

Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård (SOU 2024:70)

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har granskat utredningens förslag och bedömningar med utgångspunkt i hur de bedöms påverka rättssäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet. ISF begränsar därför sina synpunkter till de förslag som skulle få konsekvenser för socialförsäkringen.

Sammanfattning

ISF avstyrker förslagen i avsnitt 12.2.1-12.2.7 och 16.1.

ISF delar bedömningarna och tillstyrker förslagen i avsnitt 12.2.8-12.2.9, 13.1.5 och 13.1.7-13.1.8.

ISF tillstyrker ett förslag i avsnitt 13.1.1, men kan varken tillstyrka eller avstyrka det andra förslaget i samma avsnitt.

ISF delar en del av bedömningen i avsnitt 12.2.5, men delar inte en del av bedömningen.

ISF har i övrigt inga synpunkter på utredningens förslag och bedömningar.

Övergripande synpunkter

ISF ser ett behov av att se över utformningen av det nuvarande statliga högkostnadsskyddet inom tandvården, både ur ett patientperspektiv och ur ett kontrollperspektiv. Men vi anser att de förslag som utredningen presenterar i betänkandet är problematiska. Bland annat innebär förslagen att det statliga tandvårdsstödet som helhet blir komplicerat och svårbegripligt. Förslagen är också svåra att ta ställning till eftersom de bygger på en tillfällig lösning som sedan är tänkt att ersättas av en ännu inte färdig modell. Vi menar också att det behövs en större översyn av Försäkringskassans kontrollmöjligheter inför en så omfattande reform som nu föreslås, och att de föreslagna kontrollerna inte är tillräckliga. Därför avstyrker ISF huvudförslagen i betänkandet.

Det framgår tydligt av slutbetänkandet att utredningen har förhållit sig till de givna direktiven. Trots att utredningen har lagt vikt vid att delar av den föreslagna reformen ska vara enkla och begripliga bedömer vi att helheten innebär ett komplicerat system. Ett tudelat statligt tandvårdsstöd, där en målgrupp – som dessutom inte ska vara densamma över tid - kommer att omfattas av två olika statliga högkostnadsskydd, riskerar att bli svårbegripligt för enskilda och utmanande att kontrollera för Försäkringskassan.

Förslaget är inte heller vad utredningen ser framför sig som det slutliga systemet för högkostnadsskyddet, utan den anser att det behövs ytterligare omfattande utveckling på sikt. Detta gör det mycket svårt att ta ställning till förslag och konsekvensbeskrivningar. Intentionen är att stödet ska byggas ut, men det är oklart när det kan komma att ske. Utredningen vill också att kriteriet för stödet på sikt kopplas till ett riskbedömningssystem för munhälsa som är under utveckling, och inte ålder som är det nuvarande förslaget. Det faktum att det pågår ett arbete med att ta fram en nationell modell för ett sådant riskbedömningssystem menar vi är ett starkt skäl till att avvakta med att införa en reform som innebär att endast ålder används som kriterium för att omfattas av förstärkt högkostnadsskydd. Precis som utredningen menar vi att en munhälsoprofil är ett mer ändamålsenligt kriterium än ålder för att identifiera patienter med sämst munhälsa. Stödets utformning och dess konsekvenser hade varit tydligare och mer förutsägbara om den föreslagna konstruktionen var den som utredningen i slutänden såg framför sig.

