvårdsbidraget bör vårdgivarnas ansökan och uppgiftslämnande angående detta bidrag göras på samma sätt som övriga ansökningar och uppgiftslämnandet inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. För att förenkla Försäkringskassans handläggning av ärenden om särskilt tandvårdsbidrag ska i underlaget även anges skälen för att särskilt tandvårdsbidrag ska utgå. Uppgifterna behövs också för effektiv kontroll och ändamålsenlig uppföljning och utvärdering.

Utbetalning till vårdgivarna i efterhand

Vid införandet av det allmänna tandvårdsbidraget och tandvårdsersättningen konstaterade regeringen³³ att för att minimera risken för felaktigt utnyttjande och för att säkerställa att uppgifterna som ligger till grund för utbetalningarna kan kontrolleras bör ersättningen betalas ut i efterhand. I propositionen diskuterades också om utbetalningen av stöden borde ske till patienten, då det är denne som är ersättningsberättigad. Det konstaterades dock att om ersättningen skulle betalas ut till patienten i efterhand innebar det att patienten behövde lägga ut pengar i avvaktan på att Försäkringskassan beslutade om att betala ut ersättningen. Ett sådant system skulle sannolikt medföra att en del patienter avstod från tandvård av ekonomiska skäl, vilket skulle motverka syftet med tandvårdsstödet. Mot denna bakgrund ansåg regeringen att tandvårdsstödet skulle betalas ut till vårdgivaren i efterhand. Då samma argument gör sig gällande även beträffande det särskilda tandvårdsbidraget bör även detta bidrag betalas ut till vårdgivarna i efterhand.

6.10 Underlaget för stödet

Förslag: Socialstyrelsen ska meddela föreskrifter om vad som ska krävas i form av intyg och undersökningar för att det ska anses utrett att en person har rätt till särskilt tandvårdsbidrag.

Socialstyrelsen ska också meddela föreskrifter om hur ofta underlaget för stödet ska behöva förnyas för de olika patientgrupperna.

Skälen till förslaget: För att tandvården ska kunna göra bedömningen av om en patient är berättigad till särskilt tandvårdsbidrag måste tandvården ha ett underlag för att göra denna bedömning. För att så långt som möjligt underlätta bedöm-

³³ Statligt tandvårdsstöd, prop. 2007/08:49 s. 90.

ningen bör det regleras i föreskrifter vilka typer av intyg som ska krävas vid de olika ersättningsberättigande diagnoserna. Vid vissa diagnoser kan det vara nödvändigt med ett läkarintyg medan det vid andra är tillräckligt att tandvården gör en bedömning på odontologisk grund med stöd av undersökning och röntgen. För patienter som är muntorra på grund av läkemedelsbehandling skulle utdrag från apotekens läkemedelsregister kunna användas för att visa vilka läkemedel patienten tar. I något fall kan det också vara nödvändigt att ta salivprov på patienterna. Vid bedömningen av vilken typ av underlag som ska krävas för de olika diagnoserna bör hänsyn tas till att den administrativa och ekonomiska bördan inte får bli för stor för patienten, tandvården eller hälso- och sjukvården. Dessa föreskrifter ska meddelas av Socialstyrelsen. För att ytterligare förenkla för vårdgivaren bör Socialstyrelsen även ta fram enhetliga formulär för intyg som ska användas.

Socialstyrelsen ska också bemyndigas att meddela föreskrifter om hur ofta underlaget för stödet ska behöva förnyas. För att kostnader för intyg och administration ska hållas nere bör det inte ställas krav på att intygen förnyas oftare än nödvändigt. Vissa av diagnoserna är livslånga och innebär ett livslångt behov av ökad förebyggande tandvård. Detta gäller t.ex. för patienter med Sjögrens syndrom, cystisk fibros eller ulcerös colit. För dessa patienter bör det inte vara nödvändigt att förnya underlaget för stödet.

Flera av de patientgrupper som arbetsgruppen föreslår ska vara berättigade till stöd har dock inte livslånga sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Detta gäller t.ex. för personer som är muntorra på grund av läkemedelsbehandling, personer med frätskador till följd av åtstörning eller gastroesofageal refluxsjukdom och personer med svårinställd diabetes. För dessa patientgrupper bör underlaget för stödet förnyas med visst intervall så att det säkerställs att patienterna fortfarande är i behov av stöd. Underlaget bör förnyas tillräckligt ofta för att förhindra att patienter som inte längre har behov av stöd fortsätter att få stöd under lång tid. Underlaget bör dock inte förnyas så ofta att

administrationen blir alltför betungande för patienterna, hälso- och sjukvården eller tandvården. För att underlätta administrationen av stödet är det viktigt att frågan om hur ofta underlaget för stödet bör förnyas inte behöver bedömas i varje enskilt fall. Det är också viktigt att det inte finns för många olika tidsgränser att hålla reda på. Mot denna bakgrund anser arbetsgruppen att samma tidsgräns bör användas för samtliga patientgrupper som inte har kroniska diagnoser. Arbetsgruppen bedömer att tre år är en lämplig tidsperiod.

Att underlaget inte behöver förnyas oftare än vart tredje år innebär att patienter som blir friska från sina sjukdomar kan komma att få stöd under en viss tid trots att de inte längre är i behov av stöd. Arbetsgruppen anser dock att detta är nödvändigt för att administrationen av stödet inte ska bli för krånglig eller kostsam. För att administrationen av stödet inte ska bli för betungande är det nödvändigt att tandvården inte vid varje besök behöver kontrollera om patienten fortfarande är i behov av stöd. Istället ska tandvården under den tid underlaget är giltigt kunna lita till detta underlag. Detsamma ska gälla för Försäkringskassans efterhandskontroller.

När en patient vänder sig till en ny vårdgivare kan patienten dock behöva presentera sitt underlag i form av läkarintyg även för den nye vårdgivaren. Det kan också bli nödvändigt för den nye vårdgivaren att göra vissa undersökningar. Detta behövs dock inte om förhandsbesked har lämnats av Försäkringskassan.

Arbetsgruppen lämnar i bilaga 1 mer utförliga uppgifter om vilket bedömningsunderlag som ska krävas för de olika grupperna och hur ofta underlaget för stödet ska förnyas.

6.11 Kontrollinsatser i efterhand

Förslag: Försäkringskassans kontroll ska inriktas på kontrollinsatser i efterhand baserade på elektronisk databearbetning, slumpmässiga urval och misstankar om missförhållanden.

Skälen till förslaget: Försäkringskassans kontroller inom det statliga tandvårdsstödet består i dagsläget i första hand av efterhandskontroller. Vid införandet av det statliga tandvårdsstödet³⁴ anfördes att kontrollinsatser borde kunna ske i form av systematisk bearbetning av elektroniska data, s.k. data-mining, där uppgifter som lämnas i samband med behandling och som av någon anledning avviker från vad som kan anses normalt eller av andra skäl bör uppmärksammas, kontrolleras särskilt. Kontroller kan vidare genomföras utifrån särskilda kontrollprogram, där utpekade åtgärder eller åtgärdsgrupper granskas särskilt under en viss kontrollperiod. Riktade kontroller kan göras i högre utsträckning av vårdgivare som tidigare uppgett felaktiga uppgifter eller försökt få statlig ersättning på felaktiga grunder. Generellt bör krävas att diagnos, tillståndet före åtgärden påbörjades och behandlingsval kan verifieras av vårdgivaren genom t.ex. patientjournaler, foto m.m. vid Försäkringskassans kontroller.

Under år 2009 genomförde Försäkringskassan cirka 100 000 efterhandskontroller, vilket innebär att cirka en procent av alla besök efterhandskontrolleras. Hälften av dessa var slumpmässigt utvalda och hälften riktades mot specifika åtgärder. För att kontrollerna inom det statliga tandvårdsstödet ska kunna genomföras på ett enhetligt sätt bör även kontrollerna av det särskilda tandvårdsbidraget bestå av efterhandskontroller. Några författningsändringar är inte nödvändiga för detta ändamål.

För att det ska vara möjligt att ha ett system som i huvudsak är inriktat på kontroller i efterhand, istället för på förhandsprövningar, måste regelverket vara tydligt. Avsikten är att regelverket för när en patient ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag ska vara så tydligt att vårdgivarna och patienterna på förhand ska kunna veta om patienten har rätt till det särskilda tandvårdsbidraget.

Under tiden före och den första tiden efter införandet av det särskilda tandvårdsbidraget måste Försäkringskassan ha extra beredskap för att kunna svara på frågor från vårdgivarna med

³⁴ Statligt tandvårdsstöd, prop. 2007/08:49 s. 98.

flera. Resurser måste avsättas för detta. Utbildnings- och informationsinsatser såvitt avser det nya regelverket måste självfallet också genomföras innan de nya reglerna träder i kraft (se avsnitt 8.4).

6.12 Möjligheter att begära förhandsbesked från Försäkringskassan

Förslag: Det ska vara möjligt att begära förhandsbesked angående särskilt tandvårdsbidrag även om regelverket är utformat så att det generellt sett inte ska behövas. Försäkringskassan ska efter ansökan av en patient eller en vårdgivare i förväg pröva om förutsättningarna för särskilt tandvårdsbidrag är uppfyllda.

Ett förhandsbesked ska gälla under den tid och under de förutsättningar i övrigt som anges i beslutet.

Skälen till förslaget:

Vårdgivarens rätt att begära förhandsbesked

Den inriktning mot efterhandskontroller som anges i det föregående avsnittet innebär inte att det ska saknas möjlighet att begära att Försäkringskassan i förväg prövar om förutsättningarna för att en patient ska vara berättigad till särskilt tandvårdsbidrag är uppfyllda. Trots att avsikten är att regelverket för det särskilda tandvårdsbidraget ska vara så tydligt att det enbart av definitionerna av de olika sjukdomarna och funktionsnedsättningarna ska gå att avgöra om en patient har rätt till särskilt tandvårdsbidrag, kan det uppkomma vissa svårbedömda fall. För att inte patienterna ska riskera att gå miste om det särskilda tandvårdsbidraget på grund av att vårdgivarna är osäkra på regelverket och känner en oro för att drabbas av återbetalnings-

skyldighet om de gör en felaktig bedömning bör vårdgivarna ha en möjlighet att begära förhandsbesked hos Försäkringskassan. Tanken är dock inte att möjligheten att begära förhandsbesked ska behöva utnyttjas särskilt ofta. Om det skulle bli alltför vanligt att vårdgivarna begärde förhandsbesked skulle det innebära en mer omfattande administration av stödet. Genom att regelverket utformas på ett tydligt sätt kommer vårdgivarna förhoppningsvis i de allra flesta fall att känna sig så säkra på sina bedömningar att de inte behöver begära förhandsbesked.

Patientens rätt att begära förhandsbesked

Även patienterna bör ha en möjlighet att begära förhandsbesked av Försäkringskassan. Utan denna möjlighet kan en patient gå miste om att få frågan om han eller hon har rätt till särskilt tandvårdsbidrag prövad. Det kan uppkomma situationer då vårdgivaren inte bedömer att patienten har rätt till särskilt tandvårdsbidrag trots att patienten anser sig ha en sådan rätt. I dessa fall kommer inte någon ansökan om ersättning i form av särskilt tandvårdsbidrag att skickas till Försäkringskassan. Det kommer då heller inte finnas något beslut om utbetalning av ersättning från Försäkringskassan som patienten kan överklaga. Eftersom det inte heller ska finnas någon skyldighet för vårdgivarna att begära en förhandsbesked från Försäkringskassan kan patienten komma att stå utan möjligheter att få sin sak prövad av myndigheten. För att undvika detta bör även patienten ha en möjlighet att begära förhandsbesked hos Försäkringskassan.

För att förenkla för patienterna att begära förhandsbesked bör information om detta finnas lätt tillgänglig och samlad med övrig information om tandvårdsstödet, se kap. 8.

Vid införandet av stödet bör övervägas hur den praktiska hanteringen av förhandsbeskeden ska göras. För att göra det enkelt för patienten att begära förhandsbesked skulle t.ex. webbaserade lösningar kunna erbjudas vid sidan av möjligheten att skicka in en skriftlig begäran till Försäkringskassan.

6.13 Försäkringskassans uppgiftsskyldighet

Förslag: Försäkringskassan ska lämna uppgifter till vårdgivarna om en patients utnyttjande av särskilt tandvårdsbidrag.

Om Försäkringskassan genom ett förhandsbesked har tagit ställning till om en patient omfattas av rätten till särskilt tandvårdsbidrag ska Försäkringskassan även lämna uppgift om förhandsbeskedet till vårdgivarna.

Skälen till förslaget: En förutsättning för att administrationen av det särskilda tandvårdsbidraget ska fungera är att vårdgivarna enkelt kan få tillgång till information om hur mycket som återstår av en patients särskilda tandvårdsbidrag.

Enligt de bestämmelser som gäller idag för administrationen av det statliga tandvårdsstödet ska Försäkringskassan på begäran av en vårdgivare lämna de uppgifter vårdgivaren behöver för att kunna beräkna en patients kostnader för tandvården. Detta följer av 4 kap. 1 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Försäkringskassan ska enligt 14 § första stycket 2 förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd bl.a. lämna uppgifter om patientens utnyttjande av allmänt tandvårdsbidrag. Enligt 28 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) gäller sekretess hos Försäkringskassan för uppgifter i ärenden om statligt tandvårdsstöd. Enligt 28 kap. 6 § offentlighets- och sekretesslagen hindrar dock inte sekretessen att uppgifter lämnas till en vårdgivare enligt vad som föreskrivs i lagstiftningen om statligt tandvårdsstöd. Uppgifterna efterfrågas och lämnas i dagsläget automatiskt genom IT-stödet som används för administration av det statliga tandvårdsstödet. Vårdgivaren har enbart rätt att efterfråga uppgifter om patienter som vårdgivaren behandlar eller står i begrepp av behandla.

Arbetsgruppen anser att uppgifter om en patients utnyttjande av det särskilda tandvårdsbidraget bör kunna lämnas på samma sätt. Dessa uppgifter är nödvändiga för att vårdgivaren ska kunna

veta hur mycket som återstår av patientens särskilda tandvårdsbidrag och därmed vilket pris patienten ska betala. Om Försäkringskassan genom ett förhandsbesked har tagit ställning till om en patient är berättigad till särskilt tandvårdsbidrag bör vårdgivarna även kunna få information detta. Även detta underlättar för vårdgivaren i bedömningen av vilket pris patienten ska betala.

Att vårdgivaren har tillgång till dessa uppgifter kan patienten själv sägas ha intresse av. Osäkerhet i fråga om tandvårdsbesöket berättigar till särskilt tandvårdsbidrag eller inte kan nämligen tänkas leda till att vårdgivaren debiterar patienten ett för högt belopp. Arbetsgruppens uppfattning är att det eventuella intrång i den personliga integriteten som överföringen av uppgifter leder till inte är av sådan betydelse att det överväger de fördelar som en sådan överföring medför, nämligen en minskad risk för att patienten får betala för mycket sin vård.

De uppgifter som arbetsgruppen föreslår att Försäkringskassan ska lämna måste anses falla in under bestämmelsen i 4 kap. 1 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd enligt vilken Försäkringskassan till en vårdgivare ska lämna de uppgifter vårdgivaren behöver för att kunna beräkna en patients kostnader för tandvården. Någon lagändring är inte nödvändig för att Försäkringskassan ska vara skyldig att lämna uppgifterna. Ett tillägg behöver därmed endast göras i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

6.14 Återbetalningsskyldighet

Förslag: Försäkringskassan ska få kräva tillbaka det särskilda tandvårdsbidrag som har lämnats till en vårdgivare med för högt belopp. Försäkringskassan ska, istället för att kräva återbetalning, få räkna av beloppet från en annan fordran som vårdgivaren har på ersättning enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Om en patient har lämnat ofullständiga eller oriktiga uppgifter som medfört att vårdgivaren inte har fått begärd ersättning från Försäkringskassan, ska vårdgivaren få kräva patienten på det belopp som utgör skillnaden mellan begärd och erhållen ersättning.

Skälen till förslaget:

Återbetalningskyldighet för vårdgivarna

I 4 kap. 2 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd anges att om en vårdgivare har fått ersättning enligt lagen med för högt belopp, får Försäkringskassan kräva tillbaka ersättning som felaktigt har betalats ut. Försäkringskassan får, istället för att kräva återbetalning, räkna av beloppet från en annan fordran som vårdgivaren har på ersättning enligt lagen. Denna bestämmelse bör gälla även när särskilt tandvårdsbidrag har betalats ut med för högt belopp. Någon författningsändring är inte nödvändig för detta ändamål.

Vårdgivarens möjlighet att kräva patienten i efterhand

Med hänsyn till att vårdgivaren har en möjlighet att begära förhandsbesked från Försäkringskassan bör vårdgivaren i de fall han eller hon väljer att inte begära sådan prövning, stå risken för att ersättning inte beviljas. Vårdgivaren har betydligt bättre förutsättningar än patienten att göra bedömningen om patienten har rätt till stödet. Vårdgivaren ska därför inte få ställa några krav på betalning mot patienten om vårdgivaren efter utförd behandling inte har fått begärd ersättning från Försäkringskassan. Undantag från denna princip får dock göras om patienten lämnat ofullständiga eller oriktiga uppgifter som medfört att ersättningen blivit lägre än som begärts eller uteblivit helt. En bestämmelse med denna innebörd finns redan i 4 kap. 4 § lagen

(2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Denna bestämmelse ska även gälla vid utbetalning av särskilt tandvårdsbidrag. Någon författningsändring är inte nödvändig för detta ändamål.

6.15 Möjligheter att överklaga

Förslag: Den allmänna regeln i 22 § förvaltningslagen (1986:223) om vem som har rätt att överklaga gäller för beslut om särskilt tandvårdsbidrag. Detta behöver inte regleras särskilt.

Skälen till förslaget: Såväl vårdgivare som patienter ska kunna överklaga Försäkringskassans beslut om särskilt tandvårdsbidrag. Det är patienten som är berättigad till ersättning, men som regel vårdgivaren som ersättningen utbetalas till. Beslut om ersättning kan därmed anses angå båda. I 22 § förvaltningslagen (1986:223) anges att ett beslut får överklagas av den som beslutet angår, om det gått honom emot och beslutet kan överklagas. Patienten borde med stöd av 22 § förvaltningslagen alltså ha rätt att överklaga såväl beslut om ersättning som beslut i ett ärende om förhandsbesked. Även vårdgivaren borde med stöd av bestämmelsen ha rätt att överklaga ett beslut om utbetalning eller beräkning av ersättning och beslut i form av förhandsbesked. Någon ny bestämmelse om rätten att överklaga behöver därför inte införas. Några begränsningar i rätten att överklaga beslut om särskilt tandvårdsbidrag ska heller inte införas. Överklagande, ändring och omprövning av beslut ska enligt 4 kap. 9 § lagen om statligt tandvårdsstöd göras enligt bestämmelserna i 113 kap. 2–20 och 21 §§ socialförsäkringsbalken.

7 Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift – stöd till nya grupper

7.1 Mål för tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift

I dagsläget är, som tidigare redovisats, landstingen skyldiga att erbjuda tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift i form av vissa oralkirurgiska åtgärder och tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid. Landstingen ansvarar också för uppsökande och nödvändig tandvård till personer med omfattande vård- och omsorgsbehov. För denna vuxentandvård som landstingen är skyldiga att erbjuda betalar patienterna den avgift som gäller inom den öppna hälso- och sjukvården. Enda undantaget är munhälsobedömning vid uppsökande verksamhet som är avgiftsfri för patienterna.

Motiven för införandet av skyldigheten för landstingen att erbjuda viss vuxentandvård till hälso- och sjukvårdsavgift har uttryckts på något olika sätt. Gemensamt är att man genom stöden vill undanröja hinder för att den tandvård patienten har behov av ska kunna genomföras. Vid införandet av tandvård som ett *led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid* anförde regeringen³⁵ att för vissa patienter är behandling inom tandvården ett

³⁵ Reformerat tandvårdsstöd, prop. 1997/98:112 s. 32.

nödvändigt led i den totala sjukdomsbehandlingen och insatserna är medicinskt motiverade. Ett nära samarbete mellan medicinsk och odontologisk vårdpersonal är en nödvändighet i dessa fall. I förarbetena till bestämmelserna om tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid anfördes också att stödet till denna tandvård skulle motverka att eventuell medicinsk behandling skulle behöva ställas in eller få sämre förutsättningar beroende på vilken tandvård patienten har råd att betala³⁶. För denna grupp vill man alltså säkerställa att det inte finns ekonomiska hinder att genomföra sådan tandvård som behövs som ett led i en sjukdomsbehandling.

Motivet till att *viss oralkirurgi* utförs till hälso- och sjukvårdsavgift angavs vid införandet³⁷ vara att dessa åtgärder ofta utförs vid specialistkliniker vid sjukhusen och att verksamheten kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser och att den därmed är integrerad med sjukhusens verksamhet.

Den *uppsökande verksamheten* infördes för att hjälpa patienter som ofta hade svårt att själva inse betydelsen av tandvård för att kunna äta utan smärtor och andra problem eller för det allmänna välbefinnande. Stödet till *nödvändig tandvård* syftade till att göra det möjligt för dessa patienter att tillgodose de tandvårdsbehov som upptäckts genom den uppsökande verksamheten³⁸. Här är det fråga om tandvård som inte skulle komma till stånd utan ekonomiskt stöd på grund av patientens omfattande omsorgsbehov.

Arbetsgruppen föreslår att även patienter med sjukdomar eller funktionsnedsättning som leder till stora behov av tandvård, vilka inte kan tillgodoses med enbart förebyggande tandvård, ska erbjudas tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. För personer med sjukdomar eller funktionsnedsättning vars tandhälsoskadliga verkningar kan förhindras med förebyggande tandvård föreslås ett mindre omfattande stöd, vilket har beskrivits närmare i kapitel 6.

³⁶ Tandvårdsförsäkring i omvandling, Ds 1997:16 s. 78.

³⁷ Reformerat tandvårdsstöd, prop. 1997/98:112 s. 37.

³⁸ Reformerat tandvårdsstöd, prop.1997/98:112 s. 30.

Stödet till patienter med stora behov av tandvård på grund av långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar syftar, liksom övrig särskild vuxentandvård som landstingen är skyldiga att tillhandahålla, ytterst till att undanröja ekonomiska hinder för patienterna att genomgå den tandvård de har behov av. Här är det fråga om stora behov och kostsamma tandvårdsinsatser som behövs till följd av patientens sjukdom eller funktionsnedsättning. Bakgrunden till att stödet föreslås är att personer som har sjukdomar eller funktionsnedsättning som leder till stora behov av tandvård kan få mycket höga tandvårdskostnader för att kunna upprätthålla en god tandstatus. Målet med stödet är att förhindra att personer drabbas av så stora tandvårdskostnader på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning att kostnaderna utgör hinder för personerna i fråga att erhålla god tandvård.

Som redan nämnts uppnås målet genom att patienterna betalar hälso- och sjukvårdsavgift för tandvården. Här finns ett avgiftstak på 900 kronor under ett år varför patientens kostnad för tandvård inte kan bli hög. Risker är därmed mycket liten att kostnaderna skulle kunna utgöra ekonomiska hinder för enskilda att konsumera den tandvård de är i behov av. De aktuella patienterna behöver i flera fall även göra många besök inom hälso- och sjukvården och når därmed avgiftstaket även utan hänsyn till tandvårdsbesök. I realiteten kan tandvården därför komma att bli helt avgiftsfri för dessa patienter.

I avsnitt 7.2 behandlas arbetsgruppens förslag om ett nytt stöd i form av tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift till personer som har stora behov av tandvård på grund av långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar. I avsnitt 7.3 redovisas de nya grupper av patienter vilka arbetsgruppen föreslår ska få tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid samt övriga förändringar som arbetsgruppen föreslår för denna stödform. I avsnitt 7.4 behandlas arbetsgruppens förslag som gäller uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. I avsnitt 7.5 behandlas sådana förslag som är gemensamma för tandvård som ges till hälso- och sjukvårdsavgift.

7.2 Stöd till personer med stora behov av tandvård på grund av långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättning

7.2.1 Vilka patienter ska få stöd?

Förslag: Personer som har stora behov av tandvård på grund av långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättning ska få stöd till tandvård.

De patientgrupper som ska få del av stödet är personer som har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling på grund av

1. ett svårt psykiskt funktionshinder,
2. Parkinsons sjukdom,
3. multipel skleros,
4. cerebral pares,
5. reumatoid artrit,
6. systemisk lupus erythematosus,
7. sklerodermi,
8. amyotrofisk lateralscleros,
9. ett orofaciellt funktionshinder,
10. symtom som kvarstår sex månader efter det att personen har fått hjärninfarkt eller hjärnblödning (stroke).

Stöd ska även utgå till personer som på grund av

11. en sällsynt diagnos har stora svårigheter att sköta sin munhygien, att få tandvård utförd eller som har orofaciella symtom.

Socialstyrelsen ska meddela kompletterande föreskrifter vad gäller de närmare avgränsningarna av grupperna som ska kunna få stödet och vad som ska krävas i form av intyg.

Skälen till förslaget: En långvarig sjukdom eller en bestående funktionsnedsättning kan medföra att en person har sämre förutsättningar att bibehålla tandhälsan än vad friska personer har. Vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar kan vara

sådana att deras tandskadande effekter kan motverkas med förebyggande tandvård. För patienter med sådana sjukdomar eller funktionsnedsättningar föreslår arbetsgruppen ett särskilt tandvårdsbidrag, se kapitel 6. Det finns dock sjukdomar och funktionsnedsättningar som är så allvarliga för tandhälsan att deras negativa effekter inte kan förhindras enbart med förebyggande tandvård. Detta är sjukdomar eller funktionsnedsättningar som t.ex. innebär att en person får en försämrad oral motorik, kognitiva problem, problem att greppa eller svårigheter att koordinera rörelser. Problem av detta slag innebär att patienten kan få svårt att klara av sin dagliga munhygien. För vissa patienter kan det också vara problematiskt att få tandvård utförd vilket kan bero på att patienten på grund av sin funktionsnedsättning har svårt att hålla munnen stilla eller gapa. En sjukdom, en funktionsnedsättning, medicinering eller annan medicinsk behandling kan också medföra ökad mottaglighet för karies och andra tandsjukdomar. En patient med en sådan sjukdom bör inte drabbas av så höga tandvårdskostnader att de utgör ett ekonomiskt hinder för patienten att erhålla den tandvård han eller hon har behov av. Det ska därför införas ett stöd för tandvård till dessa personer, vilket ska omfatta inte bara förebyggande utan också annan tandvård.

I tandvårdslagen (1985:125) ska anges de övergripande utgångspunkterna för vilka patientgrupper som ska kunna få stödet. För att göra målgrupperna för stödet tydliga och för att administrationen av stödet ska bli så enkel som möjligt behöver de sjukdomar och funktionsnedsättningar som ska kunna ligga till grund för stödet förtecknas i tandvårdsförordningen (1998:1338). Genom att sjukdomarna och funktionsnedsättningarna listas blir det inte nödvändigt för varje patient att visa att just den sjukdom eller funktionsnedsättning som patienten har kan ge upphov till ökade tandvårdsbehov. Patienten behöver inte heller visa att det finns ett samband mellan de faktiska tandvårdsbehoven och sjukdomen eller funktionsnedsättningen. Istället blir det tillräckligt att visa att patienten har någon av de förtecknade sjukdomarna eller funktionsnedsättningarna. Efter-

som de aktuella sjukdomarna och funktionsnedsättningarna kan förekomma i olika allvarlighetsgrad blir det emellertid också nödvändigt att visa att sjukdomen hos den aktuella patienten är så allvarlig att den ger upphov till väsentligen ökade behov jämfört med en person som inte har sjukdomen.

Det avgörande för om en patient ska kunna få stödet ska inte vara om patienten har drabbats av karies, tandlossning eller andra tandsjukdomar i stor utsträckning. Det avgörande ska istället vara om patienten har en sjukdom eller funktionsnedsättning av en sådan allvarlighetsgrad som typiskt sett leder till en ökad förekomst av tandsjukdomar. Patienten ska alltså inte behöva vänta tills tandsjukdomarna uppkommit innan han eller hon kan få del av stödet. Att en patients tänder kan hållas friska med hjälp av den tandvård patienten får genom stödet ska naturligtvis inte heller innebära att patienten i förlängningen förlorar stödet.

Eftersom de sjukdomar och funktionsnedsättningar som föreslås kunna ligga till grund för stödet kan förekomma i olika allvarlighetsgrad ska det preciseras genom föreskrifter på myndighetsnivå hur allvarlig sjukdomen eller funktionsnedsättningen behöver vara för att den ska anses ge upphov till stora behov av tandvård.

För vissa av de sjukdomar och funktionsnedsättningar som föreslås omfattas av stödet finns vedertagna skattningsskalor för bedömning av sjukdomens allvarlighetsgrad. För psykiska funktionsnedsättningar används t.ex. den så kallade Globala funktions-skattningsskalan (GAF) för att mäta hur allvarlig funktionsnedsättningen är beaktat patientens psykologiska, sociala och yrkesmässiga funktionsförmåga. Genom att t.ex. hänvisa till sådana skattningsskalor kan gränsen dras för när stöd ska kunna ges till en patient med en viss sjukdom. När sådana skattningsskalor saknas måste andra bedömningskriterier tas fram.

Sambandet mellan tandvårdsbehov och sjukdomar och funktionsnedsättningar finns inte alltid dokumenterade i den vetenskapliga litteraturen. Beprövad erfarenhet och rimliga antaganden måste därför i viss utsträckning läggas till grund för bedöm-

ningen av enligt vilka bedömningskriterier gränsdragningen ska göras mellan patientgrupper som ska och inte ska åtnjuta stödet.