ISF har i sin rapport *Utmaningar i kontrollen av tandvårdsstödet* (2024:6) framhållit att det statliga tandvårdsstödet konstruktion med automatiska utbetalningar till vårdgivare möjliggör felaktiga utbetalningar, och att Försäkringskassan behöver få förutsättningar att utveckla och effektivisera sina kontroller av förmånen. Utredningens förslag innebär kraftigt ökade statliga utgifter för tandvårdsstöd, men adresserar enligt oss inte i tillräcklig utsträckning de problem med felaktiga utbetalningar som redan finns i tandvårdsstödet och där riskerna skulle bli avsevärt högre med det nya förslaget. Utredningen har i sitt tidigare betänkande *Ökad kontroll över tandvårdssektorn* (SOU 2023:82) presenterat förslag som förbättrar förutsättningarna för korrekta utbetalningar, men vi menar att de inte kommer kunna avhjälpa risker kopplade till låga krav på vårdgivarnas inrapporteringar, ett system som i huvudsak baseras på kontroller i efterhand, ineffektiva kontroller, låga incitament att göra rätt och en stor mängd oavsiktliga fel. ISF menar att det är av yttersta vikt att Försäkringskassans möjligheter att kontrollera utbetalningar av statligt tandvårdsstöd förbättras och förstärks innan en reform av nu aktuellt slag genomförs. Detta särskilt mot bakgrund av att den föreslagna utformningen av tiotandvården kan innebära incitament till överbehandling och överanvändning av stödet för både patienter och vårdgivare, på grund av att patientens låga kostnader medför minskade incitament att begränsa åtgärder och behandling. Eftersom Försäkringskassans kontroller är

begränsade, och i avgörande delar sker först *efter* utbetalning, ser vi en starkt ökad risk för felaktiga utbetalningar.

Trots att vi avstyrker huvudförslagen finns det förslag och bedömningar i betänkandet som vi tillstyrker respektive delar eftersom vi menar att de kan och bör genomföras oberoende av huvudförslagen.

ISF:s mer utförliga inställning till vissa av förslagen och bedömningarna

12.2.1 Patienten ska betala 10 procent av referenspriset och priserna för tiotandvård regleras

ISF avstyrker förslaget att *vårdgivarens priser på sådan tandvård som omfattas av förstärkt tandvårdsersättning (tiotandvård) ska regleras.*

ISF avstyrker förslaget att *för sådan tandvård som omfattas av bestämmelserna om förstärkt tandvårdsersättning (tiotandvård) ska patienten betala motsvarande 10 procent av de utförda åtgärdernas aktuella referenspris. Förslaget omfattar såväl allmäntandvård som specialisttandvård.*

Om vårdgivarens pris för en åtgärd är lägre än referenspriset ska patienten betala 10 procent av vårdgivarens pris och förstärkt tandvårdsersättning ska lämnas med motsvarande 90 procent av vårdgivarens pris.

ISF ser fördelar med förslaget om ett förstärkt högkostnadsskydd som innebär att patienten endast betalar 10 procent av referenspriset när målet är att nå dem som har ett stort behov av tandvård. Bland annat är förslaget gynnsamt för de enskilda personer i behov av omfattande tandvård som omfattas av det förstärkta högkostnadsskyddet. Men förslaget innebär en kraftig ökning av statens subventioner och vi instämmer i utredningens bedömning att en så hög subvention behöver kombineras med någon form av prisreglering för att uppfylla sitt syfte. Att prisreglera en del av tandvårdsmarknaden kan dock medföra en risk för att priserna för åtgärder som inte omfattas av prisreglering ökar omotiverat, något som i så fall drabbar patienter som inte omfattas av det kraftigt subventionerade förstärkta högkostnadsskydd som utredningen föreslår. Det skulle i så fall drabba andra enskilda personer som kan ha ett lika omfattande tandvårdsbehov och lika små ekonomiska marginaler som den grupp som omfattas av det förstärkta högkostnadsskyddet, men som inte uppnått den ålder som krävs för att få tiotandvård. Det är svårt att överblicka hur förslaget kommer att påverka priser, utbud och efterfrågan på tandvårdsmarknaden. Men vi bedömer att den kraftiga ökningen av statlig subventionering som förslaget innebär ökar risken för felaktiga utbetalningar och att utredningen inte väger upp dessa risker genom att tillräckligt öka Försäkringskassans förutsättningar för att säkerställa att rätt ersättning lämnas (se även under förslag 13.1.3).

12.2.2 Ett kommuntypstillägg ska ges för tiotandvård

ISF avstyrker förslaget att *utöver 90 procent av referenspris som förstärkt tandvårdsersättning och 10 procents patientandel ska ett procentuellt tillägg lämnas till vårdgivaren utifrån var patienten är bosatt, med utgångspunkt i myndigheten Tillväxtverkets kommuntypsindelning, och referenspriset för den vård som utförts. För patient boende i storstadskommun ska tillägget vara + 0 procent. För patient boende i blandad kommun ska tillägget vara + 10 procent av referenspriset för slutförd vård och behandling inom tiotandvård. För patient boende i landsbygdskommun ska tillägget vara + 20 procent av referenspriset.*

Utredningens förslag om att införa ett kommuntypstillägg baserat på patientens folkbokföringskommun syftar till att stärka tillgången till tandvård utanför storstadskommunerna. ISF anser att det är en angelägen fråga att öka utbudet av tandvård och minska väntetiderna för tandvård på mindre orter och i glesbygd. Förslaget om tiotandvård kan dessutom innebära en ökad efterfrågan på sådan tandvård som omfattas, något som kan medföra ännu längre kötider i glesbygd än i dag. Men det är svårt att bedöma om kommuntypstillägget kommer att få den avsedda effekten. Vi är också tveksamma till att det statliga tandvårdsstödet, som är ett stöd som riktar sig till enskilda patienter för att bibehålla god tandhälsa och få tandvård till ett rimligt pris, är rätt verktyg för att stimulera tandvårdsmarknaden att öka sin verksamhet utanför storstäderna. Vi hade gärna sett att utredningen resonerade mer kring andra alternativa sätt att uppnå detta mål. Även om utredningen lämnar förslag på att vårdgivare ska ha en lagstadgad skyldighet att ta emot patienter som omfattas av tiotandvården ser ISF att det kan finnas en risk för att vårdgivare på olika sätt strävar mot att få högre vinstmarginal genom att prioritera patienter som inte omfattas av det förstärkta högkostnadsskyddet och att incitamenten att utöka utbudet i glesbygd därmed inte skulle öka. Köerna till tandvård utanför storstadskommunerna verkar främst bero på resursbrist hos folktandvården, men förslagen innebär inte någon större genomsnittlig intäktsförändring för folktandvården. Som utredningen framhåller (se s. 374–375) är orsakerna till problemen med kompetensförsörjning inom tandvården flera och komplexa. Det är därför oklart om det föreslagna kommuntypstillägget får önskad effekt. Kommuntypstilläggets utformning med utgångspunkt i patientens folkbokföringsadress skapar dessutom ytterligare behov av kontroller och innebär i sig inte heller att vårdgivaren själv behöver vara etablerad i glesbygd.

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

ISF avstyrker förslaget att *tiotandvård ska lämnas för tandvård som patienten behöver och som syftar till att åstadkomma en frihet från smärta och sjukdom, förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder, eller ett*

utseendemässigt godtagbart resultat. Det innebär att tiotandvård ska omfatta behandling av tandvårdsstödet tillstånd för sjukdom och smärta, tillstånd för reparativ vård och tillstånd för rehabiliterande och habiliterande vård. Ny fast tand- och implantatstödd protetik bakom tandposition 5 ska undantas från bestämmelserna om tiotandvård. För sådan behandling gäller det befintliga generella skyddet mot höga kostnader och fri prissättning.

Utifrån att den föreslagna subventionen är så stor ser ISF att det är rimligt att begränsa vilka åtgärder den ska omfatta. Det kan vara en fördel att låta det föreslagna stödet omfatta hela serier av tillstånd och åtgärder, i syfte att göra det enkelt och begripligt. Utformningen av förslaget innebär emellertid att subventionen riktas väldigt brett och innefattar dyra behandlingar. Det, i kombination med den kraftigt ökade subventionsgraden för staten, kommer att leda till höga utgifter för staten. För att en sådan ökning ska vara motiverad krävs det att kontrollerna av utbetalningarna fungerar tillfredsställande, vilket en granskning av ISF visar inte är fallet i dag (ISF Rapport 2024:6). Vidare vill ISF uppmärksamma den andra aspekten av den breda omfattningen av stödet. Det faktum att en person har ett tillstånd i serien "för sjukdom och smärta" innebär inte att personen per automatik tillhör en grupp med "sämst munhälsa", det vill säga den grupp som enligt direktiven ska prioriteras. Ett tillstånd "för sjukdom och smärta" kan till exempel innebära enkel tandstensborttagning. Vi menar också att det finns risker för att den föreslagna omfattningen av tiotandvården kan komma att påverka incitamenten för egenvård och förebyggande behandlingar och undersökningar.