Att ta fram dessa detaljerade bestämmelser om vilka bedömningskriterierna ska vara för de olika grupperna kräver både medicinsk och odontologisk kompetens. Sådan kompetens finns inom Socialstyrelsen och Socialstyrelsens vetenskapliga råd. Socialstyrelsen bör därför genom föreskrifter ta fram de bedömningskriterier som ska användas för att avgränsa vilka grupper som ska erbjudas riktad tandvård.

Parkinsons sjukdom, multipel skleros, reumatoid artrit, systemisk lupus erythematosus, sklerodermi, amyotrofisk lateralscleros, cerebral pares och psykiska funktionsnedsättningar är alla sjukdomar som om de förekommer i en allvarlig form hos en person kan leda till stora svårigheter för personen att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling. Socialstyrelsen bör för dessa sjukdomar meddela föreskrifter om hur allvarliga sjukdomarna ska behöva vara för att de ska anses ge upphov till stora behov av tandvård.

Även patienter som har fått en stroke kan ha svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling. Vissa som drabbas av stroke blir dock återställda inom en så kort tid att svårigheterna med att sköta munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling inte har hunnit leda till några stora behov av tandvård. Avgränsningen är inte helt enkel men vårt förslag är att endast personer som drabbats av stroke och som efter sex månader fortfarande har kvarstående symtom ska anses ha stora behov av tandvård. Det är normalt först efter sex månader som det är möjligt att bedöma den kvarstående funktionsnedsättningen. Socialstyrelsen bör meddela föreskrifter om hur allvarliga de kvarvarande funktionsstörningarna ska vara för att de ska anses leda till stora behov av tandvård.

En annan grupp patienter som kan ha svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling är patienter som har svåra ansikts- eller käkdefekter (orofaciala funktionshinder) som t.ex. innebär inskränkt gapförmåga. Socialstyrelsen

bör i föreskrifter lista vilka typer av orofaciala funktionshinder som kan leda till stora behov av tandvård.

Det finns också en rad ovanliga sjukdomar som kan leda till svårigheter att sköta munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling eller som innebär att patienten får orofaciala symtom. Bland dessa finns Huntingstons sjukdom, spinal muskel atrofi och neurofibromatosis. Socialstyrelsen bör även meddela föreskrifter om dessa sjukdomar bl.a. i fråga om vad som ska anses utgöra orofaciala symtom.

För att så långt som möjligt underlätta administrationen ska det regleras vilka typer av läkarintyg som ska krävas vid de olika diagnoserna. Även dessa föreskrifter ska meddelas av Socialstyrelsen. För att ytterligare förenkla för berörda parter bör de intyg som används vara enhetliga. Även sådana intygsmallar skulle kunna tas fram av Socialstyrelsen.

Arbetsgruppen lämnar i bilaga 2 mer utförliga uppgifter om de grupper som ska omfattas av stödet.

7.2.2 Stödets storlek

Förslag: För tandvård som ges till personer som har stora behov av tandvård på grund av långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar ska bestämmelserna om avgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gälla.

Skälen till förslaget: Syftet med stödet är att det inte ska uppstå ekonomiska hinder för patienter att erhålla den tandvård patienterna har behov av till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning. De patienter som ska få stödet har ofta behov av regelbunden och kostsam tandvård. Stödet måste därför vara omfattande för att målsättningen ska uppnås. Genom att bestämmelserna om avgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen gäller för den tandvård som patienterna erbjuds kommer de inte att behöva betala mer för sin tandvård än högst 900 kronor per

12-månadersperiod. Samma avgiftstak gäller både öppen hälso- och sjukvård, inköp av vissa förbrukningsartiklar och tandvård, vilket betyder att de samlade avgifterna för dessa poster kan uppgå till högst 900 kronor under en 12-månadersperiod. Risken är därmed mycket liten att kostnaden skulle kunna utgöra något ekonomiskt hinder för enskilda att konsumera den tandvård de är i behov av.

7.2.3 Tandvård som ska omfattas av stödet

Förslag: Tandvård i form av undersökningar, riskbedömningar, hälsofrämjande åtgärder, sjukdomsförebyggande åtgärder, sjukdomsbehandlande åtgärder, kirurgiska åtgärder, rotbehandlingar, bettfysiologiska åtgärder, reparativa åtgärder och behandlingar med avtagbar protetik ska omfattas av bestämmelserna om avgifter i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Tandvård i form av behandlingar med fastsittande protetik ska inte omfattas.

Skälen till förslaget: För att personer med stora behov av tandvård på grund av långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar ska kunna bibehålla en god tandstatus är det viktigt att de kan hålla sig infektionsfria i munnen. Den tandvård som ska omfattas av stödet till dessa personer bör därför främst vara sådan tandvård som syftar till att hålla munnen infektionsfri. Detta är tandvård i form av undersökningar, riskbedömningar, hälsofrämjande åtgärder, sjukdomsförebyggande åtgärder, sjukdomsbehandlande åtgärder, kirurgiska åtgärder, rotbehandlingar, bettfysiologiska åtgärder och reparativa åtgärder. Tandvård med fastsittande protetik ska av kostnadsskäl inte omfattas. Den patient som vill ha fastsittande protetik kan få stöd till detta genom det högkostnadsskydd i form av tandvårdsersättning som är en del av det statliga tandvårdsstödet. Till hälso- och sjukvårdsavgift bör dock kunna erbjudas avtagbar protetik vilken fyller likartade funktioner som den fasta protetiken. Avtagbar

protetik kan vara nödvändig för att återställa rimlig tuggfunktion och acceptabel estetik. Den tandvård som ska ingå motsvaras i huvudsak av den tandvård som finns listad i Tandvårds och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd under åtgärdskoderna 100–700 och 800 i den del åtgärdskoderna rör avtagbar protetik.

7.2.4 Avgränsning mot andra stödformer

Förslag: Statligt tandvårdsstöd ska inte få lämnas för sådan tandvård som utförs till hälso- och sjukvårdsavgift på personer med stora behov av tandvård på grund av långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar.

Det ska inte införas någon begränsning av möjligheterna för patienter som får tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift på grund av långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar att erhålla tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift enligt reglerna om nödvändig tandvård eller tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid.

Skälen till förslaget:

Avgränsning mot särskilt tandvårdsbidrag

Vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar som kan ligga till grund för att en patient får tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift enligt de föreslagna reglerna är sådana att de också kan ge rätt till särskilt tandvårdsbidrag enligt de föreslagna bestämmelserna i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, se kap. 6. Stöd i form av tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift föreslås t.ex. i vissa fall ges till personer med svåra psykiska funktionshinder och Parkinsons sjukdom. Personer med dessa sjukdomar använder ofta läkemedel som kan ge upphov till muntorrhet vilket kan berättiga till särskilt tandvårdsbidrag.

Ingen patient ska dock vara berättigad till de båda stöden för samma tandvårdsåtgärd.

Av 1 kap. 6 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd framgår att statligt tandvårdsstöd inte får lämnas för sådan tandvård som utförs till hälso- och sjukvårdsavgift enligt bestämmelserna i 15 a § sjätte stycket tandvårdslagen (1985:125). Detsamma ska gälla för tandvård som utförs till hälso- och sjukvårdsavgift enligt de föreslagna nya reglerna.

Gränsen mellan när en patient ska få särskilt tandvårdsbidrag och när en patient ska få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift ska dras på följande sätt. En person som har en sjukdom eller en funktionsnedsättning som medför en risk för försämrad tandhälsa vilken kan minskas genom förebyggande tandvård ska få särskilt tandvårdsbidrag. En person som har en sjukdom eller en funktionsnedsättning som medför ett behov av tandvård, som inte kan tillgodoses enbart genom förebyggande vård, ska få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Eftersom det ska anges i förordning vilka sjukdomar och funktionsnedsättningar som ska kunna ligga till grund för de olika stöden kommer gränsdragningen inte bli så svår i praktiken.

Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift kommer dock inte att täcka alla tandvårdsåtgärder som är ersättningsberättigade inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Enligt arbetsgruppens förslag kommer inte tandvård i form av fastsittande protetik kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift till personer med stora behov av tandvård på grund av långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Dessa personer ska därför kunna använda sig av det statliga tandvårdsstödet vid betalning av sådana tandvårdsåtgärder.

Arbetsgruppen anser dock att det inte är möjligt att införa en bestämmelse som innebär att de egenavgifter en patient betalat för tandvård som ges till hälso- och sjukvårdsavgift ska kunna ligga till grund för beräkningen av statligt tandvårdsstöd. Bakgrunden till detta är att det i dagsläget inte finns något system som samlar uppgifter om hur mycket egenavgifter en patient har betalat för tandvård som ges till hälso- och sjukvårdsavgift.

Detta är något som patienten håller reda på själv med hjälp av ett högkostnadskort. En förändring av detta system skulle kräva omfattande åtgärder i form av nya sätt att registrera patientavgifter.

Det är inte heller säkert att en patient som har kommit upp i högkostnadsskyddet för tandvård som ges till hälso- och sjukvårdsavgift verkligen har betalat 900 kronor för tandvård under den senaste tolv månadersperioden. Reglerna om avgifter i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) innebär nämligen att en patient maximalt ska behöva betala 900 kronor för tandvård-, hälso- och sjukvård, och vissa förbrukningsartiklar sammantaget. En patient som har höga kostnader för sjukvård kommer alltså inte att behöva betala någonting för sin tandvård. Om patienten skulle kunna tillgodoräkna sig de 900 kronorna vid beräkning av det statliga tandvårdsstödet skulle alltså utgifter för hälso- och sjukvård eller förbrukningsartiklar kunna läggas till grund för beräkningen, vilket inte vore önskvärt.

Avgränsning mot annan tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift

Vissa personer med sådana sjukdomar och funktionsnedsättningar som ska omfattas av möjligheten till stöd enligt de föreslagna reglerna kan i dagsläget få nödvändig tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift enligt bestämmelserna i 8 a § första och andra stycket tandvårdslagen (1985:125). Dessa patienter ska även fortsättningsvis kunna få nödvändig tandvård.

Till skillnad från vad som gäller enligt de föreslagna nya bestämmelserna erbjuds nödvändig tandvård till personer som har ett varaktigt behov av vård och omsorgsinsatser under större delen av dygnet. Det är alltså omsorgsbehovet och inte ett ökat behov av tandvård som utgör grunden för nödvändig tandvård. Därigenom skiljer sig den nödvändiga tandvården från det nu föreslagna stödet. I praktiken kan en person komma att få stöd till tandvård enligt de föreslagna nya reglerna i ett tidigare stadium av sin sjukdom då omsorgsbehovet ännu inte är så stort.

Om sjukdomen förvärras och leder till omfattande vård- och omsorgsbehov får patienten istället stöd i form av nödvändig tandvård.

I dagsläget finns även patienter som får tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid. Stödet till sådan tandvård skiljer sig från det föreslagna stödet. Tandvård som ges som ett led i en sjukdomsbehandling ges till patienter som har drabbats av ett tillfälligt ökat behov av tandvård på grund av en sjukdom. Det kan handla om att patienten behöver laga en tandskada som har uppkommit vid ett epileptiskt anfall eller att patienten behöver infektionssaneras inför en operation. Den typ av stöd som arbetsgruppen föreslår ska ges till sjuka och till personer med funktionsnedsättning ska istället ges till patienter som under lång tid har ett stort behov av tandvård på grund av sjukdomar eller funktionsnedsättning.

Det är olika behov som ligger bakom de olika stödformerna som innebär att tandvård ges till hälso- och sjukvårdsavgift. Det kan också vara olika typer av tandvårdsåtgärder som omfattas. Det bör därför inte införas någon begränsning av möjligheterna för patienter som får tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift på grund av långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar att erhålla tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift enligt reglerna om nödvändig tandvård eller tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.

7.3 Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid – några förändringar

7.3.1 Patientgrupper som får stöd idag

<p>Förslag: Tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid och som i dagsläget erbjuds till av-</p>
--

gifter enligt hälso- och sjukvårdslagen ska även fortsättningsvis ges till sådana avgifter. Detta gäller dock inte tandvårdsbehandling på patienter med Sjögrens syndrom och på patienter med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling. Dessa patienter ska istället få rätt till särskilt tandvårdsbidrag.

Skälen till förslaget: För patienter med Sjögrens syndrom och patienter med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling är det muntorrhet som leder till det ökade tandvårdsbehovet. Den tandvård som muntorra patienter har behov av är i första hand förebyggande tandvård. Om patienterna uppmuntras till förebyggande tandvård kan framtida tandproblem i form av karies undvikas eller minskas. Även andra patientgrupper som är i behov av förebyggande tandvård på grund av muntorrhet kommer enligt arbetsgruppens förslag att få stöd i form av särskilt tandvårdsbidrag. Enligt arbetsgruppens bedömning är det rimligt att patienter med samma typ av behov beviljas samma typ av stöd. Patienter med Sjögrens syndrom och patienter med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling bör därför få särskilt tandvårdsbidrag, se kapitel 6. Dessa patientkategorier ska inte längre erbjudas tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift enligt bestämmelserna om tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid.

Vissa personer inom de aktuella patientkategorierna kommer dock även fortsättningsvis att kunna beviljas tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift av annan grund. Personer som har genomgått strålbehandling och där strålbehandlingen har lett till ett orofacialt funktionshinder t.ex. genom att gapförmågan har försämrats kommer, om de har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling, kunna få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift enligt de föreslagna nya reglerna om tandvård till personer med stora behov av tandvård på grund av långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar (se avsnitt 7.2). Detsamma gäller personer med Sjögrens syn-

drom som också har reumatoid artrit som leder till att de får stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling.

7.3.2 Nya patientgrupper föreslås få stöd

Förslag: Ytterligare patientgrupper ska få tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid till hälso- och sjukvårdsavgift.

De patienter som ska få detta stöd är patienter med frätskador på tänderna på grund av anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom. Stödet ska utgå när patienterna är medicinskt rehabiliterade.

Även patienter som ska genomgå medicinsk behandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav ska få detta stöd.

Skälen till förslaget

Personer med frätskador på tänderna på grund av anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom

Personer med anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom kan drabbas av frätskador på tänderna på grund av sin sjukdom. När dessa personer är medicinskt rehabiliterade är det viktigt att de kan få möjlighet att även rehabilitera sina tänder. Detta är nödvändigt för att de inte ska ha svårigheter att äta och för att de inte ska ha ett estetiskt störande utseende efter sjukdomen. En sådan behandling kan dock vara mycket kostsam. För att patienterna ska ha möjlighet att rehabilitera sina tänder bör de ges stöd för detta i form av tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Det är endast när patienterna är medicinskt färdigbehandlade som det är verkningsfullt att göra omfattande rehabiliterande

behandlinger av tänderna. Under sjukdomsfasen riskerar nya skador att uppkomma vilka kan omintetgöra den rehabiliterande behandlingen. Under sjukdomsfasen ska patienterna därför istället få stöd till förebyggande tandvård i form av särskilt tandvårdsbidrag, se avsnitt. 6.2. Genom sådan tandvård kan man undvika att patienterna får karies på grund av sjukdomen.

Personer som ska genomgå medicinsk behandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav

Enligt bestämmelserna om tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid ges i dagsläget tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift till patienter som ska genomgå *kirurgiska ingrepp* där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav. Det finns också *medicinska behandlingar* för vilka fullständig infektionsfrihet är ett krav. Patienter som behandlas för maligna blodsjukdomar såsom akut lymfatisk leukemi och akut myeloisk leukemi, patienter som ska genomgå cytostatikabehandling med höga doser och patienter som behandlas intravenöst med bisfosfonater måste vara infektionsfria för att resultatet av den medicinska behandlingen inte ska försämrats. Infektionsfrihet minskar också risken för att den medicinska behandlingen ska leda till komplikationer i munhålan. Dessa patienter omfattas i dagsläget inte av bestämmelserna i tandvårdslagen (1985:125) om tandvård som ett led i sjukdomsbehandling under en begränsad tid. Stöd bör ges till dessa patienter så att deras medicinska behandling inte hindras av att de inte kan bekosta den behövliga tandvården.

I Socialstyrelsens vägledning för landstingets särskilda tandvårdsstöd anges dock redan i dagsläget att patienter som behandlas för malign blodsjukdom och patienter som ska genomgå cytostatikahandling med höga doser ska ges tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Alla landsting ger också dessa patienter samt patienter som behandlas intravenöst med bisfosfonater tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift trots att detta inte är ett krav

enligt bestämmelserna i tandvårdslagen 1985:125 och tandvårdsförordningen (1998:1338).

För att dessa patienter ska garanteras stöd också i framtiden bör ett tillägg göras till tandvårdsförordningen med innebörden att även patienter som ska genomgå en medicinsk behandling som kräver fullständig infektionsfrihet ska kunna få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Socialstyrelsen ska bemyndigas att i föreskrifter lista de medicinska behandlingar där infektionsfrihet är ett medicinskt krav.

Arbetsgruppen beskriver i bilaga 2 sjukdomar där infektionsfrihet är ett krav för att medicinsk behandling ska kunna genomföras.

7.4 Förtydligande av personkretsen som ska erbjudas uppsökande och nödvändig tandvård

Förslag: Det förtydligas att landstingen särskilt ska svara för att uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård erbjuds dem som är beviljade insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade eller ersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken.

Skälen till förslaget: Av 8 a § tandvårdslagen (1985:125) följer att landstingen ska svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Dessa patienter ska också erbjudas nödvändig tandvård. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård ska även erbjudas dem som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser.

Den nu gällande bestämmelsen i 8 a § tandvårdslagen trädde i kraft den 1 januari 2004 och syftade då till att tydliggöra att bestämmelserna om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård avser personer som har varaktigt behov av omfattande

vård- och omsorgsinsatser (prop. 2003/04:1, utgiftsområde 9). Regeringen uttalade i propositionen att patienter som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade redan har bedömts ha omfattande och varaktiga funktionshinder. Enligt regeringens bedömning var det därför inte nödvändigt att göra någon särskild bedömning av dessa patienters behov av vård- och omsorgsinsatser (se a prop. s. 41).

Det har framförts att bestämmelsen i 8 a § tandvårdslagen kan och har tolkats på olika sätt. Svårigheterna med tolkningen av bestämmelsen har bl.a. påtalats för regeringen i en skrivelse från Socialstyrelsen. I skrivelsen *Landstingens särskilda tandvårdsstöd och LSS* påtalar Socialstyrelsen att bestämmelsen kan tolkas på det sättet att alla som ingår i LSS' personkrets har rätt till tandvårdsstödet. Detta skulle bl.a. innebära att de personer som har någon av diagnoserna som ingår i personkrets 1, dvs. utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd t.ex. Aspergers syndrom skulle ha rätt till tandvårdsstödet även om de inte har begärt eller bedömts ha rätt till någon LSS-insats. Personer som däremot skulle kunna ingå i personkretsen grupp 2 eller 3 skulle behöva begära en insats för att få personkretsen prövad. En annan tolkning av bestämmelsen är att de personer som avses endast är de som har en pågående LSS-insats, vilket enligt Socialstyrelsen skulle kunna innebära att personer som har en LSS-insats och därmed också rätt till tandvårdsstöd, mister tandvårdsstödet om de för tillfället inte är i behov av en LSS-insats. Vidare skulle personer som skulle kunna ha rätt till någon LSS-insats begära en sådan, även om de egentligen varken önskar eller har behov av denna, för att få tillgång till tandvårdsstödet. Socialstyrelsen föreslog i skrivelsen att arbetsgruppen om det tredje steget i tandvårdsreformen skulle bereda frågan.

Bestämmelsen har kommit att tillämpas på olika sätt i olika landsting. Vissa landsting anser att endast de patienter som har en pågående insats enligt LSS ska kunna få uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård på denna grund. Andra landsting menar att även personer som inte har någon pågående insats enligt LSS men som tidigare har haft en sådan insats eller som

skulle kunna beviljas en sådan insats i framtiden ska erbjudas uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård på denna grund. Några av dessa landsting upplever det som problematiskt att det vid bedömningen av om en person ska erbjudas uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård också måste göras en bedömning av om personen skulle kunna vara berättigad till insatser enligt LSS.

Enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken (tidigare lagen [1993:389] om assistansersättning) kan den som omfattas av 1 § LSS under vissa förutsättningar för sin dagliga livsföring få assistansersättning för kostnader för sådan personlig assistans som avses i 9 a § samma lag. Det är Försäkringskassan som administrerar ansökningar och fattar beslut om assistansersättning.

Förslaget i promemorian innebär att bestämmelsen ändras så att det blir tydligt att *endast* personer som är beviljade insatser enligt LSS eller ersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken vid tidpunkten för den nödvändiga tandvården eller den uppsökande verksamheten ska omfattas av den aktuella bestämmelsen. En konsekvens av ändringen blir därför att personer som har funktionshinder som anges i 1 § LSS, men som inte har någon beviljad insats enligt den lagen eller enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken, inte heller blir berättigade till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård på den grunden. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård ska dock även fortsättningsvis kunna erbjudas dem som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser.

7.5 Gemensamma bestämmelser för tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift

7.5.1 Förhandsprövning

Förslag: Innan en vårdgivare inleder en behandling för vilken stöd ska utgå enligt de föreslagna reglerna om tandvård till personer med långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar ska behandlingsförslaget prövas av det landsting inom vars område patienten är bosatt. Landstingen ska få möjlighet att besluta i vilka fall någon förhandsprövning inte ska vara nödvändig. Detsamma ska gälla för tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid och nödvändig tandvård.

Skälen till förslaget: Varje enskilt ärende angående ersättning till personer med långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar som leder till stora behov av tandvård måste bedömas för sig. En bedömning måste göras av om en patient har en sådan sjukdom eller funktionsnedsättning att stöd ska kunna utgå samt vilka behandlingsåtgärder som ska ersättas. Eftersom landstingen har kostnadsansvaret för stödet bör huvudregeln vara att landstingen förhandsprövar behandlingsförslagen innan behandlingen inleds.

De patientkategorier som föreslås vara berättigade till stödet är dock sådana som lider av långvariga eller kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar som ger ett långvarigt eller livslångt ökat behov av tandvård. Mot denna bakgrund kan det te sig onödigt administrativt betungande att varje behandlingsförslag prövas av landstinget innan behandlingen inleds. Detta gäller särskilt om det rör sig om en behandling för vilken kostnaden är låg eller en behandling som patienten tidigare har fått stöd för vid flera tillfällen. Landstingen bör därför kunna besluta om undantag från kravet på att samtliga behandlingsförslag ska förhandsprövas. Sådana undantag skulle t.ex. kunna gälla för

patienter med vissa sjukdomar som tidigare beviljats stöd eller för behandlingar vars kostnader understiger ett visst belopp.

Enligt 10 § tandvårdsförordningen (1998:1338) ska alla behandlingsförslag prövas av det landsting inom vars område en patient är bosatt innan vårdgivaren inleder behandlingen. Detta gäller för tandvård som är ett led i sjukdomsbehandling enligt 8 a § tandvårdslagen (1985:125). Det gäller även behandlingsförslag avseende protetiska behandlingar på personer som omfattas av bestämmelserna om nödvändig tandvård.

Eftersom förhandsprövningar av behandlingsförslag innebär omfattande administration både för tandvården och för landstingen har flera landsting valt att inte alltid kräva förhandsbedömning. När förhandsbedömning inte krävs ställer landstinget istället i vissa fall krav på att en läkarremiss skickas med fakturan för behandlingen.

I knappt hälften av landstingen finns undantag från kravet på förhandsbedömning när det gäller behandling på patienter som ska genomgå kirurgiska ingrepp där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav och när det gäller behandling på patienter som på grund av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar har fått förändringar i munslemhinnan. Även i fråga om behandling på patienter som genomgår utredning där det finns misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom och i fråga om behandling av patienter som genomgår strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen har knappt hälften av landstingen gjort undantag från kravet på förhandsbedömning. Undantagen omfattar behandlingar som inte överstiger ett visst fribelopp. Det vanligaste fribeloppet är 10 000 kronor men det förekommer fribelopp på allt från 5 000 kronor till 20 000 kronor.

Vid behandling på patienter med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen och behandling på patienter som utreds och behandlas för allvarlig sömnapné finns några få landsting som gör undantag från kravet på förhandsprövning om patienten behandlas av en tandläkare med viss specialitet.

Mot bakgrund av den utveckling som skett inom landstingen av när förhandsbedömning krävs bör det införas en möjlighet för landstingen att besluta om i vilka fall förhandsprövningar inte ska behöva ske.

7.5.2 Socialstyrelsen meddelar föreskrifter

Förslag: Socialstyrelsen ska bemyndigas att meddela kompletterande föreskrifter vad gäller de närmare preciseringar av grupperna som ska få tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, nödvändig tandvård och oralkirurgi som ges till avgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Socialstyrelsen ska också bemyndigas att meddela föreskrifter om vilken tandvård de olika patientgrupperna ska kunna få stöd till och vad som ska krävas i form av intyg.

Skälen till förslaget: Bedömningen av vilka patienter och vilken tandvård som ska omfattas av bestämmelserna om tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid skiljer sig åt mellan landstingen. Detta framgår bl.a. av en rapport från Socialstyrelsen som publicerades 2007³⁹.

För att öka samstämmigheten i bedömningarna mellan olika landsting och minska den osäkerhet som finns om hur bestämmelserna ska tillämpas bör Socialstyrelsen bemyndigas att meddela föreskrifter om närmare preciseringar av vilka grupper som ska omfattas och vilka bedömningsgrunder som ska tillämpas. Föreskrifterna ska också kunna innehålla bestämmelser om vilken tandvård som ska omfattas av stödet för patienter med de olika sjukdomarna och vad som ska krävas i form av intyg. Sådana föreskrifter bör Socialstyrelsen få meddela angående tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, nödvändig tandvård och sådan oralkirurgi som ges

³⁹ Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, Socialstyrelsen, 2007-103-1 s. 8-9.

till hälso- och sjukvårdsavgift. Arbetsgruppen har i avsnitt 7.2.1 även föreslagit att Socialstyrelsen ska få meddela föreskrifter om tandvård till personer med stora behov av tandvård på grund av långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar.

Redan vid införandet av stödet till tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid uttalade regeringen att den avsåg att ge Socialstyrelsen rätt att utfärda kompletterande föreskrifter vad gäller de närmare preciseringarna av vilka grupper som skulle omfattas och vilka bedömningsgrunder m.m. som skulle gälla⁴⁰. Socialstyrelsen har dock aldrig bemyndigats att meddela några sådana föreskrifter.

7.5.3 Ersättningen från landsting till vårdgivare

Bedömning: Även fortsättningsvis bör den ersättning som ett landsting lämnar till en vårdgivare för tandvård som utförts till hälso- och sjukvårdsavgift motsvara folktandvårdens priser om inte landstinget kommit överens med vårdgivaren om annat.

Skälen till förslaget:

Dagens reglering

För tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid och nödvändig tandvård lämnar landstingen i dagsläget ersättning till vårdgivarna med ett belopp som motsvarar folktandvårdens priser för tandvården med avdrag för den patientavgift som patienten betalat. Det finns också en möjlighet för landstingen att komma överens med en vårdgivare om att något annat ska gälla. Sådana överenskommelser finns främst vad gäller patienter som får nödvändig tandvård. Dessa patienter kan

⁴⁰ Reformerat tandvårdsstöd, prop. 1997/98:112 s. 33.

på grund av sina funktionsnedsättningar ta längre tid att behandla och vårdgivarna kan därför få högre ersättning av landstingen.

Reglerna om att ersättningen ska motsvara folktandvårdens priser infördes 2004. Som bakgrund till bestämmelsen anförde regeringen⁴¹ att på grund av stödets karaktär kan patienten normalt inte förväntas lägga någon större vikt vid valet av vårdgivare. Reglerna om fri prissättning, låga patientavgifter och t.o.m. avgiftsfri vård, när 900-kronorsgränsen för högkostnads-skyddet i hälso- och sjukvården uppnåtts, riskerar att leda till kraftiga kostnadsökningar för landstingen. Regeringen ansåg det därför nödvändigt att öka landstingens möjligheter till effektiv kostnadskontroll.

Det nuvarande ersättningssystemet har kritiserats för att inte vara konkurrensneutralt då det tvingar alla vårdgivare att följa folktandvårdens priser. Kritikerna menar att landstingen sätter priserna efter vilka kostnader folktandvården har för att utföra olika åtgärder och mot bakgrund t.ex. av vilken yrkeskategori det är som utför den aktuella åtgärden inom folktandvården. Andra vårdgivares kostnader kan dock skilja sig från folktandvårdens t.ex. för att det är tandläkare och inte tandhygienister som utför fler av åtgärderna hos dessa vårdgivare. Det aktuella ersättningssystemet tar inte hänsyn till sådana skillnader.

Ersättningssystemet medför också att ersättningsnivåerna varierar över landet vilket kan uppfattas som orättvist, samtidigt som det också kan vara befogat med tanke på att kostnadsnivåer för exempelvis lokalhyror skiljer sig mellan olika delar av landet.

Dessutom har framförts att en låg ersättning kan leda till att privata vårdgivare avstår från att erbjuda tandvård till de aktuella grupperna. Patienterna förlorar då den reella möjligheten att välja vårdgivare. Mot denna bakgrund har arbetsgruppen övervägt om någon annan modell för ersättning till vårdgivarna bör införas.