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

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

Utredningen motiverar åldersgränsen på 67 år för att omfattas av tiotandvården utifrån riktåldern för pension. Det är i sig rimligt. Men som utredningen också uppmärksammar riskerar en åldersgräns att leda till att enskilda skjuter upp tandvårdsbesök och åtgärder tills de når åldersgränsen, med risk för att behovet blir större än vad det var från början. Vidare delar vi utredningens bedömning att en munhälsoprofil är ett mer ändamålsenligt kriterium än ålder för att identifiera patienter med sämst munhälsa, och det pågår för närvarande ett arbete med att ta fram en enhetlig sådan modell för riskbedömning (se även under avsnitt 12.2.5). Vi bedömer att detta talar för att det inte är lämpligt eller ändamålsenligt att införa ett förstärkt högkostnadsskydd med ålder som kriterium.

12.2.5 En munhälsoprofil bör på sikt ersätta ålder som kriterium för tiotandvård

ISF delar den del av bedömningen som gäller att *en munhälsoprofil är ett mer ändamålsenligt kriterium än ålder för att identifiera patienter med sämst munhälsa. Det riskbedömningssystem som Socialstyrelsen under åren 2023 och 2024 getts i uppdrag av regeringen att utveckla bör, på sikt och med vissa anpassningar, kunna tillämpas för att även fastställa munhälsoprofiler som utöver risk även omfattar en bedömning av befintlig oral ohälsa.*

ISF delar inte den del av bedömningen som gäller att *när ett sådant system finns tillgängligt bör en munhälsoprofil ersätta ålder som kriterium för tiotandvård.*

Som framgår av betänkandet ska Socialstyrelsen i maj 2025 slutredovisa ett regeringsuppdrag att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården. Utredningen anser att en sådan nationell modell bör kompletteras med en bedömning av befintlig oral status, och att en sådan munhälsoprofil är ett mer ändamålsenligt kriterium än ålder för att identifiera patienter med sämst munhälsa. Vi instämmer med utredningens bedömning. ISF har tidigare ansett att en enhetlig individuell riskbedömningsmodell hade varit bra (remissvar 2021–0062). Det faktum att det pågår ett arbete med att ta fram en nationell modell menar vi är ett skäl till att avvakta med att införa en reform som innebär att endast ålder används som kriterium för att omfattas av förstärkt högkostnadsskydd. Eftersom vi ännu inte vet hur ett system med munhälsoprofil som kriterium i praktiken skulle vara utformat, kan vi inte dela bedömningen att det bör ersätta det nu föreslagna ålderskriteriet. Vi ser däremot fördelar för såväl enskilda som för vårdgivare och Försäkringskassan med att utreda och utforma ett förstärkt tandvårdsstöd som är mer enhetligt och vars kriterier inte riskerar att behöva ändras kort efter ikraftträdandet.

13.1.1 Giltighetsperioden för ATB förlängs till tre år och övre åldersgränsen för förhöjt ATB höjs till 67 år

ISF tillstyrker förslaget att *allmänt tandvårdsbidrag får användas för betalning av ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder under en giltighetsperiod av högst tre år räknat från och med den 1 juli varje år.*

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka förslaget att *allmänt tandvårdsbidrag lämnas med 600 kronor om året för patienter som fyller lägst 24 och högst 29 eller lägst 67 år under det år som tandvårdsbidraget tidigast kan användas.*

Vi ser att utredningens förslag att förlänga giltighetsperioden för allmänt tandvårdsbidrag (ATB) till tre år kan bidra till att fler personer använder sitt ATB utan att det behöver belasta tandvården, vilket är positivt.

ATB för 24–29-åringar sänktes nyligen till 300 kr per år, i samband med att åldersgränsen för avgiftsfri tandvård sänktes till 19 år. En motivering till att sänka ATB för 24–29-åringar var att ge reformutrymme till det förstärkta högkostnadsskyddet. ISF skrev i sitt remissvar gällande den ändringen (remissvar ISF 2024–44) att det är oklart i vilken mån ATB fungerar för att stimulera besök. ISF skrev också att det saknades en analys om hur ett minskat ATB för 24–29-åringar kunde påverka olika gruppers benägenhet att gå till tandläkaren. Någon analys av ett återinförande av dubbelt ATB till denna grupp finns inte i den nu aktuella utredningen. Därför kan vi inte ta ställning till den delen av förslaget.