⁴¹ Budgetproposition för 2004, prop. 2003/04:1, utgiftsområde 9 s. 42.

Ersättning motsvarande de faktiska kostnaderna för vårdgivaren

Företrädare för privatvårdsläkarna har uttryckt att ersättningen istället borde motsvara de faktiska kostnader som den aktuella vårdgivaren har för en viss åtgärd. Detta skulle innebära att samtliga vårdgivare hade möjlighet att få sina kostnader täckta för de olika tandvårdsåtgärderna. Regeringen anförde dock vid införandet av de nya ersättningsreglerna att en sådan ersättningsmodell skulle kunna bli kostnadsdrivande. Eftersom patienten inte behöver betala mer om han eller hon går till en dyrare vårdgivare saknas incitament för honom eller henne att välja den billigaste vårdgivaren. Därmed minskar också incitamenten för vårdgivarna att ta ut låga priser.

Ett mer realistiskt alternativ skulle kunna vara att ersätta de faktiska kostnaderna som en vårdgivare har men bara upp till en viss högsta nivå. Detta skulle innebära att vårdgivarna får en större möjlighet att under denna nivå avgöra hur stor ersättning de har behov av för olika åtgärder. Den högsta nivån skulle kunna utgöras av referenspriset med påslag av genomsnittlig prisavvikelse. Risker finns dock att den högsta nivån de facto blir en lägsta nivå då ingen vårdgivare vill begära lägre ersättning än vad som är möjligt att få ut. Ett system där de faktiska kostnaderna ersätts kan också vara mer administrativt betungande än ett system där en viss åtgärd alltid ersätts med samma belopp.

Ersättning från landstinget kombinerat med möjlighet att ta ut högre avgift av patienten

Ett annat sätt att utforma ersättningssystemet är att kombinera den ersättning vårdgivaren får från landstinget med en möjlighet för vårdgivaren att ta ut en högre avgift av patienten. Detta är inte tillåtet enligt dagens regelverk. Enligt dagens regelverk kan en vårdgivare endast få ersättning från landstinget om patienten har fått tandvård utförd till avgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen. Patienten kan alltså inte betala mellanskillnaden mellan

den ersättning landstinget betalar till vårdgivaren och det pris vårdgivaren tar ut. Om en sådan möjlighet infördes skulle vårdgivare kunna få sina kostnader täckta utan att landstingets utgifter för tandvården behövde öka. Den patient som hade råd att betala en större del av sin tandvård själv skulle efter en sådan regeländring också få möjlighet, att med bibehållen subvention, välja en dyrare vårdgivare.

Ett problem med denna lösning, förutom fördelningspolitiska aspekter, är dock att den inte stämmer överens med syftet med tandvårdsstödet. Syftet med tandvårdsstödet är att tandvård ska ges till så liten kostnad för patienten att det inte ska finnas några ekonomiska hinder för patienten att få tandvård. Om patienten kan behöva betala mer än hälso- och sjukvårdsavgift för sin tandvård kan sådana ekonomiska hinder uppkomma.

Att införa en möjlighet för vårdgivarna att ta ut en extra avgift av patienterna innebär också en risk för att samtliga vårdgivare väljer att ta ut en sådan avgift. Patienterna kommer då inte längre att ha någon möjlighet att få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Detta har inträffat i Norge där det finns ett selektivt tandvårdsstöd som innebär att vårdgivarna får ta ut mellanskillnaden mellan referenspris och vårdgivarens egna pris av patienterna.⁴² Trots att tandvården är subventionerad måste därför många norska patienter med särskilda behov avstå från tandvård för att den är för dyr.⁴³

Ett annat problem är att det kan vara svårt att få informationen om hur systemet fungerar att nå fram till patienterna. Risken finns då att patienterna i avsaknad av information om billigare alternativ väljer en tandläkare som kräver att patienten betala extra för behandlingen. Det finns med detta system inte några incitament för den tandläkare som erbjuder tandvård till ett högre pris att upplysa patienten om att han eller hon kan få

⁴² Folketrygdens stönad til dekning av utgifter til tannbehandling, Helse- og Omsorgsdepartementet, Norge, Rundskriv 1-7/2009 B.

⁴³ Uppgift från tjänstemän vid norska socialdepartementet (Helse- og Omsorgsdepartementet) 2010-02-04.

tandvård till en lägre kostnad eller till och med avgiftsfri tandvård hos en annan vårdgivare.

Som kritik mot det befintliga systemet har framförts att det medför en försämrad valfrihet för patienterna. Även med det befintliga systemet kan dock en patient välja en tandläkare som tar ut ett högre pris än den ersättning som landstinget erbjuder. Patienten kan då inte få denna tandvård ersatt av landstinget. Patienten har dock istället möjlighet att få ersättning i form av statligt tandvårdsstöd.

Ersättning motsvarande referenspriset

En alternativ lösning skulle vara att ersättningen motsvarar de referenspriser som Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) tar fram inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. TLV får enligt 2 § förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd meddela föreskrifter om vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd samt referenspriser för de ersättningsberättigande åtgärderna. Dessa referenspriser används vid beräkning av det statliga tandvårdsstödet som ska betalas ut till vårdgivarna. Referenspriserna ska också tjäna som vägledning för patienterna genom att ange ett normalvärde för vad en behandling kostar. I utredningen Friskare tänder till rimliga kostnader⁴⁴, som låg till grund för införandet av det statliga tandvårdsstödet uttalades att referenspriserna borde utgå från en beräkning utifrån tidsåtgång för olika moment, materialtillgång, normala overheadkostnader osv. Justeringar av referenspriserna skulle enligt utredningen ha sin grund i den generella kostnadsutvecklingen inom tandvården med särskild hänsyn tagen till prisökningar på de vanligaste åtgärderna. Referenspriserna finns i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter (TLVFS 2008:1) och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd.

⁴⁴ Friskare tänder till rimliga kostnader, SOU 2007:19 s. 278.

När bestämmelsen infördes om att ersättningen till vårdgivarna skulle motsvara folktandvårdens priser fanns inte några statligt fastställda referenspriser. När det i dagsläget finns sådana priser skulle det kunna anses rimligt att dessa används även när det gäller att bestämma vårdgivarnas ersättning för tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Ett system med ersättning motsvarande referenspriset har den fördelen att det är konkurrensneutralt mellan privata och offentliga vårdgivare. Ersättningen kommer då inte att basera sig på hur kostnaderna fördelar sig inom folktandvården i respektive landsting. En annan potentiell fördel med att använda referenspriserna är att ersättningen blir lika stor över hela landet.

Referenspriserna ligger dock ofta något lägre än folktandvårdens priser. Under perioden februari till juni 2010 var den genomsnittliga prisavvikelsen från referenspriserna drygt 5 procent för tandvård som utfördes av folktandvården. Priset på tandvård som utfördes av privat vårdgivare under samma period var genomsnittligen drygt 11 procent högre än gällande referenspriser.⁴⁵ En övergång till referenspriserna skulle därför innebära att många vårdgivare både inom folktandvården och inom den privata tandvården skulle få lägre ersättning än vad de får idag. Eftersom referenspriserna har visat sig ligga något lägre än folktandvårdens priser skulle man kunna tänka sig att istället för referenspriset lägga referenspriset med några procentenheters tillägg som grund för ersättningen, exempelvis referenspris och genomsnittlig prisavvikelse.

Ett annat problem med att använda referenspriserna är att alla tandvårdsåtgärder som kan behöva ersättas av landstingen inte är ersättningsberättigande enligt lagen om statligt tandvårdsstöd och att det därför inte finns referenspriser framtagna för åtgärderna. I dagsläget saknas referenspriser för apnéskenor och entandsimplantat. Vid bedömningen av vilka tandvårdsåtgärder som ska vara ersättningsberättigade inom det statliga tandvårds-

⁴⁵ Källa: Statistiska centralbyrån, Försäkringskassan samt egna beräkningar (Regeringskansliets indikatorer för uppföljning av tandvårdsstödet).

stödet ska TLV inte bara göra odontologiska och medicinska överväganden. TLV ska även bl.a. beakta det statsfinansiella utrymmet för tandvårdsstödet. Detta innebär att ersättningen för vissa tandvårdsåtgärder kan behöva tas bort för att kostnaderna för tandvårdsstödet inte ska bli för stora. Dessa åtgärder kommer då inte heller längre att ha något referenspris.

Ett införande av referenspriserna som grund för ersättningen skulle också innebära att landstingen förlorade sin möjlighet att styra över storleken på det stöd som de betalar ut. Det skulle också göra det omöjligt att ta hänsyn till att kostnadsläget för tandvård kan vara olika i olika delar av landet, t.ex. på grund av skillnader i löner och lokalhyror.

Vald lösning

Arbetsgruppen kan konstatera att det kan resas principiella invändningar mot att ersättning ges enligt folktandvårdens prislista. De alternativa modeller för ersättning som behandlats ovan medför enligt arbetsgruppens mening dock större problem än vad dagens system gör. Till detta måste också läggas att det system som finns i dagsläget är ett system som fungerar i praktiken. Det är också ett system som är relativt enkelt att administrera. Vidare är det ett system som parterna känner till och har utarbetade rutiner för att hantera. Mot denna bakgrund anser arbetsgruppen att det inte bör införas några nya bestämmelser om vilken ersättning som ska betalas ut till vårdgivarna.

7.6 Överklagande

<p>Förslag: Det ska inte införas någon möjlighet att överklaga landstingens beslut om tandvård till avgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen.</p>

Skälen till förslaget: Ett av de problem som lyfts fram med dagens reglering av den tandvård som ges till hälso- och sjukvårdsavgift är att beslut angående sådan tandvård inte kan överklagas. Frågan om möjligheterna att överklaga landstingens beslut om denna tandvård har behandlats av flera utredningar på tandvårdsområdet.⁴⁶ I dessa utredningar har påpekats att avsaknaden av möjligheter att överklaga landstingens beslut inom tandvården beror på att det inte anses finnas någon formell rätt att få tandvård. Bestämmelserna om tandvård innehåller endast en skyldighet för landstingen att erbjuda viss tandvård.⁴⁷ Samma förhållande gäller inom hälso- och sjukvårdens område i stort. Huvudmannen är skyldig att erbjuda vård av god kvalitet. Det blir då fråga om bedömningar och prioriteringar, ytterst i perspektivet av de befintliga ekonomiska resurserna.

Bakgrunden till att patienter med få undantag inte har egentliga rättigheter i svensk sjukvårdslagstiftning har också kommenterats i flera utredningar.⁴⁸ Det har angetts att detta i huvudsak sammanhänger med svårigheterna att precisera sjukvårdsförmanernas innehåll och att göra dem rättsligt utkrävbara. Det är en komplicerad fråga att ta ställning till vilken medicinsk vård och behandling en viss patient behöver och på ett meningsfullt sätt definiera de rättigheter som ska garanteras i lagen. I ett rättighetsbaserat system inskränks också utrymmet för kommunalt fattade demokratiska beslut om prioriteringar i vården i förhållande till befintliga resurser. Ett annat argument som har anförts mot att införa utkrävbara rättigheter inom hälso- och sjukvården är att domstolsförhandlingar och processer i samband med dessa sannolikt skulle ta resurser från vården. Samma argu-

⁴⁶ Tandvårdsförsäkring i omvandling, Ds 1997:16 s. 118, Tänder hela livet - nytt ersättningssystem för vuxentandvården, SOU 1998:2 s. 69 f., Dentalmaterialutredningens slutbetänkande, Dentala material och tandhälsa SOU 2003:53 s. 190 f.

⁴⁷ Regeringens proposition med förslag till tandvårdslag m.m., prop. 1984/85:79 s. 27 ff.

⁴⁸ Patienten har rätt, Betänkande av Hälso- och sjukvårdsutredningen, HSU 2000 (SOU 1997:154), Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft, Ansvarskommitténs slutbetänkande (SOU 2007:10) och Patientens rätt, några förslag för att stärka patientens ställning, Betänkande från utredningen om patientens rätt (SOU 2008:127).

ment gör sig också gällande i fråga om möjligheter att införa en rätt till tandvård.

Mot bakgrund av att regleringen i tandvårdslagen bygger på skyldigheter för landstingen att erbjuda viss tandvård och inte på rättigheter för patienterna kan någon möjlighet att överklaga landstingens beslut inte införas. Frågan om regleringen på tandvårdsområdet borde göras om till en rättighetslagstiftning måste enligt arbetsgruppens bedömning avgöras i ett större sammanhang.

8 Uppföljning, statistik och information

I följande avsnitt presenterar vi förslag som gäller både särskilt tandvårdsbidrag och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Förslagen gäller utvärdering, statistik och information och i viss mån administration. Alla former av stöd för vuxentandvård berörs då det finns behov av samordning. En helhetsbild över vuxentandvården behövs för att göra informationen begriplig samt för att följa och analysera hur olika former av tandvård och tandvårdsstöd hänger ihop.

Uppföljning och utvärdering är en förutsättning för god styrning av offentlig verksamhet. För detta behövs statistiskt underlag av god kvalitet. För att samband och effekter av olika stödformer ska kunna analyseras samlat behöver statistiken också vara jämförbar. Arbetsgruppen ser klara fördelar med en sammanhållen administration för att klara detta. Administrationen får inte heller bli för betungande för vårdgivarna varför ett enhetligt rapporteringssystem är att föredra. Ett fungerande alternativ skulle kunna vara separata administrativa system som på annat sätt samordnas så att kraven på jämförbart statistiskt underlag uppfylls och den administrativa hanteringen för vårdgivarna görs så enkel som möjligt.

För att möta informationsbehov hos patienter, anhöriga, personal inom vård och omsorg, vårdgivare och huvudmän vore det en fördel om information kring alla tandvårdsstöd samlades på ett ställe. Det gäller alla former av stöd till vuxentandvård både statens och landstingens, vilket inkluderar särskilt tand-

vårdsbidrag och andra delar av det statliga tandvårdsstödet och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift samt landstingens uppsökande verksamhet.

8.1 Uppföljning och utvärdering

Bedömning: Det tredje steget i tandvårdsreformen bör utvärderas tre år efter det att de nya bestämmelserna trätt i kraft. En myndighet bör ges ansvar för ett samlat utvärderingsprogram. Det kan vara Försäkringskassan, Socialstyrelsen eller Myndigheten för vårdanalys.

Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att göra uppföljningar på nationell nivå av tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att löpande bevaka patientgrupperna som får stöd genom de särskilda tandvårdsstöden och uppmärksamma eventuella behov av förändringar med hänsyn till ny kunskap och utveckling.

Skälen till bedömningen: Det är naturligtvis viktigt att regelverk utformas så att de på ett enkelt sätt kan utvärderas. Regeringen behöver kunna följa upp och utvärdera en reforms effekter och om reformens mål uppnås. Detta utgör en grund för att kunna utöva ändamålsenlig styrning och en effektiv användning av offentliga medel. För bästa resultat behöver regeringen planera och skapa förutsättningar för utvärdering på ett tidigt stadium, redan innan en reform träder i kraft

Arbetsgruppen bedömer att det tredje steget i tandvårdsreformen bör utvärderas efter tre år. De särskilda stöden bör utvärderas samlat och helst i samband med utvärdering av alla former av stöd för vuxentandvård. Det är viktigt att analysera hur olika former av tandvård och tandvårdsstöd hänger ihop och om målen för dem uppnås. En myndighet bör därför ges ansvar för ett samlat utvärderingsprogram. Det kan vara Försäkringskassan, Socialstyrelsen eller den nya oberoende gransknings-

myndigheten med ansvar för analys, granskning, uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården som ska inleda sin verksamhet den 1 januari 2011 (Dir. 2010:58 och 2010:90). Den nya myndigheten, Myndigheten för vårdanalys (Dir 2010:107) torde lämpa sig väl för detta uppdrag. Den nya myndighetens ansvarsområde omfattar ”all offentligt finansierad hälso- och sjukvård (inklusive tandvård), oavsett huvudmannaskap eller driftsform”

Oavsett vilken myndighet som ges det övergripande utvärderingsansvaret bör respektive myndighet eller huvudman regelbundet följa upp sina respektive delar av de särskilda tandvårdsstöden. Det särskilda tandvårdsbidraget bör följas upp av Försäkringskassan som huvudman för stödet. I uppföljningen bör ingå att studera förekomsten av abonnemangstandvård bland patienterna med särskilt tandvårdsbidrag.

Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift bör följas upp av de enskilda landstingen i egenskap av deras huvudmannaskap. Ett uppdrag att följa upp tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift på nationell nivå bör läggas på Socialstyrelsen.

Därutöver bör Socialstyrelsen ges i uppdrag att löpande bevaka utvecklingen av patientgrupperna inom de särskilda tandvårdsstöden och se över behoven av förändringar inom dessa med hänsyn till utveckling och ny kunskap. Förändringarna kan avse avgränsning av aktuella patientgrupper samt om nya patientgrupper bör tillkomma. I samband med att de nya stöden håller på att etableras kommer kunskapen successivt förbättras kring de aktuella målgrupperna för stöden. Kunskap kommer att utvecklas kring grupperna, hur stora de är och vilka tandvårdsbehov de har.

8.2 Statistik

För att få en helhetsbild över vuxentandvård och de resurser som samhället satsar på denna behöver statistiken inom området helst göras enhetlig. Statistiken behöver också vara jämförbar för att möjliggöra analys av hur olika former av tandvård och tandvårdsstöd hänger ihop och om avsedda mål uppnås.

Det finns i dagsläget olika huvudmän inblandade och olika system för administration och statistikinsamling. För det statliga tandvårdsstödet har ett IT-stöd skapats inom vilket alla vårdgivare rapporterar in utförda tandvårdsåtgärder för att erhålla ersättning från Försäkringskassan. Systemet används också för insamling av den statistik som behövs för uppföljning och utvärdering av det statliga tandvårdsstödet. Genom denna aktuella statistik på individnivå finns idag en mycket god bild av utfallet inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Motsvarande enhetligt statistiskt underlag saknas för den tandvård som utförs till hälso- och sjukvårdsavgift. Här är de olika landstingen huvudmän och något nationellt sammanhållet administrativt system finns inte, utan lösningarna och tillgången till statistiskt underlag ser olika ut i olika delar av landet.

I samband med reformeringen av det statliga tandvårdsstödet 2008 inrättades ett tandhälsoregister vid Socialstyrelsen med uppgifter om den vuxna befolkningens tandhälsa. Ändamålet med registret är att sammanställa och publicera statistik över tandvårdens och tandhälsans utveckling i Sverige. Registret ska även vara underlag för utveckling av kvalitetsindikatorer, uppföljning av nationella riktlinjer och andra uppföljningar och utvärderingar på tandvårds- och tandhälsoområdet. Av särskilt intresse i detta sammanhang är att registret också ska möjliggöra forskning på tandvårds- och tandhälsoområdet samt att materialet ska kunna länkas till andra hälsodataregister. Detta möjliggör studier inom områden där ytterligare forskning behövs – om samband mellan tandhälsa och allmänsjukdomar.

Det kan till exempel vara om det finns ett samband mellan kronisk parodontit och diabetes mellitus, lungsjukdom eller reumatoid artrit. Tandhälsoregistret är dock inte heltäckande. Det saknas uppgifter om tandhälsan hos de patienter som får tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift, vilket såldes rör sig om sjuka, funktionsnedsatta och äldre personer med stora omsorgsbehov.

8.2.1 Tandhälsoregistret och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift

Förslag: Tandhälsoregistret ska utvidgas till att omfatta uppgifter om nödvändig tandvård och tandvård till personer med långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar.

De uppgifter som ska registreras är uppgifter om patientens personnummer, kön, diagnoser, undersöknings- eller behandlingsåtgärder, tandnummer och tandposition, datum då undersöknings- och behandlingsåtgärder slutfördes, vårdgivarens mottagning och organisationsnummer, kvarvarande tänder och intakta tänder samt uppgifter om på vilken grund patienten har fått tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Bedömning: Vårdgivarnas rapportering till tandhälsoregistret bör ske genom det befintliga IT-stödet för administration av det statliga tandvårdsstödet i likhet med rapporteringen av kvarvarande och intakta tänder.

Skälen till förslaget och bedömningen:

Uppgiftsskyldighet

Det är i dagsläget en stor brist att tandhälsoregistret inte är heltäckande utan bara omfattar patienter inom det statliga tandvårdsstödet. Uppgifter saknas om flera patientgrupper. Det

gäller de patienter som får tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift, det vill säga äldre och andra med stora vård- och omsorgsbehov som är berättigade till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, patienter som får tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid samt patienter som får viss oralkirurgi. Dessa grupper uppgår totalt till omkring 160 000 personer.

Inte heller de nya patientgrupperna (omkring 60 000 personer) som vi föreslår ska få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift kommer finnas med i tandhälsoregistret, om inte författningsändringar görs.

För att tandhälsoregistret ska bli mer heltäckande föreslår vi att vårdgivarna blir skyldiga att lämna uppgifter till tandhälsoregistret även rörande viss tandvård som utförs till hälso- och sjukvårdsavgift. Det gäller tandvård till personer med långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar och nödvändig tandvård.

Vi anser inte att någon rapportering bör ske till tandhälsoregistret av sådana munhälsobedömningar som görs på personer med stora vård- och omsorgsbehov. En mer omfattande undersökning inom tandvården behövs för bra kvalitet på underlaget till tandhälsoregistret. Dessutom kan patienter som får munhälsobedömning också få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift i form av nödvändig tandvård. Arbetsgruppen anser att det är tillräckligt att en rapportering sker i samband med den nödvändiga tandvården för dessa patienter.

Vi anser inte heller att någon rapportering ska behöva göras av sådan oralkirurgi som utförs till hälso- och sjukvårdsavgift eller av tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid. Anledningen till det är att dessa behandlingar ges under en begränsad tid. Patienterna är dessutom även patienter hos andra tandläkare eller tandhygienister och det är tillräckligt att en rapportering sker därifrån. Även om någon rapportering inte sker i samband med den oralkirurgiska behandlingen eller tandvården som ges som ett led i en sjukdomsbehandling kommer uppgifter om de aktuella patienternas tandhälsa att rapporteras till tandhälsoregistret.

Att tandhälsoregistret utvecklas till att inkludera hela befolkningen föreslås även av Socialstyrelsen i rapporten ”Innehåll och kvalitet i tandhälsoregistret” (2010).⁴⁹

Vilka uppgifter ska läggas till?

Uppgifterna som behöver registreras för tandvård som utförs till hälso- och sjukvårdsavgift är motsvarande uppgifter som idag registreras i tandhälsoregistret för tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. Detta är uppgifter om patientens personnummer, kön, diagnoser, undersöknings- och behandlingsåtgärder, tandnummer och tandposition, datum då undersöknings- och behandlingsåtgärder slutfördes, vårdgivarens mottagning och organisationsnummer samt uppgifter om kvarvarande tänder och intakta tänder. Dessutom behövs uppgifter om på vilken grund patienten har fått tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Dessa uppgifter behövs för att följa tandhälsan hos patienter med sjukdomar och funktionsnedsättningar som leder till stora tandvårdsbehov. Arbetsgruppen föreslår att vårdgivarna ska rapportera dessa uppgifter till Socialstyrelsen.

All registrering av personuppgifter innebär konsekvenser för den personliga integriteten. De uppgifter som föreslås registreras är uppgifter om hälsa vilka är särskilt känsliga ur integritetssynpunkt. För att det ska vara möjligt att utvärdera och följa upp den tandvård som ges är det dock nödvändigt att viss registrering sker av utförd tandvård. För att uppgifterna ska kunna samköras med andra register t.ex. för att kunna studera sambanden mellan tandhälsa och hjärt- och kärlsjukdomar eller diabetes är det nödvändigt att individuppgifter registreras. Det är inte möjligt att använda oidentifierade uppgifter. Mot denna bakgrund anser arbetsgruppen att den föreslagna registreringen av personupp-

⁴⁹ Socialstyrelsen föreslår att tandhälsoregistret utvidgas till att gälla hela befolkningen, vilket utöver vuxna som får sin tandvård genom landstingen även omfattar barn och ungdomar. Arbetsgruppen förordar att tandhälsoregistret blir heltäckande, men barn- och ungdomstandvården ligger inte inom ramen för arbetsgruppens uppdrag.

gifterna är nödvändig för att det ska vara möjligt att utvärdera tandvården och tandvårdsstöden. Arbetsgruppen anser därför att nyttan av den föreslagna registreringen uppväger de intrång i den personliga integriteten som registreringen medför.

Den praktiska hanteringen

Data till tandhälsoregistret rapporteras på två olika sätt. De uppgifter som ligger till grund för beräkning av det statliga tandvårdsstödet skickas till Försäkringskassan via IT-stödet för administration av det statliga tandvårdsstödet. Vissa uppgifter skickas sedan vidare till Socialstyrelsen enligt förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen.

Uppgifter om antal kvarvarande och antal intakta tänder, vilka inte ligger till grund för beräkning av tandvårdsstödet, skickas via samma IT-system som övriga uppgifter, men utan att de blir tillgängliga för Försäkringskassan. Försäkringskassans hantering av uppgifterna innebär endast en teknisk lagring för Socialstyrelsens räkning. Hur detta går till regleras genom ett så kallat personuppgiftsbiträdesavtal mellan Försäkringskassan och Socialstyrelsen enligt vilket Försäkringskassan fungerar som personuppgiftsbiträde åt Socialstyrelsen.

För att göra det så enkelt som möjligt för vårdgivarna att lämna uppgifter till tandhälsoregistret om den tandvård som utförs till hälso- och sjukvårdsavgift föreslår arbetsgruppen att uppgiftslämnandet ska ske på samma sätt som idag görs med uppgifter om kvarvarande och intakta tänder på patienter som får tandvård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Uppgifterna bör således lämnas genom det befintliga IT-stödet för administration av det statliga tandvårdsstödet utan att de blir tillgängliga för Försäkringskassan.

Redan i dagsläget upprättar vårdgivarna ett underlag även för tandvård som ges till hälso- och sjukvårdsavgift. Detta underlag upprättas i vårdgivarnas elektroniska journalsystem som är kopplat till IT-stödet för administration av det statliga tand-

vårdsstödet. Underlaget innehåller i princip normalt de uppgifter som vi har föreslagit ska ingå i rapporteringen till tandhälsoregistret. I dagsläget skickas underlaget dock inte till Försäkringskassan utan sparas endast i vårdgivarens eget journal-system samt skickas på fil eller i pappersformat till landstinget för bedömning av om den aktuella patienten kan få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift alternativt som underlag för begäran om ersättning för utförd tandvård. Arbetsgruppens förslag om rapportering kommer mot denna bakgrund att innebära ett minimalt merarbete för vårdgivarna.

IT-stödet för rapportering av uppgifter behöver anpassas så att denna hantering blir möjlig.

8.2.2 Tandhälsoregistret och särskilt tandvårdsbidrag

Förslag: Uppgifter om grunden för en begäran om särskilt tandvårdsbidrag bör föras över från Försäkringskassan till tandhälsoregistret.

Skälen till förslaget: För tandvård som är ersättningsberättigande enligt lagen om statligt tandvårdsstöd ska vårdgivaren bl.a. lämna uppgifter om den utförda tandvården till Försäkringskassan. Detta följer av 3 kap. 3 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd och 15 § förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd. Dessa uppgifter vidarebefordras sedan till Socialstyrelsen. Dessa bestämmelser kommer också att gälla för tandvård som betalas med särskilt tandvårdsbidrag. Några författningsändringar är alltså inte nödvändiga för att även uppgifter om denna tandvård ska kunna registreras i tandhälsoregistret.

I avsnitt. 6.9 har arbetsgruppen föreslagit att underlaget som vårdgivarna lämnar till Försäkringskassan även ska innehålla skälen för begäran om ersättning i form av särskilt tandvårdsbidrag, om vårdgivaren begär sådan ersättning. För att det ska vara möjligt att följa tandhälsan hos patienter med sjukdomar

och funktionsnedsättning anser arbetsgruppen att även denna uppgift bör föras över till tandhälsoregistret. Uppgifter om personers sjukdomar och funktionsnedsättningar är integritetskänsliga. De aktuella uppgifterna är dock viktiga för att kunna följa upp stödet och aktuella patientgrupper samt för att kunna göra utvärderingar bland annat av tandhälsan hos de olika patientgrupperna som får särskilt tandvårdsstöd och vilken tandvård de får. Uppgiften kan också bidra till ny kunskap och forskning kring samband mellan tandhälsa och sjukdomar i kroppen i övrigt. Arbetsgruppen anser därför att nyttan av registreringen uppväger det eventuella integritetsintrång som registreringen innebär.

Försäkringskassans IT-stöd kommer att behöva anpassas något för att inrymma det särskilda tandvårdsbidraget.

Försäkringskassan är enligt 5 § andra stycket förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen skyldig att lämna vissa uppgifter till Socialstyrelsen. Denna uppgiftsskyldighet behöver utvidgas så att Försäkringskassan även blir skyldig att lämna uppgifter om grunden för särskilt tandvårdsbidrag till Socialstyrelsen.

8.3 Information

En avgörande faktor för ett lyckat utfall av tredje steget i tandvårdsreformen är att informationen kring de särskilda stöden blir tydlig och lättillgänglig för alla berörda parter. Socialstyrelsen har i flera rapporter pekat på behov av bättre information kring tandvårdsstöd⁵⁰. Behoven av tydlig och pedagogisk information ökar när fler former av stöd införs. Patienterna kommer inte att utnyttja stödet om de inte känner till det. Vårdgivarna, å sin sida, kommer sannolikt inte spontant att uppmuntra till användning av de selektiva stöden om de blir svåra att förstå och svåra att kommunicera till patienterna. Särskilt viktig är informationen för

⁵⁰ Socialstyrelsen (2007) och Socialstyrelsen (2010b)

sådana vårdgivare som sällan träffar patienter med behov av särskilt tandvårdsstöd.

Vår bedömning är att resurser kommer att behöva satsas på information för att utfallet av reformen ska bli bra. Framför allt är det viktigt att det blir lätt att hitta samlad och tydlig information om de olika formerna av tandvårdsstöd. Informationen behöver anpassas till olika målgrupper. Riktade informationsinsatser och utbildningsinsatser kommer också att behövas. Det finns redan idag mycket information samlad kring tandvård på webbplatsen 1177 (www.1177.se) som drivs av Inera AB (f.d. Sjukvårdsrådgivningen AB). Bra information finns även på myndigheternas hemsidor. Vi tror att ett samlat grepp behöver tas för att komplettera den befintliga informationen med de nya stöden samt för att klargöra vilka luckor som kan finnas.

Informationen kring de särskilda tandvårdsstöden bör förberedas väl så att information finns på plats i god tid innan de nya stöden kan erhållas. Informationen behöver vara riktad till patienter, till behandlande tandläkare och tandhygienister samt till läkare och annan personal inom hälso- och sjukvård och omsorg som kommer i kontakt med målgrupperna för de särskilda tandvårdsstöden.

Utöver pedagogiska beskrivningar om regelverken för tandvårdsstöden och hur dessa fungerar i praktiken är det önskvärt om den samlade informationen kan innehålla mer praktiskt inriktade hjälpmedel för olika grupper. Det skulle till exempel kunna vara standardiserade formulär för läkarintyg. Det är en klar fördel om oklarheter kan undvikas om vad ett läkarintyg behöver innehålla. Webbaserade verktyg som kan underlätta för behandlande tandläkare och tandhygienister att avgöra om en patient kan erhålla särskilt stöd skulle förenkla deras administration samtidigt som efterfrågan på förhandsbesked från Försäkringskassan minskar. Aggregerad statistik över tandvårdsstöden och den tandvård som utförs (behandlingspanoramata) kan göras tillgänglig på internet för vårdgivare och andra intresserade.

Utöver bra och lättillgänglig skriftlig information bör myndigheterna och huvudmännen för stöden vara rustade att ta emot frågor per telefon och per e-post, särskilt under reformens införande.

8.3.1 Tandvårdens och vårdens informationsansvar

Det får anses ligga i vårdgivarnas ansvar att informera sina patienter om de särskilda tandvårdsstöden. Ansvaret kan exempelvis tillgodoses genom att behandlande tandläkare/tandhygienist går igenom de olika formerna för särskilt tandvårdsstöd med patienten inklusive de sjukdomar och funktionsnedsättningar som kan vara grund för särskilt stöd. Det är viktigt att kunskap om stöden sprids så att stöden inte underutnyttjas på grund av informationsbrist.

Eftersom besökstid kommer att behöva tas i anspråk för information och kommunikation kring de särskilda tandvårdsstöden kan Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket komma att behöva se över innehåll i och referenspris för undersökningsåtgärderna. Tid för information kring de särskilda stöden behöver rymmas inom dessa åtgärder. En väg att gå kan vara att ha en särskild undersökningsåtgärd för information kring de särskilda stöden för patienter som bedöms kunna vara berörda av dem.

Det vore bra om informationsinsatser och/eller utbildningsinsatser riktade till vårdgivarna och behandlande tandläkare och tandhygienister kan komma till stånd innan eller senast i samband med att de särskilda tandvårdsstöden implementeras.

9 Genomförande och ikraftträdande

Arbetsgruppen anser att det huvudsakligen finns två alternativa tidpunkter för genomförande av förslaget till selektivt tandvårdsstöd. Vår bedömning är att reformen kan träda i kraft tidigast den första januari 2012. En mer realistisk genomförandetidpunkt är dock, enligt vår uppfattning, ett halvår senare, det vill säga den första juli 2012.

Det är naturligtvis angeläget för grupperna med särskilda behov att reformen träder i kraft så snabbt som möjligt. Vidare är erfarenheterna av tidigare reformer på tandvårdsområdet att patienterna avvaktar med insatser i väntan på ett bättre stöd. Det kan leda till att det uppstår ackumulerade behov med köer till tandvård efter ikraftträdandet. Om patienter inte söker vård i tid kan dessutom oönskade hälsoeffekter uppstå.

Detta talar för att ha ett så tidigt ikraftträdande som möjligt. Denna ambition måste dock vägas mot att reformen ska vara väl förberedd hos de många aktörer som är inblandade. Komplexiteten i tredje steget av tandvårdsreformen är i ett avseende större än vid införandet av det generella tandvårdsstödet i och med att fler aktörer påverkas. Huvudmännen för de selektiva stöden – Försäkringskassan och alla landsting – kommer naturligen att behöva tid för förberedelsearbete för den praktiska hanteringen av de nya stöden. Socialstyrelsen och TLV kommer också att behöva bidra till förberedelsearbetet. Det handlar nu heller inte bara om den dentala vården utan även om samspel mellan hälso- och sjukvård och tandvård för att stöden ska kunna fungera på

bästa sätt. Arbetsgruppen har i det föregående pekat på ett antal frågor att lösa i den fortsatta processen utöver huvudmännens förberedelser för den praktiska hanteringen av stöden. Det rör sig om utarbetande av föreskrifter och vägledningar, informations- och utbildningsinsatser, utökning av tandhälsoregistret samt utredning om förutsättningarna för ett samordnat IT-stöd för administration och datainsamling.

Vår bedömning är att den mest realistiska tidpunkten för ikraftträdande för reformen är den första juli 2012. För delar av förberedelsearbetet behöver samverkan ske mellan berörda myndigheter och huvudmän. Det är också viktigt att samråd sker med branschföreträdare för såväl privata som offentliga vårdgivare, professionerna (behandlande tandläkare och tandhygienister), patientorganisationer samt hälso- och sjukvårdens huvudmän och behandlare. En lösning för detta skulle kunna vara att samordna införandet av de selektiva stöden genom en genomförandegrupp inom regeringskansliet till vilken olika grupper av företrädare kan knytas. Det finns en tydlig efterfrågan från framför allt vårdgivarna att vara delaktiga i processen från ett tidigt stadium för att få ett så bra och smidigt genomförande som möjligt. Ett annat sätt att tillgodose sådana önskemål skulle kunna vara att bilda en grupp med uppdrag att följa förberedelsearbetet, men utan något samordningsansvar.

10 Kostnadsberäkningar och ekonomiska konsekvenser

10.1 Översikt av kostnadsberäkningar

Våra förslag till ett tredje steg i tandvårdsreformen innebär en satsning om cirka 500 miljoner kronor per år. Enligt budgetpropositionen för 2011 (prop. 2010/11:1) har resurser beräknats för detta ändamål från och med 2012. Resurserna beräknas kunna finansiera ett tvådelat selektivt stöd för personer som får eller riskerar att få försämrad tandhälsa på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning. Den första delen utgörs av ett särskilt tandvårdsbidrag för förebyggande tandvård. Denna del riktas till personer med ökad risk för försämrad tandhälsa till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning där det är särskilt viktigt med regelbundna tandvårdsbesök och förebyggande behandlingar. För denna första del av det selektiva stödet ges ersättning om maximalt 1 200 kronor per person och år. Den andra delen utgörs av kraftigt subventionerad tandvård till personer där sjukdom och funktionsnedsättning leder till stora tandvårdsbehov som inte kan förhindras med enbart förebyggande tandvård. Dessa behöver endast betala hälso- och sjukvårdsavgift för sin tandvård, d.v.s. maximalt 900 kronor per tolv månadersperiod.

Beräkningarna är uppskattade framför allt beroende på att det är svårt att avgöra hur många som kan komma ifråga för de selektiva tandvårdsstöden. Med ledning av de uppgifter vi in-

hämtat är vår bästa bedömning att ungefär 310 000 personer med sjukdomar och funktionsnedsättning kommer att ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag samt att omkring 56 000 personer som idag står utan särskilt tandvårdsstöd ska kunna erhålla tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Mer exakta antal redovisas nedan (avsnitt 11.3.1). Det är också osäkert hur många av dem som antas komma ifråga för stöden som faktiskt kommer att utnyttjas desamma. Vi räknar med en utnyttjandegrad på 85 procent. Kostnaden för det särskilda tandvårdsbidraget har en förutbestämd högsta nivå (1 200 kronor per patient och år). Det har däremot inte stödet i form av tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift, varför det finns ett större mått av osäkerhet i denna del.⁵¹

Tabell 11.1 Offentlig årlig kostnadsökning för tvådelat selektivt tandvårdsstöd (miljoner kronor)

Särskilt tandvårdsbidrag	317
Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift	223
Kostnadsförändring p.g.a. ändrat regelverk	-32
Kostnadsförändring p.g.a. ändrat regelverk	-40
Administrationskostnader	23
Totalt	490

De reformkostnader som presenteras i tabell 11.1 ovan är tillkommande kostnader för patientgrupper som idag inte får något

⁵¹ Kostnaden uppskattas till 4 500 kronor per person och år, baserat på dagens kostnad för jämförbara grupper inom tandvård som led i en sjukdomsbehandling. Patienter som ska genomgå kirurgiska ingrepp där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav och patienter som genomgår strålbehandling i öron-, näs-, mun-, eller halsregionen får sådan tandvård som de nya grupperna bedöms vara i behov av. Den nytillkommande gruppen inom led i sjukdomsbehandling (frätskador p.g.a. ätstörning eller refluxsjukdom) kan även få protetiska åtgärder till hälso- och sjukvårdsavgift. Kostnaderna beräknas uppgå till 15 000 kronor per person och år för dessa patienter.

särskilt stöd. Dagens kostnader för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, tandvård till personer med omfattande vård- och omsorgsbehov och vissa oral-kirurgiska åtgärder redovisas inte i tabellen.

Kostnadsförändringen om 32 miljoner härrör sig helt och hållet från de kostnadsminskningar som uppstår inom landstingen i och med att två patientgrupper föreslås erhålla särskilt tandvårdsbidrag i stället för tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid. Landstingens kostnader för dessa grupper var under år 2009 omkring 32 miljoner kronor enligt statistik från Sveriges Kommuner och Landsting. Kostnaden för patienter med Sjögrens syndrom uppgick till 20 miljoner kronor och kostnaden för patienter som genomgått strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen uppgick till 12 miljoner kronor under år 2009⁵².

Kostnadsförändring om 40 miljoner kronor uppkommer på grund av minskat behov av statlig tandvårdsstöd för de olika grupperna.

Administrativa kostnader redovisas i tabell 11.1, men däremot inte kostnader för reformens införande. Tilläggas bör också att kostnaderna gäller för ett system i full funktion. De första åren bör ses som en införandeperiod under vilken kostnaderna kan avvika från ett år då stödet har införts och hunnit bli etablerat.

Arbetsgruppen anser att det särskilda tandvårdsbidraget som minst behöver uppgå till 600 kronor två gånger per år för att stödet ska upplevas som värdefullt och faktiskt leda till att aktuella personer gör täta besök hos tandvården för förebyggande åtgärder. Vi ser inga möjligheter till att minska omfattningen av tandvården som föreslås ges till hälso- och sjukvårdsavgift. Många patientgrupper erhåller redan idag tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Skillnaden är dock att nuvarande grupper får den tandvård som de behöver som ett led i en sjuk-

⁵² I beräkningarna har kostnaderna för Örebro landsting uppskattats med hjälp av uppgifter från tidigare år, då uppgifter gällande år 2009 saknas för detta landsting.

domsbehandling under begränsad tid, medan alla nu föreslagna nytillkommande grupper utom en får tandvård för kroniska besvär exklusive protetiska behandlingar.

10.2 Så påverkas patientkostnaderna av de särskilda tandvårdsstöden

Det särskilda tandvårdsbidraget kan utgå med maximalt 1 200 kronor per år och patient. För att hela beloppet ska utgå behöver en patient besöka tandvården och få förebyggande tandvårdsåtgärder till en referensprissumma av 600 kronor eller mer vid båda besöken. I tabell 11.2 finns två typfall av patienter med behov av förebyggande tandvård. När tandvårdsbehoven inte hunnit bli för stora utgör det särskilda tandvårdsbidraget en större andel av priset. Första typfallet visar en sådan patient. Med särskilt tandvårdsbidrag betalar den här patienten enbart 14 procent av vårdgivarens pris för åtgärderna. För patienter med mer omfattande behov av förebyggande tandvård utgör det särskilda tandvårdsbidraget en lägre andel av patientpriset. I vårt exempel betalar patienten 39 procent av vårdgivarens pris för åtgärderna. Patienten med rätt till särskilt tandvårdsbidrag betalar 860 kronor för tandvård som annars skulle ha kostat 2 060 kronor.

Det särskilda tandvårdsbidraget gör således varje besök med förebyggande behandling 600 kronor billigare än vad kostnaden annars skulle ha varit. Vårdgivarens pris och vilka åtgärder som behövs avgör hur mycket patienten måste betala ur egen ficka.

Tabell 11.2 Typfall förebyggande tandvårdsbehandlingar, patientkostnad med och utan särskilt tandvårdsbidrag

Åtgärd	Ref. pris	Kostn utan STB*	Kostn med STB*
Typfall 1: Patient med vissa behov av förebyggande tandvård: ingen början till karies (initialkaries) eller karies som behöver lagas (manifest karies)			
101 Basundersökning och diagnostik utförd av tandläkare	650 kr		
202 Professionell tandrengöring, flourbehandling och kostrådgivning i kombination med undersökningsåtgärd	125 kr		
Första besöket	775 kr	664 kr	64 kr
201 Information och instruktion vid risk för karies, gingival eller parodontal sjukdom och käkfunktionsstörning	360 kr		
203 Professionell tandrengöring, flourbehandling och kostrådgivning	360 kr		
Andra besöket	720 kr	756 kr	156 kr
Totalt under behandlingsperioden		1 420 kr (90%)	220 kr (14%)
Typfall 2: Patient med större behov av förebyggande tandvård, exempelvis muntorr sedan flera år där början till karies (initialkaries) kan ses			
101 Basundersökning och diagnostik utförd av tandläkare	650 kr		
311 Information och instruktion vid kariessjukdom, parodontal sjukdom periimplantii och käkfunktionsstörning	365 kr		
321 Icke operativ behandling av kariessjukdom	365 kr		
Första besöket	1 380 kr	1 299 kr	699 kr
201 Information och instruktion vid risk för karies, gingival eller parodontal sjukdom och käkfunktionsstörning	360 kr		
321 Icke operativ behandling av kariessjukdom	365 kr		
Andra besöket	725 kr	761 kr	161 kr
Totalt under behandlingsperioden		2 060kr (93%)	860 kr (39 %)

Not: Som en förenkling antar vi att vårdgivarens pris är fem procent högre än referenspriset. I kostnadsberäkningen antar vi också att patienten tar ut sitt allmänna tandvårdsbidrag om 150 kronor vid första besöket

För tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift betalar patienten avgift enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det innebär att patienten betalar maximalt 900 kronor totalt under en tolv månadersperiod för besök inom hälso- och sjukvården och sådan tandvård som ges till hälso- och sjukvårdsavgift. De nya patientgrupper som vi föreslår kommer att få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift är alla sådana som sannolikt har regelbunden kontakt med hälso- och sjukvården på grund av sin sjukdom eller funktionsnedsättning. Flertalet får således mycket låga kostnader för den tandvård som behövs till följd av patientens sjukdom eller funktionsnedsättning. De som besöker vården ofta kommer inte att ha några ytterligare kostnader för denna tandvård, så i realiteten kommer tandvården att bli helt avgiftsfri för dessa grupper. Målet med stödet, vilket är att undanröja ekonomiska hinder för dessa grupper att få sina tandvårdsbehov tillgodosedda, bör således uppfyllas.

10.3 Kostnader för det särskilda stödet

10.3.1 Hur många personer kan beröras?

I arbetet med att uppskatta hur stora målgrupperna för de särskilda stöden kan vara har det blivit tydligt att det inom flera områden saknas vetenskapliga studier och statistiskt underlag. Till stor del har därför den beräknade volymen uppskattats på basis av beprövad erfarenhet. Ett komplicerande faktum är att vi inte vet hur vanligt det är att samma person har flera av de aktuella diagnoserna eller sjukdomarna varför vi inte kan utesluta att personer räknas fler än en gång. Om samma individ har fler än en sjukdom eller funktionsnedsättning som berättigar till särskilt stöd leder det till lägre reformkostnader än de som redovisas i tabell 11.1, då en patient som har fler diagnoser som kan berättiga till särskilt stöd inte får högre stöd än en patient med en diagnos. Några studier eller statistiskt underlag som kan indikera hur vanligt det är att just dessa sjukdomar och

funktionsnedsättningar förekommer hos samma individ finns inte. Men det är välkänt att förekomsten av fler än en kronisk sjukdom är vanligt bland äldre personer. Definierar man multisjuklighet som två eller fler samtidigt förekommande kroniska sjukdomar är prevalensen hos personer över 75 år hela 60-70 procent⁵³. Vid ett antagande av att fem procent av individerna har fler än en diagnos skulle kostnaderna vara fem procent lägre än uppskattat, vilket motsvarar 16 miljoner kronor lägre kostnader för särskilt tandvårdsbidrag och 11 miljoner kronor lägre kostnader för tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift (vid en beräknad utnyttjandegrad om 85 procent).

Som källor har vi använt Socialstyrelsens patientregister, flera nationella kvalitetsregister och Svenska tvillingregistret. Professor Kristina Alexandersson, Karolinska institutet, har levererat data om antalet sjukskrivningsfall per diagnos mellan åren 2005 och 2008, vilket har kunnat användas som jämförelsematerial. För att kvalitetssäkra uppskattningarna har vi vänt oss till Stockholms Medicinska Råd (SMR) och Svenska Läkaresällskapet. Både SMR och Svenska Läkaresällskapet har utifrån tillgängliga vetenskapliga studier och med beprövad erfarenhet granskat volymsiffrorna och har bedömt dem som rimliga.

Totalt beräknas 310 600 personer vara berättigade till särskilt tandvårdsbidrag, medan 55 900 personer beräknas kunna erhålla tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift inom de nya målgrupperna. Uppskattat antal patienter inom respektive undergrupp för de särskilda stöden redovisas i tabellerna 11.3 och 11.4 nedan. Källor för respektive patientgrupp redovisas i promemoria från arbetsgruppen.⁵⁴

⁵³ Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år En systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård, SOU 2010:48

⁵⁴ "Sammanställning över källor och uppskattat antal patienter som förväntas kunna erhålla särskilt tandvårdsstöd" Dnr S2009/2879/HS

Tabell 11.3 Uppskattat antal patienter som är berättigade till särskilt tandvårdsbidrag

Patientgrupp	Uppskattat antal patienter
Patienter som är muntorra pga långvarig läkemedelsbehandling	153 800
<i>varav: t.ex. antikolinerg medicinering</i>	<i>55 000</i>
<i>psykisk sjukdom</i>	<i>65 000</i>
<i>parkinsons sjukdom</i>	<i>12 800</i>
<i>astma</i>	<i>21 000</i>
Patienter som har genomgått strålbehandling i öron- näs-, mun- el halsregionen	1 900
Patienter som har Sjögrens syndrom	3 500
Patienter som har KOL och har ordinerats syrgas eller näringsdryck	14 200
Patienter som har cystisk fibros	300
Patienter som har Ulcerös Colit	7 100
Patienter som har Crohns sjukdom	9 900
Patienter som har tarmsvikt	500
Patienter som har erosionsskador som orsakats av Aneroxia nervosa, Bulimia nervosa el. gastroesofageal refluxsjukdom	25 000
Patienter som har svårinställd diabetes	33 500
Patienter som genomgår dialysbehandling	1 200
Patienter som är immunosupprimerade på grund av läkemedelsbehandling	30 000
Patienter som har genomgått en organtransplantation	4 700
Patienter som har kronisk destruktiv parodontit	20 000
Patienter som har periimplantit	5 000
Totalt	310 600

Källa: Egna uppskattningar, Socialstyrelsens patientregister, nationella kvalitetsregister, Svenska Tvillingregistret, Stockholms medicinska råd och Svenska Läkaresällskapet. Källorna redovisas per patientgrupp i promemoria från arbetsgruppen "Sammanställning över källor och uppskattat antal patienter som förväntas kunna erhålla särskilt tandvårdsstöd" (Dnr S2009/2879/HS)

Tabell 11.4 Uppskattat antal personer i de nya grupperna som ska erhålla tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift

Patientgrupp	Uppskattat antal patienter
Sjukdom och funktionsnedsättning	
Patienter som har ett svårt psykiskt funktionshinder	20 000
Patienter som har Parkinsons sjukdom	3 000
Patienter som har multipel skleros	1 300
Patienter som har cerebral pares	600
Patienter som har reumatoid artrit	2 000
Patienter som har systemisk lupus erythematosus	2 000
Patienter som har sklerodermi	500
Patienter som har amyotrofisk lateralscleros	500
Patienter som har ett orofacialt funktionshinder	2 000
Patienter som har symptom som beror på en stroke och som kvarstår sex månader efter det att patienten drabbades av stroke	18 000
Patienter som har en sällsynt diagnos	5 000
Tandvård som led i sjukdomsbehandling under begränsad tid (*)	
Patienter med erosionsskador på tänderna pga Anorexia nervosa, Bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom när patienten är medicinskt rehabiliterad	1 000
Totalt	55 900

Källa: Egna uppskattningar, Socialstyrelsens patientregister, nationella kvalitetsregister, Svenska Tvillingregistret, Stockholms medicinska råd och Svenska Läkaresällskapet. Källorna redovisas per patientgrupp i promemoria från arbetsgruppen "Sammanställning över källor och uppskattat antal patienter som förväntas kunna erhålla särskilt tandvårdsstöd" (Dnr S2009/2879/HS)

(*) Gruppen patienter som måste vara infektionsfria inför en medicinsk behandling har inte tagits med här. De får redan idag stöd i alla landsting i form av tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift, trots att de inte omfattas av regelverket.

Bland dem som beräknas vara berättigade till särskilt tandvårdsbidrag utgörs hälften, eller fler än 150 000, av personer som är muntorra på grund av läkemedelsbehandling. Andra relativt stora patientgrupper är patienter med svårinställd diabetes, patienter med kronisk destruktiv parodontit, patienter som är immunosupprimerade på grund av läkemedel samt patienter med erosionsskador till följd av ätstörning eller refluxsjukdom. Mellan 20 000 och 35 000 personer finns inom dessa respektive grupper.

Största patientgrupperna bland de 55 900 personer som beräknas kunna erhålla tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift inom de nya målgrupperna är personer med svåra psykiska funktionshinder och stroke-patienter med kvarstående symtom efter sex månader.

10.3.2 Utnyttjandegrad

Målet med de selektiva stöden är att bibehålla tandhälsa och undvika ekonomiska hinder för att få god tandvård bland personer med sådana sjukdomar och funktionsnedsättningar som påverkar tandhälsan negativt. För att nå målen bör alla aktuella patienter nås av stöden. Det finns dock mycket som talar för att så inte kommer att bli fallet. Även om resurser satsas på information kanske vissa ändå inte kommer att känna till att stöden finns. Andra undviker att gå till tandvården och kommer inte att lockas att gå dit även om deras tandvårdskostnader blir lägre. Det kan till exempel bero på rädsla eller obehag eller helt enkelt ointresse för eller okunskap om tandhälsa och tandvård. Det är också möjligt att allvarligt sjuka inte orkar eller har möjlighet att bry sig om sin tandhälsa. Vår bedömning är att många av de berörda patienterna finns bland den äldre delen av befolkningen som också kan ha svårt att ta sig till tandvården på egen hand. Detsamma kan dessutom gälla för svårt sjuka och funktionsnedsatta.

Det är naturligtvis angeläget att alla i målgrupperna för stödet också utnyttjar detsamma. Erfarenheterna från tidigare stöd-

former visar dock att det i allmänhet inte blir så. Utnyttjandegraden av det allmänna tandvårdsbidraget i det statliga tandvårdsstödet kan studeras för att få vägledning i bedömningen av hur stor andel av de som har möjlighet att få stöd som faktiskt kommer att utnyttja stödet. I vilken grad munhälsobedömning och nödvändig tandvård utnyttjas av dem som stöden är avsedda för skulle också kunna ge vägledning för en realistisk bedömning av hur många som kommer att ta del av de särskilda stöden. Dock är statistiken kring detta inte fullständig. 57 procent av uppskattat antal i personkretsen erhöll munhälsobedömning under 2009 och 66 procent erhöll nödvändig tandvård. Hur stor andel som varken fick munhälsobedömning eller nödvändig tandvård saknas det uppgifter om i fler än hälften av landstingen.

I tabell 11.5 nedan redovisas hur stor andel av de vuxna som har använt sitt första allmänna tandvårdsbidrag, d.v.s. det stöd som utgick under reformens första år och som senast kunde användas 1 juli 2010.⁵⁵ Knappt 70 procent av alla vuxna valde att använda sitt första allmänna tandvårdsbidrag. Av tabellen framgår att det finns relativt stora skillnader i utnyttjandegrad med avseende på ålder. Bland de yngsta vuxna och bland de äldsta valde endast hälften att använda sitt allmänna tandvårdsbidrag.⁵⁶ Högst utnyttjandegrad finns bland yngre pensionärer, bland vilka 79 procent valde att använda sitt allmänna tandvårdsbidrag. Bland personer i åldern 30–49 år använde färre sitt allmänna tandvårdsbidrag än bland de äldre i förvärvsaktiv ålder.

⁵⁵ Det är ännu inte relevant att studera senare uppgifter rörande utnyttjandegraden för ATB, då man fortfarande har möjlighet att använda sitt andra ATB som ska tas ut senast 30/6 2011.

⁵⁶ Här har dock ingen hänsyn tagits till förekomsten av nödvändig tandvård, vilket är vanligast bland de äldsta.

Tabell 11.5 Andel i befolkningen som har utnyttjat det första allmänna tandvårdsbidraget inom det statliga tandvårdsstödet, gällande 1/7 2008-30/6 2010

Åldersgrupp	Antal som har utnyttjat sitt första ATB	Utnyttjandegrad ATB
20-29 år	579 107	50 %
30-49 år	1 607 052	65 %
50-64 år	1 391 472	75 %
65-84 år	1 114 001	79 %
85 år och äldre	127 225	51 %
Alla vuxna	4 818 857	68 %

Källa: Statistiska centralbyrån (SCB) och egna beräkningar

Risken finns att de nya selektiva stöden kommer att utnyttjas i ungefär motsvarande grad som det allmänna tandvårdsbidraget. Dock är det fråga om mer omfattande stöd som också riktas till personer som har särskilt stora tandvårdsbehov. Det talar för en något högre utnyttjandegrad av särskilt tandvårdsbidrag och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift än allmänt tandvårdsbidrag. Det allmänna tandvårdsbidraget är ett lägre belopp och kan erhållas av alla oavsett behov. De nya selektiva stöden ställer dock högre krav på patienten än vad det allmänna tandvårdsbidraget gör. Det allmänna tandvårdsbidraget ges till alla vuxna som besöker tandvården. För att en person ska få del av de nya selektiva stöden krävs att patienten kan prestera någon form av underlag som ett läkarintyg. Det skulle möjligen tala för en lägre utnyttjandegrad.

Om vi antar att utnyttjandegraden för de nya selektiva stöden följer mönstren från tidigare stöd och det allmänna tandvårdsbidraget är en rimlig nivå 70 procent. Här är det dock större stimulansbelopp än det allmänna tandvårdsbidraget och stödet riktas enbart till personer med tandvårdsbehov (risk för dålig tandhälsa). Därav har vi stannat vid antagandet att 85 procent av de personer som kan komma ifråga för stöden faktiskt kommer

att utnyttja desamma. Kostnadsberäkningen som redovisas i tabell 11.1 bygger på detta antagande.

Skulle det visa sig att utnyttjandegraden blir så låg som utnyttjandegraden av ATB bland de yngsta vuxna, d.v.s. att stöden når endast 50 procent av dem som antas komma ifråga för de särskilda stöden, skulle kostnaderna för reformen komma att bli 222 miljoner kronor lägre än redovisat för huvudalternativet. Skulle utnyttjandegraden å andra sidan bli högre än beräknat kommer även kostnaderna att bli högre. Om utnyttjandegraden skulle visa sig bli 100 procent skulle kostnaderna för reformen komma att bli 95 miljoner kronor högre än redovisat för huvudalternativet.

Tidsfaktorn är också av intresse för att bedöma hur många som kommer att använda stöden. Det kan ta tid innan en ny stödform kommer på plats ordentligt och kan användas fullt ut. Det här beror på ett flertal faktorer som att informationen finns på plats och når ut till alla berörda i god tid före införandet samt att allt praktiskt omkring stöden fungerar som avsett. För att inte underskatta kostnaderna har vi dock inte tagit hänsyn till sådana införandefaktorer, utan räknar med ett system i fullfunktion redan första året. Det ger också marginal uppåt om utnyttjandegraden mot förmodan skulle bli högre än 85 procent.

10.4 Administrativa kostnader

10.4.1 Försäkringskassans administrativa kostnader

Försäkringskassans handläggningskostnader för det statliga tandvårdsstödet uppgår till omkring 100 miljoner kronor, enligt uppskattningar av Försäkringskassan. Det är ungefär 200 personer som arbetar med tandvårdsfrågor inom Försäkringskassan. De sammanlagda förvaltningskostnaderna hos Försäkringskassan för tandvårdsstödet var 221 miljoner kronor år 2009, vilket motsvarar omkring fyra procent av försäkringskostnaderna på 5,3 miljarder kronor.

Avsikten med konstruktionen av det särskilda tandvårdsstödet är att administrationen kring detsamma ska bli så enkel som möjligt för alla berörda. Vårdgivaren ska kunna göra bedömningen på basis av läkarintyg m.m. och förväntas endast i undantagsfall vända sig till Försäkringskassan för att begära förhandsbesked. Handläggningskostnaderna bör därför inte öka i särskilt hög grad på grund av införandet av det särskilda tandvårdsstödet. Däremot kommer Försäkringskassan att behöva genomföra efterhandskontroller av det särskilda tandvårdsbidraget.

Löpande kostnader för drift och underhåll av IT-stödet beräknas inte heller förändras nämnvärt på grund av det särskilda tandvårdsbidraget. Däremot tillkommer utvecklingskostnader för att anpassa IT-stödet till att omfatta även särskilt tandvårdsbidrag.

Som en uppskattning av hur mycket Försäkringskassans administrationskostnader kommer att öka kan det vara rimligt att anta att de maximalt kommer att öka i motsvarande grad som försäkringskostnaderna ökar. Vi antar därför beräkningsmässigt att Försäkringskassans förvaltningskostnader för tandvårdsstödet kommer att öka med ett belopp motsvarande fyra procent av kostnaderna för det särskilda tandvårdsstödet. Detta innebär en ökning med cirka 12 miljoner kronor för förslaget.

10.4.2 Domstolarnas administrativa kostnader

I promemorian föreslås att Försäkringskassans beslut om särskild tandvårdsbidrag ska kunna överklagas av såväl vårdgivaren som den enskilde patienten (se avsnitt 6.15). Överklagande, ändring och omprövning av beslut ska enligt 4 kap. 9 § lagen om statligt tandvårdsstöd göras enligt bestämmelserna i 113 kap. 2-20 och 21 §§ socialförsäkringsbalken. Arbetsgruppen har tydligt avgränsat vilka sjukdomar och funktionsnedsättningar som ska berättiga till särskilt tandvårdsbidrag. Vidare föreslås att Socialstyrelsen ska bemyndigas att utfärda närmare föreskrifter i syfte

att ytterligare avgränsa och tydliggöra under vilka förutsättningar en person kan beviljas särskilt tandvårdsbidrag. Mot denna bakgrund samt att antalet personer som kan beräknas omfattas av stödet endast uppgår till cirka 310 000 personer, bedöms antalet framtida överklaganden av Försäkringskassans beslut bli försumbart. Några ökade kostnader för domstolarna har därför inte beräknats.

10.4.3 Landstingens administrativa kostnader

Landstingens totala kostnad för administration, information m.m. av uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid, uppgick år 2009 till 41 miljoner kronor enligt uppgift från Sveriges Kommuner och Landsting. De administrativa kostnaderna motsvarar 5,5 procent av den totala kostnaden. Åren dessförinnan (2006-2008) var andelen något högre, 5,8 procent av den totala kostnaden för verksamheten, och har legat något lägre åren dessförinnan. Någon särredovisning av hur stora de administrativa kostnaderna är för uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård och tandvård som led i en sjukdomsbehandling finns inte.

Ett rimligt antagande kan vara att administrationskostnaderna för landstingen kommer att öka i motsvarande grad som kostnaderna för verksamheten ökar. Administrationskostnaderna per ärende kan i och för sig antas vara högre under tiden för införande av ett nytt stöd. Samtidigt kommer stödet troligtvis inte att vara i full funktion det första året eftersom det kan ta tid innan information kring stödet når ut till alla potentiella mottagare av stödet. Landstingens administrationskostnader beräknas därmed öka med cirka 5,8 procent eller omkring 11 miljoner kronor som en följd av tredje steget i tandvårdsreformen (med hänsyn till antagande om utnyttjandegrad på 85 procent).

Tabell 11.6 Landstingens kostnader för tandvård inom ramen för 1999 års tandvårdsreform, d.v.s. uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling (miljoner kronor). Åren 1999-2009

Årtal	Kostnad för administration	Total kostnad för verksamheterna	Andel administrationskostnad
1999	26	193	13,5 %
2000	30	433	6,9 %
2001	35	580	6,0 %
2002	33	654	5,0 %
2003	37	630	5,9 %
2004	32	639	5,0 %
2005	34	654	5,2 %
2006	38	658	5,8 %
2007	41	712	5,8 %
2008	43	740	5,8 %
2009	41	751	5,5 %

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

10.5 Besparingspotential?

10.5.1 Effekter på kort sikt

Det är inte troligt att de föreslagna stöden skulle komma att bli vårddrivande och leda till ökade kostnader inom det statliga tandvårdsstödet, då det särskilda tandvårdsbidraget enbart utgår för förebyggande tandvårdsåtgärder. Det särskilda tandvårdsbidraget får inte heller räknas med som underlag för beräkning av högkostnadsskydd, vilket gör att det riktas enbart mot sådana åtgärder som avses berättiga till särskilt tandvårdsstöd utan att göra övrig tandvård billigare eller förmånligare för dessa patienter än för andra. Personer med särskilt tandvårdsbidrag har i övrigt samma skydd mot höga kostnader som personer utan

särskilt stöd och måste betala lika mycket ur egen ficka för att komma upp i högre ersättningsnivåer. Detta innebär att det särskilda tandvårdsbidraget inte ger incitament för personerna i fråga att utföra annan tandvård än den stödet är avsedd för.

10.5.2 Långsiktiga effekter

Målen med de selektiva tandvårdsstöden är att bibehålla god tandhälsa respektive att undanröja ekonomiska hinder för att sjuka och funktionsnedsatta ska erhålla den tandvård de behöver. Dessa mål har samhällsekonomiska värden. Det är dock svårt att sätta siffror på dessa värden. Hur högt värderar vi bibehållen tandhälsa? Det finns också samband mellan allmänhälsan och tandhälsan, i synnerhet bland målgrupperna för de selektiva tandvårdsstöden. Här är det fråga om patienter med sjukdomar och funktionsnedsättningar som påverkar tandhälsan. Sannolikt finns samband i båda riktningarna även om evidensbaserad forskning skulle behövas för att bekräfta det för flertalet patientgrupper. Hur högt allmänhälsan och förhindrande av sjukdom värderas, blir också en relevant fråga att ställa sig.

Genom förebyggande tandvård kan god tandhälsa bibehållas. Forskningsevidens finns för goda effekter av förebyggande tandvård på tandhälsan.⁵⁷ Betyder detta att stödet leder till framtida kostnadsinbesparingar eller till och med kan förväntas vara lönsamt, d.v.s. att framtida kostnadsinbesparingar är större än kostnaderna för stödet?

Vi har bett hälsoekonomerna Anders Norlund och Tomas Davidson som är verksamma vid SBU att se på hälsoekonomiska aspekter av våra förslag till särskilt stöd.⁵⁸ Norlund och Davidsson som fokuserar på förebyggande tandvård säger i sina

⁵⁷ Se till exempel Nationella riktlinjer för tandvård (Socialstyrelsen 2010), Att förebygga karies (SBU 2002) och Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling (SBU 2004).

⁵⁸ Hälsoekonomiska aspekter på ”Tredje steget i tandvårdsreformen” Dnr S2009/2879/HS (Davidson och Norlund 2010). Rapporten finns tillgänglig hos Socialdepartementet.

slutsatser att det särskilda tandvårdsbidraget kan leda både till positiva effekter på individernas tandhälsa och reducerad kostnad för framtida behandlingar, baserat på de få studier som finns. Dock saknas det evidens för att kostnadsinbesparingen till följd av färre komplikationer och återbesök inom tandvården skulle motsvara kostnaden för reformen och på så sätt vara självfinansierad. Arbetsgruppen konstaterar att det dock skulle vara höga krav att ställa på någon form av välfärdsstöd – att satsade pengar skulle ge mer tillbaka i form av framtida kostnadsinbesparingar.

Davidson och Norlund anger också att det finns flera studier som tyder på att åtgärder som riktas mot individer med hög risk för framtida tandproblem är kostnadseffektiva (d.v.s. att föredra framför andra åtgärder), även om kunskapsläget generellt kan betraktas som oklart på grund av för få studier. Eftersom det särskilda tandvårdsbidraget är riktat till individer med hög risk bedömer författarna det som troligt att det kan betraktas som kostnadseffektivt. Mer forskning av långsiktiga behandlingar inom tandvården skulle behövas, liksom studier av effekter för riskgrupper.

10.6 Kostnadsfördelning mellan stat och landsting

Kostnaderna ökar för staten som en följd av införandet av särskilt tandvårdsbidrag. Enligt huvudalternativet uppgår statens kostnad för särskilt tandvårdsbidrag till 292 miljoner kronor årligen. Några kostnadsminskningar för staten räknar vi inte med. Till detta kommer administrativa kostnader om 12 miljoner kronor. Statens kostnader för tredje steget i tandvårdsreformen är således 304 miljoner kronor.

För landstingen ökar kostnaderna med 223 miljoner kronor i och med att nya grupper ska kunna få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Två av patientgrupperna som idag kan erhålla tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling ska i stället vara berättigade till särskilt tandvårdsbidrag, vilket leder till kostnads-

minskningar för landstingen om 32 miljoner kronor per år. Landstingens kostnader beräknas öka med 202 miljoner kronor netto som en följd av tredje steget av tandvårdsreformen när uppskattningen av landstingens kostnader för administration om 11 miljoner kronor har lagts till. Enligt den så kallade finansieringsprincipen ska staten kompensera landsting och kommuner ekonomiskt om staten lägger på dem nya tvingande uppgifter.

Några intäkter till landstingen har vi inte räknat med även om mindre summor kan bli aktuella. Personer som är så hårt drabbade av sin sjukdom eller funktionsnedsättning att de kan få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift har sannolikt även många besök inom hälso- och sjukvården. När en patient har betalat 900 kronor för sina besök hos hälso- och sjukvården betalar han eller hon inga ytterligare avgifter för tandvården under samma tolv månadersperiod. Det blir, som vi bedömer det, inte meningsfullt att räkna på eventuella intäkter från patientavgifter för tandvården.

Det kan inte uteslutas att det kommer att uppstå kostnader inom landstingen för utfärdandet av läkarintyg. Läkarintyg behövs i vissa fall som underlag för bedömning av om en person ska kunna erhålla särskilt tandvårdsstöd. Förslagen är dock utformade så att kraven på underlag inte ska bli betungande. Kroniska besvär behöver intygas enbart en gång och underlag angående besvär som kan vara övergående ska enbart behöva förnyas vart tredje år.

10.7 Insatser för genomförande m.m.

Det kommer krävas särskilda insatser för genomförandet av tredje steget i tandvårdsreformen. Visst förberedelsearbete kommer att behöva sättas igång så snart som möjligt. Det gäller utarbetande av föreskrifter och vägledningar samt anpassning av det nationella tandhälsoregistret. Informations- och utbildningsinsatser behöver också förberedas i god tid så de kan sjasättas innan stödet införs.

Insatser som är mer av engångskaraktär kan komma att bestå av:

- informations- och utbildningsinsatser,
- myndigheternas förberedelsearbete i övrigt (Socialstyrelsen och Försäkringskassan) och
- ett sammanhållet utvärderingsprogram tre år efter reformens genomförande.

11 Konsekvenser

I kapitel 11 har de ekonomiska konsekvenserna av våra förslag redovisats. I detta avsnitt gör vi en bedömning av vilka andra konsekvenser som kan förutses. Även om arbetsgruppen i formell mening inte omfattas av kommittéförordningen (1998:1474) följer vi i huvudsak de krav på konsekvensbeskrivningar som ställs upp i 14 och 15 §§ i förordningen.

11.1 Konsekvenser för konkurrensneutraliteten mellan folktandvården och de privata vårdgivarna

Förslaget i avsnitt 7.5.3 att folktandvårdens priser ska gälla som ersättning för vårdgivare som utför tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift på långvarigt sjuka och funktionsnedsatta kan möjligtvis uppfattas som en konkurrensnackdel för privata vårdgivare relativt folktandvården. Alla vårdgivare inom samma landsting får visserligen samma ersättning ("om inte annat överenskommit" i enskilda fall), men åtgärdspriserna är fastslagna utifrån de nivåer som landstinget/folktandvården anser vara lämpliga givet folktandvårdens förutsättningar, deras patienter och vårdpanorama. Andra vårdgivare kan ha andra förutsättningar och föredra andra nivåer och inbördes relationer för sina åtgärdspriser. Det är dock inte möjligt att kombinera ett så generöst stöd som tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift innebär med fri prissättning. Att välja priser som är beslutade av landstingen är också rimligt eftersom landstingen har kostnads-

ansvar för stödet. Samma ersättningsregler gäller redan idag för landstingens tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Med förslagen utökas det antal patienter som omfattas av regelverket, varför sannolikt även fler vårdgivare berörs.

11.2 Konsekvenser för den statliga styrningen

Genom arbetsgruppens förslag kommer tillgången på samlad nationell statistik inom tandvårdsområdet att förbättras. Tandhälsoregistret föreslås utökas till att omfatta även nödvändig tandvård och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift för långvarigt sjuka och funktionsnedsatta. Vidare föreslås ett samordnat IT-stöd för alla olika former av tandvårdsstöd, vilket skapar förutsättningar för ändamålsenlig och aktuell statistik på individnivå även för landstingstandvården. Dessa förslag skapar bättre förutsättningar för uppföljning och utvärdering av tandhälsa, tandvårdskonsumtion, tandvårdspriser och kvalitet i tandvården.

Arbetsgruppens förslag att Socialstyrelsen ska bemyndigas att utfärda föreskrifter om tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift ökar den statliga styrningen på detta område.

11.3 Konsekvenser för brottslighet, fusk och missbruk av särskilt tandvårdsstöd

Förslag om kontrollinsatser av det tvådelade särskilda tandvårdsstödet bygger vidare på de intentioner beträffande kontroll som redan finns inom det statliga tandvårdsstödet och inom den tandvård som landstingen är huvudmän för. Fokus för det särskilda tandvårdsbidraget kommer att vara på efterhandskontroller snarare än förhandsprövningar, i syfte att minska administrationen och samtidigt möjliggöra en effektiv kontroll. En utveckling av IT-stödet som redan finns på plats till att omfatta även det särskilda tandvårdsbidraget ger goda möjligheter

att upptäcka fusk, missbruk samt misstankar om brott i samband med utbetalning av ersättning.

Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift för vissa långvarigt sjuka och funktionsnedsatta kontrolleras genom de individuella bedömningar som behöver göras av landstingen. Arbetsgruppen lägger också förslag om ett samordnat IT-stöd som omfattar alla tandvårdsstöd. Om ett sådant stöd kommer att införas kan övergången till elektronisk kommunikation mellan vårdgivare och landsting ge förbättrade möjligheter att upptäcka fusk, missbruk samt misstankar om brott i samband med ersättning för tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Det gäller såväl de föreslagna nya kategorierna som de som redan finns (d.v.s. nödvändig tandvård, tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling samt vissa oral-kirurgiska åtgärder).

11.4 Konsekvenser för företagen – regelbörda

I Sverige finns idag drygt 2000 privata företag som bedriver tandvård. Arbetsgruppen föreslår att ett tvådelat särskilt tandvårdsstöd införs för sjuka och funktionsnedsatta. Viss administration kommer att naturligtvis att behövas för att stöd ska kunna utgå till berörda patienter, men vid stödets utformning har tydlighet och ett så administrativt lätthanterligt stöd som möjligt varit uttalade mål. Av den anledningen definieras tydligt vilka patientgrupper som ska omfattas av de respektive stöden. Arbetsgruppen presenterar förslag till patientgrupper och hur de ska avgränsas och lägger också förslag om att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utfärda föreskrifter som fastslår hur grupperna ska avgränsas. Socialstyrelsen föreslås också fastställa vilka underlag som ska behövas för att vårdgivarna ska kunna ta ställning till om särskilt tandvårdsbidrag ska utgå. Gällande kroniska sjukdomar behöver underlaget inte förnyas, utan stöden gäller tills vidare. För övriga diagnoser föreslås enhetliga regler kring hur ofta underlaget behöver förnyas i syfte att för enkla hanteringen.

Arbetsgruppen föreslår därutöver att TLV ser över undersökningsåtgärderna och överväger om några förändringar kommer att behövas med anledning av patienternas informationsbehov som riktas mot vårdgivarna samt vårdgivarnas praktiska hantering av stöden. På så vis kommer de eventuella merkostnader som de särskilda stöden innebär för vårdgivarna att vägas in systemet genom referenspriserna som TLV fastställer.

De särskilda stöden är selektiva och gäller enbart en mindre mängd av den vuxna befolkningen. De nytillkommande patientgrupperna uppskattas utgöras av ca 310 000 personer som förväntas kunna erhålla särskilt tandvårdsbidrag och ca 55 900 nya patienter som förväntas kunna erhålla tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Nämnas bör också att arbetsgruppen föreslår att Socialstyrelsen ska utfärda föreskrifter angående alla formerna av tandvårdsstöd som landstingen ansvarar för. Detta har efterfrågats och leder till ökad tydlighet för vårdgivarna.

Att tandhälsoregistret föreslås omfattas av alla vuxna innebär att tandvård och tandstatus kommer att behöva rapporteras för två nya patientgrupper – patienter som erhåller nödvändig tandvård och patienter som erhåller tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift på grund av sjukdom och funktionsnedsättning. Skälen för särskilt stöd är en tillkommande uppgift som föreslås registreras. Registreringen ska dock ske inom samma form som tidigare, dvs. inom Försäkringskassans IT-stöd, som i princip alla vårdgivare redan använder.

Sammantaget bedömer arbetsgruppen att den administrativa regelbördan för företagen inte kommer att öka i någon större omfattning.

11.5 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

Det finns en viss skillnad i kvinnors och mäns konsumtion av tandvård, även om den inte är stor. Till exempel visar För-

säkringskassans analys av besöksfrekvenser att en större andel kvinnor än män har gjort minst ett förebyggande tandvårdsbesök under de första 22 månaderna med det reformerade statliga tandvårdsstödet.⁵⁹ Arbetsgruppens bedömning är att de förslag som lämnas inte har några övergripande jämställdhetspolitiska konsekvenser. Att det endast finns små skillnader i hur mycket tandvård som män respektive kvinnor konsumerar har tidigare tandvårdsutredning inte bedömt som ett strukturellt problem.⁶⁰

Förslagen om ett tvådelat selektivt stöd riktas till personer med tandvårdsbehov som uppstår som en följd av sjukdom eller funktionsnedsättning. Ett antal patientgrupper/sjukdomar/diagnoser ställs upp för att precisera och avgränsa målgrupperna. Hur många personer som kan komma i fråga för stöden har uppskattats på basis av visst dataunderlag, men framför allt på kunskap och beprövad erfarenhet hos tillfrågad medicinsk expertis. Vi saknar uppgifter om hur könsfördelningen ser ut inom de olika (väl avgränsade) patientkategorierna som föreslås omfattas av de selektiva stöden. Däremot finns kännedom på ett mer allmänt plan om könsfördelningen inom vissa sjukdomsgrupper. För de flesta av grupperna finns det inte några tydliga könsskillnader, men reumatism och Sjögrens syndrom är vanligare bland kvinnor än bland män. Det omvända gäller för Parkinsons sjukdom. Arbetsgruppens bedömning är att förslagen om särskilt tandvårdsstöd för sjuka och funktionsnedsatta gynnar kvinnor och män i ungefär lika hög utsträckning.

Två patientgrupper som i dagsläget får tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift föreslås i stället få särskilt tandvårdsbidrag. Det gäller patienter med Sjögrens syndrom och patienter som får tandvård efter strålbehandling. Omkring 4 100 kvinnor och 1 300 män berörs av den föreslagna förändringen.⁶¹

⁵⁹ Analys av besöksfrekvenser för tandvårdsbesök i förebyggande syfte och effekterna av skyddet mot höga kostnader i det tandvårdsstödet om infördes den 1 juli 2008, Försäkringskassan (2010)

⁶⁰ SOU 2007:19

⁶¹ Bland de personer med Sjögrens syndrom som under år 2007 fick tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift var hela 92 procent kvinnor och bland personer som erhö

11.6 Konsekvenser för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen

De förslag arbetsgruppen lämnar när det gäller utformningen av selektivt tandvårdsstöd påverkar den sociala välfärden för många sjuka och funktionsnedsatta och innebär att resurserna till tandvården ökar.

Det finns två olika mål med förslaget till tvådelat selektivt tandvårdsstöd. Det ena målet ska vara att bibehålla en god tandhälsa hos individer som till följd av sjukdom och funktionsnedsättning riskerar försämrade tandhälsa. Målet nås genom särskilt tandvårdsbidrag för förebyggande tandvård. Målet med tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift för långvarigt sjuka och funktionsnedsatta är att undanröja ekonomiska hinder för dessa personer att få sina tandvårdsbehov tillgodosedda. Det sker genom kraftigt subventionerad tandvård som i realiteten i princip kan bli avgiftsfri för vissa svårt sjuka personer.

Nyanlända invandrare har ofta en svag ekonomisk ställning. Arbetsgruppen menar att förslagen bör öka dessa personers möjligheter att kunna genomföra nödvändiga tandvårdsbehandlingar även i de fall de drabbas av stora tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning. Enligt nationella folkhälsoenkäten uppger en högre andel personer med utomeuropeisk bakgrund att de har dålig tandhälsa än personer födda i Sverige.⁶² Även dålig hälsa (självskattad) är vanligare samt även psykisk ohälsa och vissa funktionsnedsättningar. Arbetsgruppens bedömning är att förslagen i viss mån kan bidra till att öka möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

tandvårdsstöd för tandvårdsbehandling efter strålbehandling var i stället den övervägande delen män (56 procent), enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting.

⁶² Nationella Folkhälsoenkäten 2010, Statens Folkhälsoinstitut, hittas på hemsidan www.fhi.se.

11.7 Konsekvenser för personlig integritet

Arbetsgruppen har i avsnitt 8.3 föreslagit att Socialstyrelsens tandhälsoregister ska utvidgas till att omfatta nödvändig tandvård och tandvård till personer med långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar. All sådan registrering av personuppgifter innebär konsekvenser för den personliga integriteten. De uppgifter som föreslås registreras är uppgifter om hälsa vilka är särskilt känsliga ur integritetssynpunkt. För att det ska vara möjligt att utvärdera och följa upp den tandvård som ges är det dock nödvändigt att viss registrering sker av utförd tandvård. För att uppgifterna ska kunna samköras med andra register t.ex. för att kunna studera sambanden mellan tandhälsa och hjärt- och kärlsjukdomar eller diabetes är det nödvändigt att individuppgifter registreras. Mot denna bakgrund anser arbetsgruppen att den föreslagna registreringen av personuppgifter är nödvändig. Arbetsgruppen anser också att nyttan av den föreslagna registreringen uppväger de eventuella intrång i den personliga integriteten som registreringen kan medföra.

11.8 Konsekvenser för det kommunala självstyret

Arbetsgruppen har i kapitel 7 föreslagit att tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift som landstingen är huvudmän för ska utökas till att gälla fler patientgrupper än i dagsläget. Arbetsgruppen har också föreslagit att Socialstyrelsen ska meddela föreskrifter angående tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Idag finns bara en vägledning från Socialstyrelsen som inte är bindande. Förslaget innebär att landstingens möjligheter att göra egna bedömningar av vilka patienter som ska ges tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift minskar. Detta skulle kunna ses som en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Dock har landstingen själva (genom Sveriges Kommuner och Landsting) efterfrågat sådana föreskrifter i syfte att få ökad tydlighet om vad som avses i lagen. Arbetsgruppens bedömning är att de som arbetar med tandvårdsfrågor inom landstingen välkomnar förslaget.

Arbetsgruppen har också föreslagit en möjlighet för landstingen att i större utsträckning bestämma över hur handläggningen av ärenden om tandvårdsstöd ska ske. I dagsläget ställs i tandvårdsförordningen krav på att landstingen alltid förhandsprövar vissa behandlingsförslag innan vårdgivaren inleder behandlingen. Enligt arbetsgruppens förslag ska landstingen få besluta om undantag från detta krav på förhandsprövning. Detta innebär ett ökat utrymme för självstyre för landstingen.

11.9 Övriga konsekvenser

Arbetsgruppen bedömer att de förslag som lämnas inte får några konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet.

12 Författningskommentar

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

8 a §

Förslaget behandlas i avsnitt 7.4.2.

I *första stycket* görs ett förtydligande med innebörden att landstingen särskilt ska svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som är beviljade insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller ersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken. Dessa personer ska enligt andra stycket också erbjudas nödvändig tandvård. Ändringen syftar till att förtydliga att endast personer som är beviljade insatser enligt LSS eller som får ersättning enligt reglerna om assistansersättning i socialförsäkringsbalken, vid tidpunkten för bedömningen av om de ska erbjudas uppsökande verksamhet eller nödvändig tandvård, ska kunna få sådan tandvård på denna grund. Personer som endast tidigare har varit beviljade insatser enligt LSS eller fått ersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken eller lagen (1993:389) om assistansersättning, eller som skulle kunna beviljas sådana insatser i framtiden ska inte erbjudas uppsökande verksamhet eller nödvändig tandvård på denna grund.

I *tredje stycket* införs en punktuppställning och punkt 2, som är ny, innebär att landstingen ska se till att tandvård kan erbjudas

dem som har stora behov av tandvård på grund av långvariga sjukdomar eller funktionshinder.

17 §

Förslaget behandlas i avsnitt 7.2.1 och 7.5.2.

I paragrafen görs en ändring av utformningen av bemyndigandena för regeringen och Socialstyrelsen. Bakgrunden till ändringen är att de nuvarande bemyndigandena har en otidsenlig utformning. En ändring är även lämplig med hänsyn till de ändringar i 8 kap. regeringsformen som föreslagits träda i kraft den 1 januari 2011. Den ändrade utformningen av bemyndigandet innebär att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen. Denna bestämmelse omfattar tandvård i form av uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård, tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, samt tandvård till personer med stora behov av tandvård på grund av sjukdomar eller funktionshinder. Genom bemyndigandet ges regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer även en möjlighet att meddela föreskrifter om undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser och som inte ersätts till någon del enligt socialförsäkringsbalken.

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

1 kap. 1 §

I *andra stycket* görs ett tillägg med innebörden att statligt tandvårdsstöd även kan lämnas i form av särskilt tandvårdsbidrag.

2 kap. Allmänt tandvårdsbidrag, särskilt tandvårdsbidrag och tandvårdsersättning

Särskilt tandvårdsbidrag

2 kap. 1 a §

Paragrafen är ny och behandlas närmare i avsnitt 6.2 och 6.4. Rubriken till kapitlet ändras och en ny underrubrik läggs in med anledning av att särskilt tandvårdsbidrag införs.

Av bestämmelsen framgår att det särskilda tandvårdsbidraget får användas för betalning av ersättningsberättigande förebyggande tandvårdsåtgärder under en period av högst sex månader räknat från den 1 januari eller den 1 juli varje år. Bidraget består i ett personligt tillgodohavande hos Försäkringskassan. Den 1 januari respektive den 1 juli varje år blir ett nytt belopp tillgängligt för den enskilde. Det finns inte någon möjlighet för patienten att spara bidraget längre tid än ett halvår. På så sätt uppmuntras patienten att besöka tandvården ofta.

Av bestämmelsen framgår också att för att särskilt tandvårdsbidrag ska kunna utgå krävs att patienten den 1 januari respektive den 1 juli uppfyller kraven i 2 kap. 5 § 1 eller 2. Patienten ska alltså ha rätt till bosättningsbaserade förmåner enligt 4 och 5 kap. socialförsäkringsbalken eller utan att vara bosatt här har rätt till förmåner som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om

samordning av de sociala trygghetssystemen. För att särskilt tandvårdsbidrag ska kunna utgå ska patienten också på grund av en sjukdom eller ett funktionshinder löpa risk att få försämrad tandhälsa.

2 kap. 1 b §

Paragrafen är ny och behandlas närmare i avsnitt 6.13.

Av bestämmelsen följer att Försäkringskassan, efter ansökan av en patient eller en vårdgivare, i förväg ska pröva om förutsättningarna för särskilt tandvårdsbidrag enligt 2 kap. 1 a § 2 är uppfyllda. Det Försäkringskassan ska pröva är alltså om en patient på grund av sjukdom eller funktionshinder löper risk att få försämrad tandhälsa. Av bestämmelsen följer också att Försäkringskassans beslut gäller under den tid och under de förutsättningar i övrigt som anges i beslutet. Av 22 § förvaltningslagen (1986:223) följer att Försäkringskassans beslut kan överklagas av patienten och av vårdgivaren eftersom dessa får avses vara berörda av beslutet.

Gemensamma bestämmelser om tandvårdsbidrag

2 kap. 2 §

Paragrafen behandlas närmare i avsnitt 6.5. En ny underrubrik läggs in med anledning av att särskilt tandvårdsbidrag införs.

Av bestämmelsen framgår att särskilt tandvårdsbidrag under vissa förutsättningar även kan användas för betalning enligt ett avtal om abonnemangstandvård. Avtalet ska innebära att vårdgivaren under en period av tre år till fast pris ska utföra viss tandvård som patienten behöver. Minimikravet är att avtalet omfattar undersökningar och utredningar, hälsofrämjande insatser, behandling av sjukdoms- och smärttillstånd samt reparativ vård, men avtalet kan även omfatta annan tandvård.

Förutsättningarna för att särskilt tandvårdsbidrag ska få användas för betalning av ett avtal om abonnemangstandvård är

desamma som förutsättningarna för att allmänt tandvårdsbidrag ska få användas för sådan betalning.

2 kap. 3 §

Paragrafen behandlas närmare i avsnitt 6.2 och 6.6.

I *första stycket* lämnas en upplysning om att regeringen, med stöd av sin restkompetens enligt 8 kap. 13 § första stycket 2 regeringsformen, meddelar föreskrifter om det särskilda tandvårdsbidragets storlek. Beloppet avses slås fast i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

I ett nytt *andra stycke* informeras om att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer meddelar föreskrifter om de sjukdomar och funktionshinder som kan berättiga till särskilt tandvårdsbidrag. Avsikten är att regeringen i förordning ska ange vilka sjukdomar och funktionshinder som ska berättiga till särskilt tandvårdsbidrag.

2 kap. 5 §

Paragrafen behandlas närmare i avsnitt 6.8.

I *andra stycket* anges att tandvårdsersättning inte lämnas för tandvårdsåtgärder till den del dessa betalas med särskilt tandvårdsbidrag. Avsikten är att dubbel ersättning för samma åtgärder inte ska kunna utgå. Det särskilda tandvårdsbidraget ska således räknas av från patientens sammanlagda kostnader för ersättningsberättigande åtgärder.

Odontologiska begrepp

Anamnes – patientens beskrivning av sin sjukdom och hur den uppstod.

Avtagbar protetik – tandproteser som patienten själv kan ta ur munnen och sätta tillbaka.

Bastandvård – grundläggande undersökning, enklare förebyggande och reparativ behandling av befintliga tänder, rotbehandlingar, akut-tandvård och viss kirurgi.

Bro- fast sittande protetisk konstruktion för ersättning av tandförlust och som enbart belastar patientens egna tänder alternativt implantat.

Erosion – substansförlust eller defekt uppkommen genom kemisk och/eller mekanisk påverkan.

Fyllning – lagning av hål i en tand, oftast med plastiskt material.

Gingivit – tandköttsinflammation.

Helprotes – avtagbar protes, löständer, som ersätter tänderna i en tandlös käke.

Infektionsfri – munhåla som är fri från karies, tandlossning eller infektioner i käkben eller munslemhinna.

Implantat – skruvar som opereras in i käkbenet och som konstgjorda tänder kan förankras vid.

Intakta tänder – orörda, oskadade tänder.

Karies – hål i tänderna.

Krona – tandkrona, den synliga emaljklädda delen av tanden. En konstgjord tandkrona är vanligen tillverkad av porslin eller porslinsöverdragen metall.

Molar – bakre kindtand, oxeltand.

Parodontit – inflammation i tandens upphängningsapparat med förlust av tandens stödjevådnader, s.k. tandlossningsjukdom.

Partialprotes – partiell protes, löstagbar mindre tandprotes som används när flera tänder saknas.

Plack – den mjuka bakteriebeläggning, som samlas på tänderna vid bristande munhygien och som är en av anledningarna till både tandlossning och karies.

Premolar – främre kindtand, tand nummer 4 och 5, räknat från mitten av tandraden.

Protetik – oral protetik. Den del av odontologin som behandlar problem rörande ersättning av tänder och käkar.

Rehabilitering – återskapande av funktion.

Restaurerande insatser – se reparativ tandvård (återupprätta, återställa).

Reparativ tandvård – lagning och reparation av tänder.

Revision – återbesök, upprepad kontroll.

Tandsten – förkalkat plack, fäster så hårt vid tanden och/eller i tandköttfickan att endast tandvårdspersonal kan avlägsna den. Kan delas upp i salivsten- synlig tandsten, tandsten över tandköttstranden och subgingival tandsten – finns under tandköttstranden.

Källförteckning

Propositionen 2010/11:1 *Budgetproposition för 2011*

Proposition 2007/08:49 *Statligt tandvårdsstöd*

Proposition 2003/04:1 *Budgetproposition för 2004, utgiftsområde 9*

Proposition 1997/98:112 *Reformerat tandvårdsstöd*

Proposition 1984/85:79 *Regeringens proposition med förslag till tandvårdslag m.m.*

Dir. 2010:58 *Inrättande av en ny oberoende granskningsmyndighet med ansvar för uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården*

SOU 2008:127 *Patientens rätt, några förslag för att stärka patientens ställning, Betänkande från utredningen om patientens rätt*

SOU 2007:19 *Friskare tänder – till rimliga kostnader Slutbetänkande av utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna*

SOU 2007:10 *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft, Ansvarskommitténs slutbetänkande*

SOU 2006:71 *Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2 Delbetänkande av utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna*

SOU 2006:27 *Stöd till hälsobefrämjande tandvård Delbetänkande av utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna*

SOU 2003:53 *Dentalmaterialutredningens slutbetänkande, Dentala material och tandhälsa*

SOU 2002:53 *Tandvården till 2010 – slutbetänkande av utredning tandvårdsöversyn 2000*

SOU 1997:154 *Patienten har rätt – Betänkande av Hälso- och sjukvårdsutredningen, HSU 2000*

SOU 1982:50 *Reviderad tandvårdstaxa*

SOU 1998:2 *Tänder hela livet – nytt ersättningsystem för vuxentandvård*

Ds 1997:16 *Tandvårdsförsäkring i omvandling*

Davidson och Norlund (2010) *Hälsoekonomiska aspekter på "Tredje steget i tandvårdsreformen"* Finns tillgänglig hos Socialdepartementet Dnr S2009/2879/HS

EpiWux (2008) *Vuxnas mun – och tandhälsa samt attityder till tandvård. En tvärsnittsstudie i Dalarna 2008 avseende 35-, 50-, 65-, 75- och 85 åringar samt analys av personalresurser inom tandvården Dalarna. Folktandvården, Landstinget Dalarna. ISBN 978-91-633-5839-5*

Försäkringskassan (2010) *Prisutveckling inom tandvården 2008-2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet, Socialförsäkringsrapport 2010:13*

Försäkringskassan (2010) *Analys av besöksfrekvenser för tandvårdsbesök i förebyggande syfte och effekterna av skyddet mot höga kostnader i det tandvårdsstöd som infördes den 1 juli 2008*, Dnr 74853-2008

Försäkringskassan (2010) *Anslagsbelastning och prognos för anslag inom Försäkringskassans ansvarsområde budgetåren 2010-2015*, Dnr 1446-2010

Försäkringskassan (2010) *Försäkringskassans årsredovisning 2009*

Helse- og Omsorgsdepartementet, Norge (2009) *Folketrygdens stönad til dekning av utgifter til tannbehandling, Rundskriv 1-7/2009 B*

Hugoson et al. (2005) *Oral helth of individuals aged 3 -80 years in Jönköping Sweden during 30 years (1973-2003)*, i Review of findings on dental care habits and knowledge of boral health. Swed Dent J 2005;29:125-138

Klinge, Björn (2010) *Munnen Tänder, kropp och själ, Karolinska institutets forskare skriver*, Karolinska Institutet University Press

Landsorganisationen (2004) *Var finns efterfrågan på kommunalt självstyre?*

Moutakis, Mikael (2010) *Patientens pris och efterfrågan på tandvård – en systematisk litteraturöversikt* Finns tillgänglig hos Socialdepartementet Dnr S2009/2879/HS

Nyström, Eva (2009) *Munvårdsutbildning inom hälso- och sjukvårdsutbildningar*, Centrum för äldretandvård, Folktandvården, Västra Götaland

Riksförsäkringsverket (2002) *Förhöjd ersättning – en förmån? En studie om den förhöjda ersättningen inom tandvårdsförsäkringen januari 1999 t.o.m. juni 2001*, RFV Analyserar 2002:8

Socialstyrelsen (2004) *Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård – Meddelandeblad 2004*. Artikelnummer 2004-126-6

Socialstyrelsen (2007), *Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling*

Socialstyrelsen (2009) *Tandvård i särskilda boenden för äldre*. Artikelnummer 2009-126-168

Socialstyrelsen (2009), *Hur kan biverkningar av dentala material följas upp?*

Socialstyrelsen (2010) *Innehåll och kvalitet i tandhälsoregistret Juli 2008-december 2009*

Socialstyrelsen (2010) *Befolkningens tandhälsa 2009 Regeringsuppdrag om tandhälsa, tandvårdsstatistik och det statliga tandvårdsstödet*

Socialstyrelsen (2010) *Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2010 – stöd för styrning och ledning. Preliminär version*

Statens folkhälsoinstitut (2008) *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning 2008:17*

Statens folkhälsoinstitut (2010) *Nationella folkhälsoenkäten 2009*, redovisning av statistiken finns på www.fhi.se

Sveriges Kommuner och landsting (2009) *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling – Uppföljning av 2008 års verksamhet, Dnr 09/3962*

Umeå Universitet och Västerbottens läns landsting (2004) *Tillståndet i mun och käkar bland Västerbottens vuxna befolkning år 2002, Umeå 2004. ISSN 0283-846x*

Widström E, Eaton KA (2004) *Oral Healthcare Systems in the Extended European Union, The National Research and Development for Welfare and Health (Stakes), Helsinki, Finland*

Wårdh I, Nordenram G, Friman G (2009) *En ny folkhälsofråga, äldres munhälsa och tandvård, Karolinska Institutet för Odontologi, Huddinge*

Wårdh I, Nordenram G, Friman G (2009) *Mobil tandvård som vårdmodell, Karolinska Institutet för Odontologi, Huddinge*

Wårdh I, Friman G (2010) *Nationellt internetbaserat nätverk med kunskapsbank inom gerodonti, Karolinska Institutet för Odontologi, Huddinge*

Bilaga 1 Patientgrupper som ska få särskilt tandvårdsbidrag

Inledning

I denna bilaga beskrivs de patientgrupper som enligt arbetsgruppens förslag ska få särskilt tandvårdsbidrag. Utöver en övergripande beskrivning av respektive patientgrupp, beskrivs även orsaken till gruppens ökade tandvårdsbehov samt hur gruppen ska avgränsas och hur ofta underlaget för stödet ska behöva förnyas för respektive grupp. Dessutom beskrivs vilken typ av underlag som bör krävas för att en patient ska vara berättigad till stöd. För samtliga grupper gäller att särskilt tandvårdsbidrag får användas för betalning av förebyggande tandvårdsåtgärder.

Patientgrupperna som föreslås få rätt till särskilt tandvårdsbidrag erhåller inte något extra stöd enligt nuvarande regler med undantag för patienter med Sjögrens syndrom och patienter som genomgått strålbehandling i öron- näs- mun- eller halsregionen. Dessa två grupper får i dagsläget tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. För samtliga grupper har WHO:s internationella sjukdomsklassifikation, ICD10 noterats. ICD 10 är en förkortning för International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems och används i nästan alla länder. Med stöd av ICD10 framgår avgränsningen av grupperna.

1. Muntorrhet på grund av långvarig läkemedelsbehandling

Beskrivning av gruppen

Ett stort antal läkemedel har muntorrhet som biverkning. Medicinering som leder till muntorrhet kan bland annat ses hos patienter med psykisk sjukdom, astma och Parkinsons sjukdom. Patienter som står på flera läkemedel, även om inte det enskilda läkemedlet ger muntorrhet, kan genom en adderande effekt av samtliga läkemedel bli muntorra. Även om läkemedlet har muntorrhet som biverkning är det dock inte säkert att patienten blir muntorr. Muntorrheten måste därför bekräftas med ett salivprov.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Medicinering som orsakar muntorrhet leder till en ökad kariesrisk. Det krävs i allmänhet långvarig medicinering innan sådan muntorrhet som påverkar tandhälsan uppkommer.

Avgränsning av gruppen

För att patienten ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag krävs ett utdrag från läkemedelsregistret, en så kallad läkemedelslista, eller ett läkarintyg. Utdraget från läkemedelsregistret har varje enskild person rätt att hämta från apoteket utan avgift och där framgår uttag av läkemedel senaste åren. Det blir därför enklare och billigare för patienten att skaffa ett utdrag från läkemedelsregistret än att få ett läkarintyg, vilket både kostar pengar och kräver att tid bokas hos ansvarig läkare. För att bekräfta att det finns en muntorrhet ska även ett salivprov utföras.

En patient anses vara muntorr när sekretionshastigheten i tuggstimulerad saliv understiger eller är lika med 0,7 ml per minut i 5 minuter och när vilosaliven understiger eller är lika med 1,5 ml för en mätperiod om 15 minuter, dvs. 0,1 ml per minut.

Förnyelse av underlaget

Underlaget i form av läkemedelslista eller läkarintyg och salivprov ska kunna ligga till grund för stöd under tre år. Därefter behövs nytt underlag för att stödet ska utgå.

Referenser

Att förebygga karies. SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering. Rapport nr 161.

2. Strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen**Beskrivning av gruppen**

Strålbehandling mot tumörer i öron-, näs-, mun- eller halsregionen ger sidoeffekter på munslemhinnan, käkben, spottkörtlar, tänder och parodontium (tändernas stödjevävnad). Sidoeffekterna varierar med till exempel stråldos, strålkvalitet och patientens individuella motståndskraft. Strålbehandlade patienters orala problem är livslånga bland annat genom försämrad kärlförsörjning. Muntorrhet är en mycket vanlig följd av strålbehandlingen. Den tekniska och medicinska utvecklingen har gjort att strålfältet kan avgränsas mot tumören och att stråldosen kan anpassas. Detta har resulterat i att de negativa sidoeffekterna har minskat.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Nedsatt salivproduktion beroende på strålbehandling mot ansiktsregionen leder till en ökad risk för karies.

Avgränsning av gruppen

För att patienten ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag ska remiss eller intyg styrka att patienten genomgått strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen. Dessutom behöver tandvården göra ett salivprov som bekräftar muntorrheten.

Avgränsning mot tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift

Inför och under den tidsperiod då en patient genomgår strålbehandling mot öron-, näs-, mun- eller halsregionen kan patienten få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Efter genomgången strålbehandling kan patienten få till tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift om strålbehandlingen har gett upphov till ett orofacialt funktionshinder som kraftigt nedsatt gapförmåga eller strikturer. Patienter som inte drabbas av sådana orofaciala funktionshinder kan istället få särskilt tandvårdsbidrag. Man kan dock inte få stöd i form av särskilt tandvårdsbidrag och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift för samma tandvårdsåtgärder.

Förnyelse av underlaget

Underlaget för stödet behöver inte förnyas.

Referenser

Att förebygga karies. SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering. Rapport nr 161.

3. Sjögrens syndrom**Beskrivning av gruppen**

Sjögrens syndrom är en kronisk, reumatisk, autoimmun sjukdom med okänd sjukdomsorsak. Sjukdomen engagerar framförallt kroppens exokrina körtlar, bland annat tårkörtlar och salivkörtlar, vilket resulterar i torra ögon och muntorrhet.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Nedsatt salivproduktion leder till en ökad risk för karies.

Avgränsning av gruppen – ICD10 M35

För att patienten ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag krävs ett läkarintyg av vilket framgår att patienten diagnostiserats med primärt eller sekundärt Sjögrens syndrom enligt de

Amerikanska-Europeiska kriterierna. Dessa kriterier ser ut på följande sätt.

- I. Ögonsymptom
- II. Munsymptom
- III. Tecken på ögontorrhet
- IV. Histopatologi
- V. Tecken på muntorrhet
- VI. Autoantikroppar

Primärt Sjögrens syndrom:

- 4 av 6 kriterier positiva under förutsättning att kriterium IV (histopatologi) eller kriterium VI (autoantikroppar) ingår eller
- 3 av 4 objektiva kriterier positiva (III, IV, V, VI)

Sekundärt Sjögrens syndrom:

Inflammatorisk reumatisk sjukdom och kriterium I eller II samt 2 av kriterierna III, IV, V.

Avgränsning mot tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift

Patienter med sekundärt Sjögrens syndrom kan, då sjukdomen är av så allvarlig karaktär att det föreligger stora svårigheter för patienten att klara sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling, få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Man kan dock inte få stöd i form av särskilt tandvårdsbidrag och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift för samma tandvårdsåtgärder.

Förnyelse av underlaget

Underlaget för stödet behöver inte förnyas.

Referenser

Hälso- och sjukvårdsrapport 2005.

Reuma-registret - Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

4. Kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL

Beskrivning av gruppen

KOL är en oftast progredierande destruktiv luftflödesbegränsning. Tillståndet är irreversibelt och kroniskt. Sjukdomen ger andnöd vid ansträngning. Symptomen kommer smygande varför KOL inte upptäcks förrän i ett sent skede. Andningsansträngningarna är mycket energikrävande och det är vanligt med kraftig avmagring. Många patienter med KOL kräver konstant syrgastillförsel med hjälp av en så kallad grimma.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Patienter med KOL ordinerar normalt medicinering med bronkdilaterande medel och antihistaminpreparat vilka kan ge muntorrhet och därmed ökad risk för karies. Kariesrisken vid KOL är ytterligare ökad till följd av ogynnsamt kostintag. Riktigt sjuka patienter orkar inte äta fulla måltider. I stället ordinerar patienterna näringsdrycker som ofta intas frekvent. Näringsdrycker ger en hög exponering av kolhydrater vilket är en stor riskfaktor för munhälsan.

Avgränsning av gruppen – ICD10 J44

För att patienten ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag ska patienten ha diagnosen KOL med sådan svårighetsgrad att syrgastillförsel eller ordination av näringsdryck behövs. Det är vid avancerad KOL som det ökade tandvårdsbehovet uppstår. Detta ska styrkas med ett läkarintyg.

Förnyelse av underlaget

Underlaget för stödet behöver inte förnyas.

Referenser

Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Behandling av astma och KOL. En systematisk kunskaps-sammanställning. Stockholm: SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2000, Rapport nummer 151.

5. Cystisk fibros

Beskrivning av gruppen

Cystisk fibros är en ärftlig sjukdom som innebär att de slemproducerande körtlarna i kroppen inte fungerar som de ska. De utsöndrar ett alltför segt slem som framförallt påverkar lungorna och mag-tarmkanalen med andningsbesvär, infektioner i lungorna och svårighet att tillgodogöra sig maten som följd.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Patienter med Cystisk fibros ordineras normalt medicinering med bronkdilaterande medel vilka kan ge muntorrhet och därmed ökad risk för karies. Riktigt sjuka patienter orkar inte äta fulla måltider. I stället ordineras patienterna näringsdrycker som ofta intas frekvent. Patienter som behandlas med näringsdryck utsätts för en hög exponering av kolhydrater vilket är en stor riskfaktor för munhälsan. De täta måltiderna ökar ytterligare kariesrisken.

Avgränsning av gruppen – ICD10 E84

För att patienten ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag ska patienten ha diagnosen Cystisk fibros. Diagnosen ska styrkas med ett läkarintyg.

Förnyelse av underlaget

Underlaget för stödet behöver inte förnyas.

Referenser

www.socialstyrelsen.se ovanliga diagnoser

6. Ulcerös colit

Beskrivning av gruppen

Ulcerös colit är en kronisk inflammatorisk tarmsjukdom. Symptomen är diarréer, trötthet och avmagring. Ulcerös colit drabbar alltid ändtarmen och ofta också grovtarmen. Inflammationen finns i slemhinnan och ger ofta upphov till sårbildningar.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Dietistråd till patienten är att äta ofta och lite samt att äta kolhydratrikt. Ofta ordineras patienterna näringsdrycker. Näringsdrycker ger en hög exponering av kolhydrater vilket är en stor riskfaktor för munhälsan genom en ökad risk för kariesskador. Muntorrhet på grund av uttorkning är vanligt vid kroniska diarréer.

Avgränsning av gruppen – ICD10 K51

För att patienten ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag ska patienten ha diagnosen Ulcerös colit. Diagnosen ska styrkas med ett läkarintyg.

Förnyelse av underlaget

Underlaget för stödet behöver inte förnyas.

Referenser

www.socialstyrelsen.se Sjukskrivning vid Ulcerös colit, Crohns sjukdom, icke – infektiös inflammation.

www.socialstyrelsen.se Matsmältningsorganens sjukdomar
Läkemedelsboken 2007-2008. Apoteket.

7. Crohns sjukdom

Beskrivning av gruppen

Crohns sjukdom är en kronisk inflammatorisk tarmsjukdom. Symptomen är diarréer, trötthet och avmagring. Crohns sjuk-

dom kan drabba vilken del av tarmen som helst, men den vanligaste lokaliseringen är tunntarmens nedre del. Följderna av sjukdomen varierar starkt bland annat beroende på vilken del av tarmen som är förändrad.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Dietistråd till patienten är att äta ofta och lite samt att äta kolhydratrikt. Ofta ordineras patienterna näringsdrycker. Näringsdrycker ger en hög exponering av kolhydrater vilket är en stor riskfaktor för munhälsan genom en ökad risk för kariesskador. Muntorrhet på grund av uttorkning är vanligt vid kroniska diarréer.

Avgränsning av gruppen – ICD10 K50

För att patienten ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag ska patienten ha diagnosen Crohns sjukdom. Diagnosen ska styrkas med ett läkarintyg.

Förnyelse av underlaget

Underlaget för stödet behöver inte förnyas.

Referenser

www.socialstyrelsen.se Sjukskrivning vid ulcerös colit, crohns sjukdom, icke infektiös inflammation.

www.socialstyrelsen.se Matsmältningsorganens sjukdomar Läkemedelsboken 2007-2008. Apoteket.

8. Tarmsvikt

Beskrivning av gruppen

Personer med tarmsvikt (Intestinal Failure) är en patientgrupp med kroniska funktionshinder i tarmarna vilka medför problem att uppta näring, salt och vatten från tarmarna. Diagnosen tarmsvikt får patienterna när de för att upprätthålla sin hälsa behöver tillskott i form av näringsdrycker och vätska, i kom-

ination med en strikt diet innebärande många små kolhydratrika men fettfattiga måltider. Diagnostiskt kriterium för tarmsvikt är när en person behöver extra vätska för att inte torka ut och extra näringstillskott för att klara energi och näringsbehovet. Tillskott av extra näring och vätska får ofta ges via sond eller intravenöst dropp.

Det finns olika sjukdomstillstånd som kan vara förenade med tarmsvikt. I huvudsak är orsaken sjukdomstillstånd som korttarmsyndrom, sjukdomstillstånd i tarmvägg, motilitetsstörningar såsom intestinal pseudodestruktion samt enterokutana fistlar med förlust av tarminnehåll.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Patienter med tarmsvikt har kostrestriktioner innebärande många måltider med fettreducerad, ofta kolhydratrik kost. Täta kolhydratrika mål innebär en ökad kariesrisk. Denna grupp patienter får ofta läkemedel såsom smärtstillande morfinpreparat vilka ger muntorrhet. Muntorrhet kan medföra en ökad risk för kariessjukdom.

Avgränsning av gruppen – ICD10 K91.8

För att patienten ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag ska patienten ha diagnosen tarmsvikt. Diagnosen ska säkerställas genom läkarintyg.

Förnyelse av underlaget

Underlaget för stödet behöver inte förnyas.

Referenser

Referenser: Nätverksgrupp för tarmsvikt, Riksförbundet för Mag och tarmsjuka, Svensk Gastroenterologisk förening

9. Frätskador på grund av ätstörning

Beskrivning av gruppen

Anorexia nervosa uttrycker sig som aversion mot mat som leder till allvarlig viktförlust. Bulimia nervosa uttrycker sig som okontrollerad hetsätning med kompensatoriska kräkningar. Det börjar ofta med bantning som övergår i hetsätning. Därefter kommer illamående, skuld känslor och självförakt som följs av provocerande kräkningar. Blandformer av sjukdomarna är vanliga.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

En sjukdomsbild med dagliga kräkningar eller sura uppstötningar under en längre tid kan ge frätskador (erosiva skador) av olika grad. I svåra fall kan samtliga tänder vara frätskadade med utslätade tuggytor och ett sänkt bett som följd. Situationen i munnen kompliceras ofta av nedsatt salivsekretion till följd av sjukdom och/eller läkemedelsbehandling. Ibland sker även ett frekvent intag av sura produkter samt småätande vilket ytterligare ökar kariesrisken.

Avgränsning av gruppen – ICD 10 F50

För att ha rätt till stödet ska det finnas en läkardiagnosticerad ätstörning samt frätskador. Ätstörningen ska styrkas med ett läkarintyg. Frätskadorna kan bedömas av tandvården.

Avgränsning mot tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift

Patienter som är medicinskt rehabiliterade från ätstörningen kan få rehabilitering av bettet till hälso- och sjukvårdsavgift. Man kan dock inte få stöd i form av särskilt tandvårdsbidrag och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift för samma tandvårdsåtgärder.

Förnyelse av underlaget

Underlaget bör kunna ligga till grund för särskilt tandvårdsbidrag i tre år. Därefter behövs nytt underlag för att stödet ska utgå.

Referenser

Nationellt register för ätstörningsbehandling

10. Frätskador på grund av refluxsjukdom

Beskrivning av gruppen

När magsyra kommer upp i matstrupen kallas det reflux. Hos de flesta orsakas detta av dålig funktion i den övre magmunnen. Personer med gastroesofageal refluxsjukdom har sura uppstötningar (reflux) flera gånger dagligen och är i allmänhet allvarligt besvärade av detta. De sura uppstötningarna kan debutera samtidigt med viktnedgång, sväljningssvårigheter och kräkningar. Behandlingen är läkemedel för att lindra besvären, kombinerat med livsstilsförändringar som viktminskning och förändrade matvanor. Större mellangärdesbräck kan behöva opereras.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

En sjukdomsbild med dagliga kräkningar eller sura uppstötningar under en längre tid kan ge frätskador (erosiva skador) av olika grad. I svåra fall kan samtliga tänder vara frätskadade med utslätade tuggytter och ett sänkt bett som följd. Situationen i munnen kompliceras ofta av nedsatt salivsekretion till följd av sjukdomen och läkemedelsbehandling.

Avgränsning av gruppen – ICD10 K21

För att ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag ska det finnas en läkardiagnosticerad gastroesofageal refluxsjukdom samt frättskador. Refluxsjukdomen ska styrkas med ett läkarintyg. Frättskadorna kan bedömas av tandvården.

Avgränsning mot tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift

Patienter som är medicinskt rehabiliterade från den gastroesofageala refluxsjukdomen kan få rehabilitering av betet till hälso- och sjukvårdsavgift. Man kan dock inte få stöd i form av särskilt tandvårdsbidrag och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift för samma tandvårdsåtgärder.

Förnyelse av underlaget

Underlaget bör kunna ligga till grund för särskilt tandvårdsbidrag i tre år. Därefter behövs nytt underlag för att stödet ska utgå.

Referenser

www.socialstyrelsen.se gastroesofagal reflux.

11. Svårinställd diabetes

Beskrivning av gruppen

Diabetes är ett samlingsnamn för kronisk ämnesomsättningsjukdom med hög blodsockerkoncentration vilken beror på bristande balans mellan hormonet insulin och en sockerart (glucos). Diabetes förekommer i två huvudformer, typ 1 och typ 2. Typ 1-diabetes beror på kraftigt reducerad eller helt upphörd insulinproduktion i bukspottkörteln.

Typ 2- diabetes debuterar vanligen efter 30 års ålder och utgör 85 procent av alla diabetesfall. Denna form kallas ibland för ålderdiabetes. Det övergripande målet för behandling av all diabetes är att förhindra akuta och sena komplikationer. Studier rörande både typ 1- och typ 2-diabetes har visat att god kontroll på att blodsockernivån inte är för hög minskar risken för ögon-, njur-, och nervskador, samt för hjärtinfarkt, stroke och perifer kärlinsufficiens. Dessa sena komplikationer har minskat tack vare bättre behandling med bland annat kontroll av medelblodsockernivån (medelglukosnivån).

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Svårinställd diabetes innebär en mångårig dåligt kontrollerad diabetes med höga blodsockernivåer. Det är i dag visat att en långsiktig god kontroll av blodglukos, högt blodtryck, högt kolesterolvärde och rökstopp minskar risken för diabetiskomplicationer. De nya nationella diabetesriktlinjerna slår fast att diabetispatienter har behov av förebyggande tandvård mot parodontit och karies. Om det finns kvarstående infektioner i munhålan (manifesta odontogena infektioner), tycks insulininställningen försvåras. På grund av sämre genomblödning i slemhinnorna i munnen ökar den orala infektionskänsligheten, vilket resulterar i såväl atypiska som mer vanligt förekommande infektioner i munhålan. Tandlossning (parodontit) är vanligare hos personer med diabetes och även om det vetenskapliga underlaget är svagt så finns konsensusuttalande om att risken för parodontit ökar vid svårinställd diabetes. Gingivit och fördjupade tandköttsfickor kan avancera snabbare.

Avgränsning av gruppen – ICD10 E10 – E14

Det finns studier som visar på relationen mellan diabetes och parodontit. Däremot finns lite evidensbaserad forskning för att definiera svårinställd diabetes. Högt blodsocker orsakar diabetiskomplicationer som njurskador, nervskador, skador i ögonbotten eller svårläkta fotsår. Blodsockernivån mäts med HbA1c. HbA1c är den viktigaste mätaren av långsiktig blodsockernivå. Det är ett mått på medelblodsockernivån under de närmast föregående 6–8 veckorna. Ett högt värde på HbA1c kan vara en signal om att patienten har en svårinställd diabetes. Arbetsgruppen föreslår att patienten ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag vid ett genomsnitt av tre påföljande värden på HbA1c över 8 procent. Behandlingsmål för HbA1c utformas individuellt men bör ligga under 6 procent. HbA1c nivån ska styrkas med läkarintyg.

Förnyelse av underlaget

Underlaget bör kunna ligga till grund för särskilt tandvårdsbidrag i tre år. Därefter behövs nytt underlag för att stödet ska utgå.

Referenser

Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010. Socialstyrelsen
Nationella Kvalitetsregistret för Diabetes <https://www.ndr.nu>
www.socialstyrel.se/diabetes

12. Dialysbehandling**Beskrivning av gruppen**

Kronisk njursvikt är ett toxiskt syndrom orsakat av en irreversibel förlust av njurarnas förmåga att filtrera blodet från slaggprodukter och reglera kroppens vätske- och mineralbalans. Om njurfunktionen reduceras till 5 procent sätts dialysbehandling in.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Kronisk njursvikt ger ändrade smakupplevelser, törst och muntorrhet. Den kraftiga behandlingen med urindrivande medel ökar muntorrheten ytterligare och därmed kariesrisken. Patienter med kronisk njursvikt måste äta en proteinfattig kost vilket ofta innebär att patienten behöver ett ökat kolhydratintag och tätare mellanmål. Detta ökar ytterligare risken för karies.

Avgränsning av gruppen ICD10 N17 – N19

För att patienten ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag ska läkarintyg styrka att patienten går på dialysbehandling.

Avgränsning mot tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift

Patienter som går på dialysbehandling och som står på transplantationskö får den tandbehandling som krävs för att vara infektionsfri till hälso- och sjukvårdsavgift. Man kan dock inte få

både särskilt tandvårdsbidrag och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift för samma tandvårdsåtgärder.

Förnyelse av underlaget

Underlaget bör kunna ligga till grund för särskilt tandvårdsbidrag i tre år. Därefter behövs nytt underlag för att stödet ska utgå.

Referenser

Svenskt register för aktiv uremivård 1991-2000
Hälso- och sjukvårdsrapport 2005. Socialstyrelsen.

13. Immunosuppression på grund av läkemedelsbehandling

Beskrivning av gruppen

Immunosuppression innebär att patienten har ett så allvarligt nedsatt infektionsförsvar att även banala infektioner kan ge livshotande sjukdomssymptom. Tillståndet kan t.ex. vara orsakat av medicinering vid allvarlig blodsjukdom eller ingå som led i en medicinsk behandling.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Medicineringen kan leda till en ökad infektionskänslighet och muntorrhet. Viss medicinering kan ge upphov till gingivalhyperplasier (vävnadsökning i tandköttet). Det finns visst stöd i litteraturen att immunosuppression innebär en ökad risk för parodontit.

Avgränsning av gruppen

För att patienten ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag ska läkarintyg styrka att patienten är immunosupprimerad på grund av läkemedelsbehandling. De läkemedelsgrupper som avses är ATC grupp L01, cytostatika och cytotoxiska läkemedel samt ATC grupp L04, immunosuppressiva läkemedel.

Förnyelse av underlaget

Underlaget bör kunna ligga till grund för särskilt tandvårdsbidrag i tre år. Därefter behövs nytt underlag för att stödet ska utgå.

Referenser

Hälsa- och sjukvårdsrapport 2005. Socialstyrelsen
Vårdkatalog 2002-2003. Högspecialiserad vård av rikskaraktär. Socialstyrelsen.

14. Organtransplantation**Beskrivning av gruppen**

Efter en organtransplantation ställs patienten på livslång medicinering med läkemedel som ska förhindra att kroppen stöter bort det transplanterade organet. Detta innebär att patienten blir immunosupprimerad. Till en början står patienten på höga doser av avstötningshämmande medicinering. Medicineringen minskar successivt men avslutas aldrig helt.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Medicineringen kan leda till en ökad infektionskänslighet och muntorrhet. Viss medicinering kan ge upphov till gingivalhyperplasier (vävnadsökning i tandköttet).

Avgränsning av gruppen. – ICD10 Z94

För att patienten ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag ska läkarintyg styrka att patienten är organtransplanterad.

Förnyelse av underlaget

Underlaget för stödet behöver inte förnyas.

Referenser

Hälsa- och sjukvårdsrapport 2005. Socialstyrelsen

Vårdkatalog 2002-2003. Högspecialiserad vård av rikskaraktär. Socialstyrelsen.

15. Kronisk destruktiv parodontit

Beskrivning av gruppen

kronisk destruktiv parodontit är en infektionssjukdom, som leder till inflammation i tandens stödjevåvnader och vidare till förlust av tandfäste och omgivande ben. Symptomen vid parodontit är tandköttsinflammation, fördjupade fickor runt tänderna, tandkött som drar sig tillbaka, benförlust runt tänderna som i sin tur leder till att tänderna förlorar sitt fäste och blir rörliga.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Såväl prevention som behandling vid kronisk destruktiv parodontit syftar till att minska bakteriernas mängd och deras sjukdomsframkallande förmåga. Behandlingen av kronisk destruktiv parodontit kan stoppa fortsatt vävnadsförlust. Det finns studier som tyder på att kronisk destruktiv parodontit kan medföra en risk för patienten att utveckla andra sjukdomar vars sjukdomsorsak kan ha samband med ospecifik infektion. Kronisk destruktiv parodontit kan innebära ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar, diabetes mellitus, astma eller reumatoid artrit.

Avgränsning av gruppen – ICD10 K05.3

Arbetsgruppen föreslår att för att stödet ska kunna utgå ska tandvården ha bedömt att patienten uppfyller något av följande kriterier:

- Vid diagnosen aggressiv parodontit enl AAP's definition 1999 (American Academy of Periodontology).
- Vid diagnosen generell kronisk parodontit där mer än 50 % av tänderna uppvisar en fästeförlust på mer än 1/3 av rotlängden och att det i bettet kvarstår mer än

25 procent tandköttsfickor 5 mm eller djupare och med blödning vid sondering efter inledande behandling hos tandläkare eller tandhygienist.

Behandlingen ska för att omfattas av särskilt stöd utföras av specialist i parodontologi eller i samverkan med sådan specialist. Detta innebär att patienten normalt har genomgått noggrann munhygienundervisning, diagnostik och sedvanlig mekanisk borttagning av tandsten och mjuka beläggningar (depuration) hos tandläkare eller tandhygienist och uppvisar kvarstående sjukdom.

Förnyelse av underlaget

Underlaget bör kunna ligga till grund för särskilt tandvårdsbidrag i tre år. Därefter behövs nytt underlag för att stödet ska utgå.

Referenser

Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling.
SBU rapport 169 – 2004

16. Periimplantit

Beskrivning av gruppen

Periimplantit är en kronisk vävnadsdestruerande inflammation runt tandimplantat. Det saknas tillförlitlig kunskap hur man bäst upprätthåller friska vävnader runt tandimplantat och vilken behandling som är bäst i de fall som vävnaderna runt implantaten drabbas av infektioner.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Såväl prevention som behandling vid periimplantit syftar till att minska bakteriernas mängd och deras sjukdomsframkallande förmåga. Behandlingen av periimplantit kan stoppa fortsatt vävnadsförlust. Liksom vid kronisk destruktiv parodontit kan periimplantit leda till en risk för patienten att utveckla andra sjukdomar vars sjukdomsorsak kan ha samband med ospecifik infektion.

Avgränsning av gruppen

Arbetsgruppen föreslår att stödet ska utgå vid följande bas-kriterier:

Vid ett eller flera implantat med en på röntgen påvisbar destruktion på mer än 3 mm som samtidigt uppvisar blödning eller pus vid sonering (klarar tecken på inflammation och/eller infektion).

Behandlingen ska för att omfattas av särskilt stöd utföras av specialist i parodontologi eller i samverkan med sådan specialist. Detta innebär att patienten normalt har genomgått noggrann munhygienundervisning och diagnostik hos tandläkare eller tandhygienist.

Förnyelse av underlaget

Underlaget bör kunna ligga till grund för särskilt tandvårdsbidrag i tre år. Därefter behövs nytt underlag för att stödet ska utgå.

Referenser

Prevalence of Peri-Implantitis Related to Severity of the Disease With Different Degrees of Bone Loss. Odd Carsten Koldsland, Anne Aamdal Scheie and Anne Merete Aass.

Indikationer för dentala implantat, Socialstyrelsen artikelnummer 2003-110-13

Bilaga 2 Patientgrupper som ska få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift

Inledning

I denna bilaga beskrivs de nya patientgrupper som enligt arbetsgruppens förslag ska få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Vidare beskrivs de tandvårdsåtgärder för vilka arbetsgruppen föreslår att stöd ska utgå. Utöver beskrivningen av de nya patientgrupper som föreslås få stöd finns en sammanfattning av de patientgrupper som enligt dagens bestämmelser får sin tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Arbetsgruppen lämnar för dessa grupper vissa förslag på hur Socialstyrelsens kommande föreskrifter angående dessa grupper skulle kunna utformas. En jämförelse görs då med den vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd som Socialstyrelsen har tagit fram. De befintliga grupperna är grupper som får tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, nödvändig tandvård eller tandvård i form av viss oralkirurgi. För samtliga grupper har WHO:s internationella sjukdomsklassifikation, ICD10 noterats. ICD 10 är en förkortning för International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems och används i nästan alla länder. Med stöd av ICD10 framgår avgränsningen av grupperna.

I Nya grupper som föreslås få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift vid långvarig sjukdom eller funktionshinder (grupp 1-11)

1. Svårt psykiskt funktionshinder

Beskrivning av sjukdomen

Patienter med psykiska funktionshinder har olika svårighetsgrad av kognitiva funktionshinder som en del av symptomen. Ett kognitivt funktionshinder innebär bland annat koncentrationsproblem, problem att komma ihåg dagliga rutiner, problem att komma ihåg överenskomna tider, initiativlöshet och apati. Schizofreni och andra psykossjukdomar, bipolära sjukdomar och depressionssjukdomar, generaliserade ångestsyndrom (GAD) samt övriga ångestsjukdomar, paranoida sjukdomstillstånd, emotionella personlighetsstörningar, hjärnskador orsakade av missbruk är exempel på tillstånd där kognitiva problem påverkar den dagliga livsföringen

Vid schizofreni och andra psykossjukdomar är verklighetsuppfattningen störd och därför får de flesta redan idag tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift enligt bestämmelserna om nödvändig tandvård. Ångestsyndromen har gemensamt en irrationell rädsla för vardagssituationer. Vid paranoida sjukdomstillstånd och emotionella personlighetsstörningar är ibland den kognitiva förmågan så påverkad att man har svårt klara av vardagssituationer. Det kognitiva funktionshindret vid psykisk sjukdom leder ofta till svårigheter att upprätthålla daglig munvård samt att upprätthålla kontakter med tandvården.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Patienter med psykiskt funktionshinder har ökad risk för skador på tänder av flera orsaker, där medicinering som ger muntorrhet

är en. Den kognitiva funktionsnedsättningen medför att patienten har problem att planera vardagen innebärande svårigheter komma ihåg och planera tandläkarbesök och följa givna råd samt svårigheter att klara bra kosthållning med regelbundna måltider. Sammantaget medför dessa faktorer ett tandvårdsbehov där inte enbart förebyggande åtgärder är tillräckliga.

Avgränsning av gruppen- ICD10 F00 – F99

För att bedöma omfattningen av den psykiska funktionsnedsättningen kan användande av Global funktionsskala (GAF) som beskriver psykologisk, social och arbetsmässig funktionsförmåga vara vägledande. GAF är en skala från 1–100, där 100 betyder ingen funktionsförmåga alls och 1 är utan symptom, ett värde på 40–50 betyder att personen har stora kognitiva funktionshinder. Även andra funktionsskalor används inom svensk psykiatri.

Enbart ett visst värde på GAF eller motsvarande bedömningskala ensamt räcker inte för att tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift ska kunna utgå utan det behövs även en samlad bedömning av individens funktionsförmåga och bedömning av ADL (Allmän daglig livsföring) så att stödet endast utgår till patienter med svåra bestående psykiska funktionsnedsättningar.

Åtgärder som omfattas

Tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift är undersökning, riskbedömning, hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, sjukdomsbehandlande, reparativa, kirurgiska, bettfysiologiska åtgärder, rotbehandling samt avtagbar protetik.

Referenser

www.socialstyrelsen.se Psykisk sjukdom

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom
Hälso- och sjukvårdsrapport 2005

2. Parkinsons sjukdom

Beskrivning av sjukdomen

Parkinsons sjukdom är en neurologisk sjukdom med motoriska störningar. Sjukdomen kännetecknas av skakningar och stelhet. Stelheten uppkommer framförallt vid vila och går över vid viljemässig rörelse. Skakningarna ökar ofta vid affekt. Mimiken blir sparsam och rösten entonig. Affektiva störningar, främst depression, är relativt vanliga vid sjukdomen. Sväljningsautomatiken kan vara störd vilket yttrar sig som hypersalivation eftersom saliven inte kan sväljas undan. Sjukdomen kan successivt utvecklas till ett invalidiserande handikapp.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Allteftersom sjukdomen progredierar måste läkemedelsdosen ökas, vilket bidrar till mer biverkningar såsom ökad muntorrhet. Patientens motoriska svårigheter gör det svårt med egenvården och även svårt att få tandvård utförd. Muntorrheten orsakad av läkemedelsbehandlingen i kombination med patientens stelhet och skakningar ger en ökad kariesrisk. Den nedsatta mimiken i kombination med muntorrhet gör att mat ofta ligger kvar i munnen eftersom förmågan att transportera bort maten går förlorad. Detta förvärrar ytterligare kariessituationen.

Avgränsning av gruppen – ICD10 G20

Arbetsgruppens förslag är att sjukdomen ska vara av så allvarlig karaktär att patienten har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling. Det behövs en

samlad bedömning av individens funktionsförmåga och bedömning av ADL (Allmän daglig livsföring) så att stödet utgår till patienter med svårast bestående funktionsnedsättning.

Åtgärder som omfattas

Tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift är undersökning, riskbedömning, hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, sjukdomsbehandlande, reparativa, kirurgiska bettfysiologiska åtgärder, rotbehandling samt avtagbar protetik.

Referenser

Svenska riktlinjer för utredning och behandling av Parkinsons sjukdom.

www.socialstyrelsen.se Sjukskrivning vid Parkinsons sjukdom.

Tvillingstudie om Parkinsons sjukdom

3. Multipel skleros (MS)

Beskrivning av sjukdomen

MS är en kronisk sjukdom. Skadorna fortskrider i hjärna och ryggmärg. Symptomen är mycket varierande beroende på skadornas lokalisering och svårighetsgrad. I det tidiga förloppet brukar sjukdomsskoven följas av remissioner medan sjukdomens senare skede ofta präglas av långsamt progredierande symptom. Sjukdomen kan utvecklas successivt till ett invalidiserande handikapp.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Vid MS kan munhygien försvåras både genom patientens neurologiska som motoriska problem. Skakningar och muskel-dysfunktioner kan ge svårigheter vid tandbehandling. Patienten kan ha oklara neurologiska smärttillstånd som är förlagda till munhåla, tänder eller käkleder som kan komplicera diagnostiken.

Avgränsning av gruppen – ICD10 G35

Arbetsgruppens förslag är att sjukdomen ska vara av så allvarlig karaktär att det föreligger stora problem för patienten att klara sin munhygien eller att få sin tandvård utförd. Det behövs en samlad bedömning av individens funktionsförmåga och bedömning av ADL (Allmän daglig livsföring) så att stödet utgår till patienter med svårast bestående funktionsnedsättning.

Åtgärder som omfattas

Tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift är undersökning, riskbedömning, hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, sjukdomsbehandlande, reparativa, kirurgiska bettfysiologiska åtgärder, rotbehandling samt avtagbar protetik.

Referenser

Svenska MS Sällskapet. Metodboken. www.mssallskapet.se
www.socialstyrelsen.se sjukskrivning vid Multipel Skleros
SMSreg- Svenska Multipel Skleros Registret

4. Cerebral pares (CP)

Beskrivning av sjukdomen

Cerebral pares är egentligen inte en enhetlig sjukdom utan ett samlingsnamn för en rad olika symptom som är följdtilstånd efter skador eller utvecklingsstörningar i hjärnan under foster- eller spädbarnsstadiet. Symptomen utgörs av motoriska störningar av olika svårighetsgrad, som tar sig olika uttryck beroende på skadans art, lokalisation och tidpunkt.

De mest dominerande symptomen är spasticitet, det vill säga förhöjd muskeltonus, dyskinesi, som innebär ofrivilliga vridande kroppsrörelse med påverkat tal (atetos) och ataxi, som innebär nedsatt balans och svårigheter att samordna muskelrörelser. Det är inte heller ovanligt med någon form av perceptionsstörning. Denna kan innebära svårigheter att koordinera öga och hand, göra olika saker samtidigt eller svårigheter att uppfatta sin omgivning.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Många patienter har stora motoriska svårigheter och har därför svårt med munhygien. Genom avvikande muskeltonus orofacialt kan bettutvecklingen bli störd med felställningar och malokklusion som följd. Uttalat slitage av tänderna är vanligt.

Avgränsning av gruppen - ICD10 G80

Arbetsgruppens förslag är att funktionshindret ska vara av så allvarlig karaktär att det föreligger stora problem för patienten att klara sin munhygien och att få sin tandvård utförd. Det behövs en samlad bedömning av individens funktionsförmåga och bedömning av ADL (Allmän daglig livsföring) så att stödet utgår till patienter med svårast bestående funktionsnedsättning.

Åtgärder som omfattas

Tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift är undersökning, riskbedömning, hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, sjukdomsbehandlande, reparativa, kirurgiska bettfysiologiska åtgärder, rotbehandling samt avtagbar protetik och oralmotorisk behandling.

Referenser:

[www.socialstyrelsen.se cerebral pares](http://www.socialstyrelsen.se/cerebral pares)

5. Reumatoid artrit (RA)

Beskrivning av sjukdomen

RA, ledgångsreumatism, är en inflammatorisk ledsjukdom. Leddestruktionen som ofta debuterar i småleder, kan resultera i betydande funktionshinder och handikapp. Sjukdomen går i skov och patienterna försämras ofta vid infektion, belastning och kyla. Målet med behandlingen är att dämpa inflammation och smärta för att förebygga leddestruktion.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Smärta, stelhet och leddestruktion med felställningar, gör att patienterna ofta har problem att greppa, vilket medför svårigheter att sköta munhygienen. Den farmakologiska behandlingen kan ge biverkningar som t.ex. försämrad sårhäkning. Även käkleden kan bli skadad. Inflammation i käkleden kan medföra smärta och nedsatt rörelse/gapförmåga. Bettavvikelsen kan leda till ökat behov av bettfysiologisk behandling.

Avgränsning av gruppen – ICD10 M05 – M06

Arbetsgruppens förslag är att sjukdomen ska vara av så allvarlig karaktär att det föreligger stora svårigheter för patienten att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling. Det behövs en samlad bedömning av individens funktionsförmåga och bedömning av ADL (Allmän daglig livsföring) så att stödet utgår till patienter med svårast bestående funktionsnedsättning.

Åtgärder som omfattas

Tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift är undersökning, riskbedömning, hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, sjukdomsbehandlande, reparativa, kirurgiska bettfysiologiska åtgärder, rotbehandling samt avtagbar protetik.

Referenser

www.socialstyrelsen.se Coxiber – kunskapsunderlag som stöd för beslut om prioriteringar.

www.socialstyrelsen.se Vårdkatalog 2002–2003. Högspecialiserad vård av riskkaraktär.

Reuma-registret - Svensk Reumatologs Kvalitetsregister

6. Systemisk lupus erythematosus (SLE)

Beskrivning av sjukdomen

SLE är en kronisk inflammatorisk reumatisk sjukdom som går i skov. De vanligaste symptomen utgörs av trötthet, feber, sjukdomskänsla, viktörlust, led- och muskelvärk och hudutslag samt sår i munslemhinnan. Påverkan på nervsystemet kan ge minnes-svårigheter och nedsatt inlärningsförmåga. Sjukdomen kan också medföra psykiska symptom med nedstämdhet och ångest.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet:

Både sjukdomen i sig och den farmakologiska behandlingen kan medföra en ökad risk för blödning och infektion som följd. Vid led och muskelvärk har patienterna svårt att sköta sin munhygien.

Avgränsning av gruppen – ICD10 M32

Arbetsgruppens förslag är att sjukdomen ska vara av så allvarlig karaktär att det föreligger stora svårigheter för patienten att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling. Det behövs en samlad bedömning av individens funktionsförmåga och bedömning av ADL (Allmän daglig livsföring) så att stödet utgår till patienter med svårast bestående funktionsnedsättning.

Åtgärder som omfattas:

Tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift är undersökning, riskbedömning, hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, sjukdomsbehandlande, reparativa, kirurgiska bettfysiologiska åtgärder, rotbehandling samt avtagbar protetik.

Referenser

www.socialstyrelsen.se Coxiber – kunskapsunderlag som stöd för beslut om prioriteringar.

www.socialstyrelsen Vårdkatalog 2002–2003. Högspecialiserad vård av riskkaraktär.

7. Sklerodermi

Beskrivning av sjukdomen

Sklerodermi är en ovanlig bindvävssjukdom som karaktäriseras av förändrat immunförsvar, försämrad blodcirkulation och ökad bindvävsproduktion i hud och inre organ, framför allt mag-tarmkanal, lungor, hjärta och njurar. Ett annat namn är systemisk skleros. Trots att ledvärk är ett relativt ovanligt symptom klassificeras sklerodermi som en reumatologisk sjukdom. Symptomen varierar i art och svårighetsgrad. Ofta ses en minskad gapförmåga på grund av stelhet liksom en reducerad rörelseförmåga i händerna.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Matstrupen angrips ofta, och försämrad förmåga i sammandragning i dess nedre tredjedel förekommer hos en stor andel. Detta ger upphov till svårigheter att svälja och sura uppstötningar (reflux). Försämrad förmåga till sammandragning i tunntarmen kan orsaka diarré och ett försämrat upptag av näringsämnen och vitaminer från tarmen. Kosttillägg kan bli nödvändigt. Minskad gapförmåga och reducerad rörelseförmåga i händerna kan medföra problem för patienten att sköta sin dagliga munhygien eller att få tandvård utförd.

Avgränsning av gruppen – ICD10 M34

Arbetsgruppens förslag är att sjukdomen ska vara av så allvarlig karaktär att det föreligger stora svårigheter för patienten att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling. Det behövs en samlad bedömning av individens funktionsförmåga och bedömning av ADL (Allmän daglig livsföring) så att stödet utgår till patienter med svårast bestående funktionsnedsättning.

Åtgärder som omfattas

Tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift är undersökning, riskbedömning, hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, sjukdomsbehandlande, reparativa, kirurgiska bett-fysiologiska åtgärder, rotbehandling samt avtagbar protetik.

Referenser

www.socialstyrelsen.se ovanliga diagnoser.

8. Amyotrofisk lateralscleros (ALS)

Beskrivning av sjukdomen

Amyotrofisk lateralskleros (ALS) är en gemensam beteckning för en grupp sjukdomar där de nervceller som styr skelettmusklerna dör, ryggmärgens yttre del ersätts av bindvävnad (skleros) och de muskler som inte får några impulser från nervsystemet förtvinar. Sjukdomen finns i olika former som alla är fortskridande.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Sjukdomen leder till svaghet som kan finnas i ansikts-, mun-, eller halsmuskulaturen, och som visar sig genom sväljsvårigheter samt svårigheter att tugga maten, hålla ihop käkarna eller hålla upp huvudet. Nedsatt muskelkraft ses även i armar och händer. Detta leder till svårigheter för patienten att sköta sin munhygien.

Avgränsning av gruppen – ICD10 G12.2

Arbetsgruppens förslag är att sjukdomen ska vara av så allvarlig karaktär att det föreligger stora svårigheter för patienten att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling.

Åtgärder som omfattas

Tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift är undersökning, riskbedömning, hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, sjukdomsbehandlande, reparativa, kirurgiska bettfysiologiska åtgärder, rotbehandling samt avtagbar protetik.

Referenser

www.socialstyrelsen.se ovanliga diagnoser.

9. Orofaciala funktionshinder

Beskrivning av sjukdomen

Det finns patienter som har missbildningar eller sjukdomar med kroniska störningar (affektioner) i och kring munhålan som medför stora problem för individen att sköta de egna tänderna, liksom även för tandläkaren att behandla dem. Till orofaciala funktionshinder räknas i detta avseende medfödda eller förvärvade svåra ansikts- och käkdefekter. Inskränkt gapförmåga på grund av käkledsförändringar, strikturer och ärrvävnad är exempel på sådana defekter.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Patienterna har beroende på sitt orala funktionshinder svårt att klara sin munhygien vilket ger en ökad kariesrisk. En inskränkt gapförmåga kan också innebära att patienterna har stora svårigheter att genomgå tandvårdsbehandling

Avgränsning av gruppen

Arbetsgruppens förslag är att sjukdomen ska vara av så allvarlig karaktär att det föreligger stora svårigheter för patienten att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling.

Socialstyrelsen bör ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka funktionshinder som bör omfattas.

Åtgärder som omfattas

Tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift är undersökning, riskbedömning, hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, sjukdomsbehandlande, reparativa, kirurgiska brett-fysiologiska åtgärder, rotbehandling samt avtagbar protetik.

Referenser

Saknas

10. Stroke med svåra kvarstående symptom

Beskrivning av sjukdomen

Stroke eller slaganfall beror till 85 procent på hjärninfarkt och till 15 procent på hjärnblödning. Skadans utbredning bestäms av lokaliseringen i hjärnans kärlsystem.

En högersidig insult leder till vänstersidig svaghet och/eller känselbortfall i arm, hand, ansikte och bål samt ofta även till störd kropps- och rumsuppfattning. Ibland är inte patienten medveten om den sjuka sidan (neglect) samt har dålig sjukdomsinsikt. Synfältsbortfall (hemianopsi) ses vid både höger- och vänstersidiga insulter. En vänstersidig insult leder förutom till högersidig svaghet även ofta till språkliga störningar som afasi. Det kan även vara svårt att korrekt förstå talat eller skrivet språk och därmed instruktioner.

Upprepad stroke ger ofta talstörningar, försämrade oral motorik och sväljningssvårigheter. Ungefär 7–9 procent får kvarstående besvär med sväljning och oral motorik. Depressioner är vanliga lång tid efter insjuknandet.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Initialt har många patienter både ansiktsförlamning och förlamning i svalget med nedsatt oral motorik. Dessa symptom går vanligen tillbaka men kan komma att kvarstå och orsaka besvär med tuggning, svårigheter att forma och transportera tuggan samt att utlösa en sväljreflex.

Sensibilitetsnedsättning kan göra att patienten inte känner att matrester och mediciner blir kvarliggande i munhålan. Läke-medel kan orsaka frätskador. Flertalet strokepatienter har nedsatt salivsekretion med torra och sköra munslemhinnor som lätt spricker och utgör grund för infektion.

Patienterna kan få stora svårigheter att sköta sin munvård beroende på nedsatt sensibilitet och motorik, svårighet att förstå instruktioner och depression som gör att patienten inte förmår sköta munhygien. Dålig munvård och matrester ger, tillsammans med muntorrheten en kraftigt ökad kariesrisk.

Avgränsning av gruppen – ICD10 I64

Arbetsgruppens förslag är att funktionshindret ska vara av så allvarlig karaktär att det föreligger stora svårigheter för patienten att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling. Det bör kvarstå symptom som har påverkan på munhälsan 6 månader efter insjuknandet. Det är först efter 6 månader som det är möjligt att bedöma den kvarstående funktionsnedsättningen. Exempel på kvarstående symptom kan vara försämrad oral motorik, sväljningssvårigheter, omedvetenhet om den sjuka sidan (neglect), ansiktsförflamning (facialis pares), känselbortfall, svaghet i höger eller vänster sida.

Åtgärder som omfattas

Tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift är undersökning, riskbedömning, hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, sjukdomsbehandlande, reparativa, kirurgiska bettfysiologiska åtgärder, rotbehandling samt avtagbar protetik och oralmotorisk behandling.

Referenser

Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009.

Rapport. Livssituationen två år efter stroke. En uppföljning av stokedrabbade och deras närstående.

Riks-Stroke - nationella kvalitetsregister för Stroke.

11. Sällsynta diagnoser med orofaciala symptom

Beskrivning av sjukdomen

Till sällsynta diagnoser med orofaciala symptom hör bland annat personer med

- Huntingtons sjukdom
- 22q11 deletionssyndrom
- Ehler Danlos syndrom
- Dystrofia myotonica
- Duchennes muskeldystrofi
- Spinal muskelatrofi
- Limb Girdle
- Arthrogryposis Multiplex Congenita
- Becker
- Neurofibromatosis
- Kraniofaciala missbildningar
- Goldenhar
- Möbius
- Marfan
- Prader-Willi
- Silver-Rusell
- Sotos
- Beckwith-Wiedemann
- Akondroplasi
- Apert syndrom
- Hypohidrotisk ektoder,al dysplasi

Med sällsynta diagnoser eller små och mindre kända handikappgrupper avses ovanliga sjukdomar som leder till omfattande funktionshinder och som finns hos högst 100 personer per miljon invånare. Många vuxna med funktionshinder har förutom tandvårdsproblem också andra orofaciala problem, som till exempel tal-, ät-, och sväljsvårigheter.

Huntingtons sjukdom

Huntingtons sjukdom är en ärftlig, fortskridande neuropsykiatrisk sjukdom som beror på störd funktion hos nervceller i hjärnan. Den leder till en kombination av neurologiska, motoriska, kognitiva och psykiatriska symptom. Sjukdomsbilden varierar från person till person. Rörelseförmågan påverkas, vilket innefattar både ofrivilliga och viljemässigt styrda rörelser. Förändringarna i hjärnan påverkar förmågan att förstå och hantera information. Även beteendet och personligheten påverkas.

22q11 – deletionssyndromet

Vid 22q11- deletionssyndromet kan flera organ i kroppen påverkas på grund av avvikelser i utvecklingen under fosterstadiet. Svårighetsgraden av de olika symtomen kan variera från mycket lindriga till svåra. Flera missbildningar kan förekomma som hjärtfel, gomspalt samt underutveckling av brässa och bisköldkörtlar. Vanliga symtom är tal- och språkavvikelse, inlärningssvårigheter och neuropsykiatriska problem. Tänder, hörsel, syn och tillväxt kan också påverkas.

Ehler-Danlos syndrom

Ehler-Danlos syndrom är en medfödd bindvävssjukdom som påverkar leder, hud och blodkärl. Förändringen i bindväven leder till ökad ledrörlighet, övertöjbar hud och ibland sköra kärlväggar. Sjukdomen kan delas in i sex olika typer. Kärltypen är den allvarliga formen. Graden av symptom varierar inom var och en av de olika typerna. Men också hos en och samma person under livet.

Dystrofia myotonika

Dystrofia myotonika är en ärftlig neuromuskulär sjukdom som påverkar muskulaturen, men också många andra organ i kroppen. Den medför bland annat varierande grad av muskelsvaghet, muskelstelhet och grå starr. Sjukdomen finns i flera former. Variationerna är stora för såväl tidpunkten vid vilken ålder sjukdomen visar sig som för utbredningen och svårighetsgraden.

Duchennes muskeldystrofi

Duchennes muskeldystrofi orsakas av brist på eller nedsatt funktion av proteinet dystrofin. Sjukdomen medför en fortskridande muskelsvaghet och förekommer nästan bara hos pojkar och män. Sjukdomen kan även ge symtom från mag-tarmkanalen, som förstoppning, svårigheter att svälja, halsbränna, kräkningar, dålig andedräkt och nasalt tal.

Spinal muskelatrofi

Spinala muskelatrofier är en grupp ärftliga sjukdomar, där motoriska nervceller i mellanjärnan, förlängda märgen och ryggmärgen bryts ned. Nedbrytningen leder till muskelsvaghet och muskelförtvining. Sjukdomen förekommer i olika svårighetsgrader.

Limb Girdle

Limb Girdle tillhör gruppen kongenitala (medfödda) muskeldystrofier som skiljer sig från andra former av muskeldystrofier genom att symtomen vanligtvis visar sig redan före födseln eller under det första levnadsåret. Karaktäristiskt för sjukdomarna är att muskelfibrerna bryts ned med uttalad muskelsvaghet och

inskränkt rörlighet i lederna som följd. Symtomens svårighetsgrad varierar mycket.

Arthrogryposis Multiplex Congenita

Sjukdomen kännetecknas av medfödda missbildningar av de stora lederna, händerna, fötterna och ansiktet.

Beckers muskeldystrofi

Beckers muskeldystrofi orsakas av brist på eller nedsatt funktion av proteinet dystrofin. Sjukdomen medför en fortskridande muskelsvaghet och förekommer nästan bara hos pojkar och män.

Neurofibromatosis

Neurofibromatoser är en grupp sjukdomar som tillhör de ärftliga tumörsyndromen och karakteriseras av att det utvecklas godartade tumörer längs nervrötter, perifera nervstammar och/eller deras ändförgreningar. Det finns tre neurofibromatoser som går att avgränsa från varandra. Recklinghausens sjukdom, är den vanligaste formen och ger symtom från hud, ögon, skelett och nervsystem.

Kraniofaciala missbildningar

Kraniofaciala missbildningssymptom kännetecknas av mer eller mindre omfattande missbildningar i ansiktsskelettet. Vid skelettdysplasier utvecklas felställningar i skelettet som ökar när man växer och blir tyngre.

Goldenhars syndrom

Goldenhars syndrom är en variant av okuloaurikulovertebralt spektrum, vilket är den benämning som numera oftast används. Okul syftar på ögon, aurikulo på öron och vertebral på ryggkotor. I denna övergripande term ingår också hemifacial mikrosomi. Hemifacial mikrosomi betyder att ena halvan av ansiktet är mindre. Det är ett tillstånd som framför allt påverkar örats, ögats och underkäkens utveckling. Syndromet är varierande i omfattning och svårighetsgrad.

Möbius syndrom

De viktigaste kännetecknen vid Möbius syndrom är en medfödd försvagning eller förlamning av ögats utåtförande muskel och av vissa ansiktsmuskler. Det ger nedsatt mimik och skelning. Symtom och svårighetsgrad varierar mycket. Kranialnerverna IX och XII kan vara påverkade, vilket ger funktionsstörningar i svalg och tunga, med ät- och talsvårigheter som följd. En del med syndromet har ytterligare symtom, som skelettmisbildningar i armar, ben, händer och fötter. Även utvecklingsstörning och autism kan förekomma.

Marfans syndrom

De vanligaste symtomen vid Marfans syndrom kommer från hjärt-, och kärlsystemet, skelettet, lederna och ögonen, men även huden, tänderna och lungorna kan påverkas. Eftersom många olika symtom kan ingå, och dessutom vara av olika svårighetsgrad, är de individuella variationerna mellan personer med syndromet mycket stora.

Prader-Willis syndrom

Vuxna personer med Prader-Willis syndrom är kortare än normalt. Många har högt gomvalv. Tänderna är ofta små och utvecklas sent. En del har extratänder och defekter i tandemaljen. Ofta ses en minskad salivbildning. Olika grad av muskelslapphet i munmuskulaturen samt anatomiska avvikelser i munnen och läpparna bidrar till talstörningar hos en del med syndromet. Den intellektuella utvecklingen varierar från normalvariationens nedre del till svår utvecklingsstörning.

Silver-Russel syndrom

Silver-Russel syndrom innebär bland annat tillväxthämning på grund av minskade mängder tillväxtfaktorer. Hos många startar puberteten tidigare än vanligt, vilket påverkar slutlängden i vuxen ålder. Den ena kroppshalvan är ofta större än den andra och ansiktsskelettet är något avvikande. Det är vanligt med bettavvikelser, framför allt stora överbett och så kallade djupa bett. Ofta är det brist på plats för tänderna, främst i underkäken. Tandväxlingen sker cirka ett år senare än normalt. Tänderna kan vara något små och korta och ibland ses emaljförändringar, särskilt på mjölk-tänder och permanenta framtänder. Att behöva äta ofta och/eller ha problem med kräkningar kan medföra ökad risk för karies.

Sotos syndrom

En annan benämning är cerebral gigantism, som betyder storväxthet utlöst från hjärnan. Ansiktsdragen är speciella med framskjuten panna, brett mellan ögonen, långsmalt stort huvud och spetsig haka. Gommen är ofta hög, tänderna kommer tidigt och bettet kan utvecklas felaktigt. De flesta med sotos syndrom har

en försenad utveckling, både motoriskt och språkligt. Lätt till måttlig utvecklingsstörning är vanligt.

Beckwith-Wiedemanns syndrom

Barn med Beckwith-Wiedemanns syndrom uppvisar vid födseln förstorad tunga och storväxthet. Förstoring av den högra eller vänstra kroppshalvan kan förekomma. Symtomen kan variera både till art och grad.

Akondroplasi

Akondroplasi är ett medfött tillstånd med uttalad kortväxthet. Tillväxtrubbningen beror på en störd funktion av skelettets tillväxtzoner. Skelettavvikelse och trånga förhållanden för i första hand ryggmärgen och förlängda märgen kan orsaka ortopediska och neurologiska komplikationer.

Aperts syndrom

Aperts syndrom tillhör gruppen medfödda kraniofaciala missbildningar. Barn med Aperts syndrom föds med annorlunda huvudform och symmetriska sammanväxningar av fingrar och tår. Andra skelettmissbildningar, nedsatt rörlighet i leder-, andningssvårigheter, ögon- och öronproblem, gomspalt samt käk- och tandproblem är också vanligt. Utvecklingsstörning, som ofta är lindrig, förekommer. Variationen i symtom och svårighetsgrad är stor.

Hypohidrotisk ektodermal dysplasi

Hypohidrotisk betyder nedsatt svettutsöndring och ektodermal dysplasi betyder förändringar i ektodermet, de strukturer i fosterstadiet som utvecklas till bl a hud, hår, tänder, naglar och

sekretoriska körtlar. Muntorrhet till följd av avsaknad av eller dåligt fungerande salivkörtlar är vanligt. Det ökar risken för karies och påverkar talet samt förmågan att tugga och svälja.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

Munhålan och dess funktioner är ofta påverkade vid en funktionsnedsättning, till exempel kan man ha en ökad risk för karies, svårigheter att tugga, svälja och tala. En viktig del i tandhälsan är saliven, dess mängd och egenskaper. Den kan påverkas av både medicinering, kost och sjukdom. Genom att salivsekretionen kan vara mycket låg går salivens reparativa funktioner förlorade liksom förmågan att transportera bort matrester. Patienter med neuromuskulära sjukdomar behöver tidigt i sjukdomsförloppet få extra stöd för att hållas friska. Detta är viktigt eftersom det med tiden blir svårt att klara tandvård i molarområdena (kindtandsområdet).

Avgränsning av gruppen

Arbetsgruppens förslag är att patienten ska ha en sällsynt diagnos och att patienten på grund av diagnosen ska ha stora svårigheter att sköta sin munhygien, stora svårigheter att genomgå tandvårdsbehandling, eller orofaciala symtom. Orofaciala symtom kan vara svårigheter att gapa, tugga, svälja, försvagad ansiktsmuskulatur eller ofrivilliga rörelser

Åtgärder som omfattas

Tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift är undersökning, riskbedömning, hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, sjukdomsbehandlande, reparativa, kirurgiska bett-

fysiologiska åtgärder, rotbehandling samt avtagbar protetik och oralmotorisk behandling.

Referenser

www.socialstyrelsen.se ovanliga diagnoser.

II Led i sjukdomsbehandling

Ny grupp som föreslås ingå som led i en sjukdomsbehandling (grupp 12)

12. Tandvårdsbehandling vid omfattande frätskador (erosionsskador) på grund av ätstörningar eller refluxsjukdom på patienter som är medicinskt rehabiliterade

Beskrivning av sjukdomen

När magsyra kommer upp i matstrupen kallas det reflux. Hos de flesta orsakas detta av dålig funktion i den övre magmunnen. Personer med gastroesofageal refluxsjukdom har reflux flera gånger dagligen och är i allmänhet allvarligt besvärade av detta. Refluxbesvären kan debutera samtidigt med viktnedgång, sväljningssvårigheter och kräkningar.

Anorexia nervosa uttrycker sig som aversion mot mat som leder till allvarlig vikt förlust. Ofta föreligger en blandform av självsvält och hetsätning med kräkningar.

Bulimia nervosa uttrycker sig som okontrollerad hetsätning med kompensatoriska kräkningar. Det börjar ofta med bantning som övergår i hetsätning. Därefter kommer illamående, skuld-känslor och självförakt som följs av kräkningar.

Orsak till det ökade tandvårdsbehovet

En sjukdomsbild med dagliga kräkningar eller sura uppstötningar under en längre tid kan ge erosiva skador av olika grad. Framförallt insidan på överkäkens framtänder skadas. I svåra fall kan samtliga tänder vara erosionsskadade med utslätade tuggytter och ett sänkt bett som följd. Den orala situationen kompliceras ofta av nedsatt salivsekretion till följd av sjukdom och/eller läkemedelsbehandling. Ibland sker även ett frekvent intag av sura produkter samt småätande vilket ytterligare ökar kariesrisken.

Avgränsning av gruppen – ICD 10 F50 och K21

Patienten ska vara medicinskt rehabiliterad. Rehabilitering av bettet kan då bli aktuellt. Det är endast när patienterna är medicinskt färdigbehandlade som det är verkningsfullt att göra omfattande rehabiliterande behandlingar av tänderna. Under sjukdomsfasen riskerar nya skador att uppkomma vilka kan omintetgöra den rehabiliterande behandlingen. Rehabilitering ersätts endast vid ett tillfälle. För den tandvård som behövs i framtiden betalar patienten enligt det generella statliga tandvårdsstödet.

Åtgärder som omfattas

Tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift är tandvård som syftar till att rehabilitera bettet. Detta kan vara åtgärder i form av undersökningar, riskbedömningar, hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, sjukdomsbehandlande, reparativa, kirurgiska, bettfysiologiska åtgärder, rotbehandlingar samt avtagbar och fast tandburen konventionell protetik.

Referenser

Nationellt register för ätstörningsbehandling.
www.socialstyrelsen.se gastroesofagal reflux

Utvidgning av befintliga grupper med tandvård som led i en sjukdomsbehandling

13. Tandvårdsbehandling på patienter som ska genomgå medicinsk behandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav

Beskrivning av grupperna

Behandling för malign blodsjukdom

Till malign blodsjukdom räknas akut lymfatisk leukemi (ALL), akut myeloisk leukemi (AML), kronisk lymfatisk leukemi (KLL), kronisk myeloisk leukemi (KML), lymfom och myelom. Vid dessa sjukdomar ges cytostatikabehandling i kurer med bestämda intervall. Ibland kan behandlingen kombineras med strålbehandling eller stamcellstransplantation. Att patienten är fullständigt fri från infektioner är en förutsättning för att dessa behandlingar ska kunna genomföras eller för att resultatet av dessa behandlingar inte ska försämrats. Att patienten är infektionsfri minskar också risken för att behandlingen ska leda till komplikationer i munhålan. Patienter som genomgår behandlingen kan därför vara i behov av tandbehandling som syftar till att avlägsna infektioner i munhålan. Tandbehandlingar kan också vara nödvändiga för att minska risken för komplikationer i munhålan till följd av den medicinska behandlingen.

Behandling med höga doser cytostatika

Cytostatikabehandling som ges i höga doser orsakar blödning, anemier och infektioner. Patienten blir kraftigt immunosupprimerad. Tandbehandlingen ska syfta till att avlägsna infektioner i munhålan så att dessa inte försämrar resultatet av den medicinska behandlingen. Tandvårdsbehandlingen kan också syfta till att minska risken för komplikationer i munhålan till följd av den medicinska behandlingen. Fullständig infektionsfrihet bör vara det medicinska kravet

Intravenös behandling med bisfosfonater

Patienter som t.ex. har sjukdomen myelom, Pagets sjukdom, tumörinducerad hyperkalcemi samt patienter med benmetastaser framförallt i samband med bröstcancer behandlas ofta med bisfosfonater intravenöst mot benskörhet orsakad av sjukdomen. På dessa patienter ska benskadande ingrepp i munhålan undvikas. Bisfosfonatbehandlingen medför en ökad risk för att käkbenet dör (osteonekros) efter kirurgiska ingrepp som tandextraktioner. Det är därför av stor vikt att dessa patienter är infektionsfria innan bisfosfonatbehandlingen påbörjas.

Avgränsning av gruppen

En förutsättning för att den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler tillämpas är att en läkare remitterat patienten till tandvården som ett led i sjukdomsbehandlingen.

Åtgärder som omfattas

Tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift är vård som syftar till att göra patienten infektionsfri under den tid den medicinska behandlingen pågår. Detta kan vara vård i form

av undersökning, riskbedömning, hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, sjukdomsbehandlande, reparativa, kirurgiska åtgärder, rotbehandling samt temporär avtagbar protetik.

Ändring som föreslås

Patienter som behandlas för malign blodsjukdom och som ska genomgå cytostatikabehandling med höga doser ska enligt Socialstyrelsens Meddelandeblad (kategori S4) få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Patientgrupperna omfattas dock inte av bestämmelserna i tandvårdsförordningen (1998:1338). Patienter som ska behandlas intravenöst med bisfosfonater finns inte upptaget i Socialstyrelsens Meddelandeblad eller i tandvårdsförordningen (1998:1338). Arbetsgruppen föreslår att dessa grupper tas in i tandvårdsförordningen (1998:1338).

I Socialstyrelsens vägledning i Meddelandebladet anges att endast tillfälliga (provisoriska) fyllningar ska ersättas. Arbetsgruppen anser dock att även definitiva (permanenta) fyllningar bör omfattas av den tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift. Det är av stor vikt att patienter som på grund av sin medicinska behandling blir kraftigt infektiöskänsliga inte får några akuta besvär från munhålan. Eftersom provisoriska fyllningar sitter sämre finns en risk att sådana fyllningar leder till akuta besvär. Arbetsgruppen anser därför att det i Socialstyrelsens kommande föreskrifter bör anges att även permanenta fyllningar ska omfattas.

Befintliga grupper inom led i en sjukdomsbehandling utan ändringar (grupp 14–25)

14. Tandvårdsbehandling vid medfödd missbildning i käkområdet eller ansiktet av ej ringa omfattning

Av Socialstyrelsens meddelandeblad framgår att till medfödda missbildningar räknas i detta avseende till exempel:

- Läpp-, käk och gomdefekter
- Käkanomalier
- Maxillär- och mandibulär prognati
- Maxillär- och mandibulär retrognati
- Hemifacial atrofi
- Unilateral hyperplasi av condylen
- Tandanomalier
- Aplasi
- Omfattande fluoros
- Amelogenesis imperfecta
- Dentinogenesis imperfecta
- Hereditär hypofosfatemi
- Tandanomalier vid dysostosis cleidocranialis

Arbetsgruppen föreslår att texten i Meddelandebladet inarbetas i kommande föreskrifter.

15. Tandvårdsbehandling av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet

Av Socialstyrelsens meddelandeblad framgår att följande sjukdomar kan leda till defekter som avses:

- Osteoradionekros/osteonekros
- Akromegali
- Osteomyelit
- Tumörer eller tumörliknande förändringar
- Reumatoid artrit

Arbetsgruppen föreslår att texten i Meddelandebladet inarbetas i kommande föreskrifter

16. Tandvårdsbehandling av tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall

Arbetsgruppen föreslår att texten i Meddelandebladet inarbetas i kommande föreskrifter.

17. Tandvårdsbehandling på patienter som ska genomgå kirurgiska ingrepp där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav

Arbetsgruppen föreslår att texten i Meddelandebladet inarbetas i kommande föreskrifter.

Förslag till förtydligande

Arbetsgruppens förslag på kommande föreskrifter från Socialstyrelsen är att vägledningen i Meddelandebladet om att endast tillfälliga (provisoriska) fyllningar ska ersättas, ändras till att även definitiva (permanent) fyllningar omfattas av den tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift. Det är av stor vikt att patienter som på grund av sin medicinska behandling blir kraftigt infektionskänsliga inte får några akuta besvär från munhålan. Eftersom provisoriska fyllningar sitter sämre finns en risk att sådana fyllningar leder till akuta besvär.

18. Tandvårdsbehandling på patienter som på grund av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar har fått förändringar i munslemhinnan

Arbetsgruppen föreslår att texten i Meddelandebladet inarbetas i kommande föreskrifter.

19. Tandvårdsbehandling på patienter som genomgår utredning av odontologiskt samband med grundsjukdom

Arbetsgruppen föreslår att texten i Meddelandebladet inarbetas i kommande föreskrifter.

Förslag till förtydligande

I Socialstyrelsens Meddelandeblad anges att endast åtgärderna utredning och röntgen kan ges till hälso- och sjukvårdsavgift. För patienter där utredning visar att infektioner i munhålan kan ha gett upphov till allvarlig sjukdom som hjärnabscess och endokardit kan en infektiossanering behöva göras som en del i utredningen för att det ska vara möjligt att avgöra om en tandinfektion har orsakat den allvarliga sjukdomen. Även den infektiossanering som krävs för att patienten ska tillfriskna bör enligt arbetsgruppen ingå som en del av utredningen.

20. Tandvårdsbehandling på patienter som ska genomgå strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen

Arbetsgruppen föreslår att texten i Meddelandebladet inarbetas i kommande föreskrifter.

Förslag till förtydligande

Arbetsgruppens förslag på kommande föreskrifter från Socialstyrelsen är att vägledningen i Meddelandebladet om att endast tillfälliga (provisoriska) fyllningar ska ersättas, ändras till att även definitiva (permanent) fyllningar omfattas av den tandvård som ska kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift. Det är av stor vikt att patienter som på grund av sin medicinska behandling blir kraftigt infektionskänsliga inte får några akuta besvär från munhålan. Eftersom provisoriska fyllningar sitter sämre finns en risk att sådana fyllningar leder till akuta besvär.

21. Behandling på patienter med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen (Orofaciala smärtsyndrom)

Arbetsgruppen föreslår att texten i Meddelandebladet inarbetas i kommande föreskrifter.

22. Tandvårdsbehandling på patienter som utreds och behandlas för allvarlig sömnapné

Arbetsgruppen föreslår att texten i Meddelandebladet inarbetas i kommande föreskrifter.

Förslag till förtydligande

Arbetsgruppens förslag på kommande föreskrifter från Socialstyrelsen är ett förtydligande om vilket index som bör användas och vid vilken nivå som ett allvarligt sömnapnésyndrom kan anses föreligga.

23. Behandling av tandvårdsrädsla och tandvård för den som är extremt tandvårdsrädd

Arbetsgruppen föreslår att texten i Meddelandebladet inarbetas i kommande föreskrifter.

24. Utbyte av tandfyllningar på grund av avvikande reaktion mot dentala material

Arbetsgruppen föreslår att texten i Meddelandebladet inarbetas i kommande föreskrifter.

25. Utbyte av tandfyllningar som ett led i en medicinsk rehabilitering

Arbetsgruppen föreslår att texten i Meddelandebladet inarbetas i kommande föreskrifter.

III Oralkirurgiska åtgärder som kräver ett sjukhus resurser (grupp 26 – 31)

Arbetsgruppen föreslår att Socialstyrelsen i de kommande föreskrifterna gör ett förtydligande av avgränsningen av vilka oralkirurgiska åtgärder som avses omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftsregler. Vid införandet av de gällande bestämmelserna om oralkirurgi i tandvårdsförordningen tog en arbetsgrupp inom Socialstyrelsen fram förslag på förtydliganden över avgränsningen av varje grupp samt vilken behandling som borde kunna ges till hälso- och sjukvårdsavgift (Dnr 02-5061/98). Detta underlag skulle möjligen kunna läggas till grund för Socialstyrelsens kommande föreskrifter.

Arbetsgruppen föreslår vidare att det i föreskrifterna framgår att vården kan utföras av specialisttandläkare och att det inte

finns något krav på att vården ska utföras av specialist i oral kirurgi.

26. Käkfraktur

27. Käkledskirurgi

28. Behandling vid rekonstruktiv och orthognat kirurgi

29. Utredning och behandling av oralmedicinska tillstånd

30. Utredning och behandling av smärttillstånd

31. Övriga behandlingar som för patientens säkerhet kräver tillgång till sjukhusresurser

Departementsserien 2010

Kronologisk förteckning

1. Valfrihetssystem hos Arbetsförmedlingen. A.
2. Ändring av övergångsbestämmelserna till lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. S.
3. Institutet för uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Förslag till uppdrag och plattform. S.
4. Utvärdering av överskottsmålet. Fi.
5. Upphävande av lagen (1990:1183) om tillfällig försäljning. IJ.
6. Vissa frågor om vapenlagen. Ju.
7. Kreditvärderingsinstitut. Fi.
8. Fyra aktiebolagsrättsliga frågor. Ju.
9. Effektivare insatser mot ungdomsbrottslighet. Ju.
10. Ny lag om europeiska företagsråd. A.
11. Läkemedel och försäkringskydd vid personskador. S.
12. Moderniserade regler för avvecklingssystem och finansiella säkerheter. Fi.
13. Genomförande av bestämmelsen om sjukhusundantag. S.
14. De nyanlända och arbetslöshetsförsäkringen, m.m. A.
15. Betyg från årskurs 6 i grundskolan. U.
16. En myndighet för bortförda barn. UD.
17. En mer ändamålsenlig förvaltningsprocess. Ju.
18. Ny lag om leksakers säkerhet. IJ.
19. Bättre regler för elektroniska kommunikationer. N.
20. Bortom fagert tal – om bristande tillgänglighet som diskriminering. + Lättläst. + Daisy. IJ.
21. Ansvarsfördelning mellan kommuner i vissa fall. S.
22. Renbeteskonventionen. Jo.
23. Ändringar i Arbetsförmedlingens personuppgiftslag. A.
24. Hyra av lös sak. Ju.
25. Genomförande av rådets rambeslut om kampen mot organiserad brottslighet. Ju.
26. Överlämnande från Sverige enligt en nordisk arresteringsorder. Ju.
27. Genomförande av det nya e-penningdirektivet. Fi.
28. Nya kapitel i kulturminneslagen – författningsändringar vid ett svenskt tillträde till Unidroit-konventionen om kulturföremål som stulits eller förts ut olagligt. Ku.
29. Genomförande av direktiv om överföring av krigsmateriel inom EU, m.m. UD.
30. Swedens's fifth national report under the Convention on Nuclear Safety. Swedish implementation of the obligations of the Convention. M.
31. Miljökrav vid upphandling av bilar och vissa kollektivtrafiktjänster. N.
32. Ändringar i fusions- och delningsdirektiven – förslag till genomförandeåtgärder. Ju.
33. Borttagande av samtyckeskravet för behandling av känsliga och ömtåliga personuppgifter i den arbetsmarknadspolitiska verksamheten. A.
34. En ny energimärkningslag. N.
35. Ändringar i Arbetsförmedlingens och Inspektionen för arbetslöshetsförsäkringens registerlagar. Tydligare och mer ändamålsenliga regler för personuppgiftsbehandling. A.
36. En översyn av regelverket för sprutor och kanyler. S.
37. Arbetsutbudseffekter av ett förstärkt jobbskatteavdrag och förändrad statlig inkomstskatt. Fi.
38. Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om handel med sälprodukter. Jo.
39. Medling i vissa privaträttsliga tvister. Ju.
40. Ändrade kapitaltäckningsregler. Fi.
41. Statligt tandvårdsstöd och utbildningstandvård. S.
42. Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning. Förslag om tredje steget i tandvårdsreformen. S.

Departementsserien 2010

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Vissa frågor om vapenlagen. [6]
Fyra aktiebologsrättsliga frågor. [8]
Effektivare insatser mot ungdomsbrottlighet. [9]
En mer ändamålsenlig förvaltningsprocess. [17]
Hyra av lös sak. [24]
Genomförande av rådets rambeslut om kampen mot organiserad brottslighet. [25]
Överlämnande från Sverige enligt en nordisk arresteringsorder. [26]
Ändringar i fusions- och delningsdirektiven – förslag till genomförandeåtgärder. [32]
Medling i vissa privaträttsliga tvister. [39]

Utrikesdepartementet

- En myndighet för bortförda barn. [16]
Genomförande av direktiv om överföring av krigsmateriel inom EU, m.m. [29]

Socialdepartementet

- Ändring av övergångsbestämmelserna till lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. [2]
Institutet för uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Förslag till uppdrag och plattform. [3]
Läkemedel och försäkringskydd vid personskador. [11]
Genomförande av bestämmelsen om sjukhusundantag. [13]
Ansvarsfördelning mellan kommuner i vissa fall. [21]
En översyn av regelverket för sprutor och kanyler [36]
Statligt tandvårdsstöd och utbildningstandvård. [41]
Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning. Förslag om tredje steget i tandvårdsreformen. [42]

Finansdepartementet

- Utvärdering av överskottsmålet. [4]
Kreditvärderingsinstitut. [7]
Moderniserade regler för avvecklingssystem och finansiella säkerheter. [12]
Genomförande av det nya e-penningdirektivet. [27]
Arbetsutbudseffekter av ett förstärkt jobbskatteavdrag och förändrad statlig inkomstskatt. [37]
Ändrade kapitaltäckningsregler. [40]

Utbildningsdepartementet

- Betyg från årskurs 6 i grundskolan. [15]

Jordbruksdepartementet

- Renbeteskonventionen. [22]
Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om handel med sälprodukter. [38]

Miljödepartementet

- Sweden's fifth national report under the Convention on Nuclear Safety. Swedish implementation of the obligations of the Convention. [30]

Näringsdepartementet

- Bättre regler för elektroniska kommunikationer. [19]
Miljökrav vid upphandling av bilar och vissa kollektivtrafik tjänster. [31]
En ny energimärkningslag. [34]

Integrations- och jämställdhetsdepartementet

- Upphävande av lagen (1990:1183) om tillfällig försäljning. [5]
Ny lag om leksakers säkerhet. [18]
Bortom fagert tal – om bristande tillgänglighet som diskriminering. + Lättläst. + Daisy. [20]

Kulturdepartementet

Nya kapitel i kulturminneslagen

– författningsändringar vid ett svenskt tillträde till Unidroit-konventionen om kulturföremål som stulits eller förts ut olagligt. [28]

Arbetsmarknadsdepartementet

Valfrihetssystem hos Arbetsförmedlingen. [1]

Ny lag om europeiska företagsråd. [10]

De nyanlända och arbetslöshetsförsäkringen, m.m. [14]

Ändringar i Arbetsförmedlingens personuppgiftslag. [23]

Borttagande av samtyckeskravet för behandling av känsliga och ömtåliga personuppgifter i den arbetsmarknadspolitiska verksamheten. [33]

Ändringar i Arbetsförmedlingens och Inspektionen för arbetslöshetsförsäkringens registerlagar. Tydligare och mer ändamålsenliga regler för personuppgiftsbehandling. [35]