När det gäller den föreslagna höjda åldersgränsen till 67 år för dubbelt ATB är den i likhet med förslaget om tiotandvård kopplad till riktåldern för pension, vilket i sig är rimligt. En annan fråga är om det är tillräckligt för att undvika att personer som närmar sig åldersgränsen för att omfattas av den föreslagna tiotandvården skjuter upp nödvändiga tandvårdsbesök, med risk för att deras behov av tandvård blir större.

13.1.3 Ökad kontroll av inrapporterad vård och behandling

ISF delar bedömningen att *Försäkringskassans kontroll av ärenden om tiotandvård bör vara mer omfattande än den kontroll som sker i dag. Försäkringskassan bör även kontrollera vilka tandvårdsåtgärder som patienten debiterats när ersättningsberättigande tandvård utförs och med vilka belopp.*

ISF ser samma risker för en ökning av så kallad åtgärdsglidning och åtgärdsstapling som utredningen redogör för, det vill säga att vårdgivaren väljer att rapportera större eller svårare åtgärder än vad som faktiskt utförs eller debiterar för extra åtgärder vid sidan av utförda åtgärder. Vi anser att all kontroll av statligt tandvårdsstöd behöver bli mer omfattande. ISF har pekat på att Försäkringskassans arbete med efterhandskontroller är tidskrävande, och att myndigheten i större utsträckning skulle behöva upptäcka risker för felaktiga utbetalningar *innan* utbetalning sker (ISF Rapport 2024:6). Vi instämmer i utredningens bedömning att behovet av kontroller kommer att öka med den föreslagna reformen, och att det också är väsentligt att Försäkringskassans kontroller inom det generella högkostnadsskyddet inte trängs undan, utan snarare ökar. Men vi anser inte att utredningen besvarar hur Försäkringskassan ska ges förutsättningar att genomföra ökade kontroller på ett effektivt och ändamålsenligt sätt. Utredningen tar inte ställning till hur stor ökningen av kontrollerna behöver vara, och beskriver inte heller Försäkringskassans resursbehov för att utföra dessa kontroller. Vi anser att det är avgörande att Försäkringskassan får de ökade resurser som myndigheten behöver för att genomföra nödvändiga kontroller inom både det förstärkta och det generella högkostnadsskyddet. Det är också av yttersta vikt att Försäkringskassan har resurser för att bedriva utveckling för att effektivisera sina kontroller, exempelvis öka de tekniska möjligheterna att använda riskmodeller före utbetalning. Därtill finns det ytterligare behov av

översyn av regelverket för att minska incitamenten för felaktiga inrapporteringar och öka effektiviteten, bland annat ökade krav på vårdgivaren vid ansökan om tandvårdsstöd och en analys av om nuvarande krav på handläggningen av kontroller är rimligt avvägda i det statliga tandvårdsstödet.

13.1.4 Skyldighet att ta emot patienter och prioritera patienter efter behov

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

Förslaget innebär att en viktig princip införs för det statliga tandvårdsstödet. Vi instämmer i utredningens uppfattning att det är rimligt att en vårdgivare som är ansluten till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd bör vara skyldig att prioritera patienter utifrån behov. Men vi ser också att det kan bli svårt att kontrollera och följa upp i vilken utsträckning vårdgivarna lever upp till denna skyldighet. Förändringar i inrapporteringsmönster kan ge Försäkringskassan indikationer, men det kommer bli en svår uppgift för Försäkringskassan att kunna slå fast att en vårdgivare med ett förändrat kundpanorama *de facto* inte uppfyller sin skyldighet att ta emot patienter, särskilt om vårdgivaren anser att den inte har förutsättningar att göra det. Eftersom skyldigheten består i att *ta emot* patienter antar vi också att Försäkringskassans kontroller inte kommer att omfatta hur vårdgivaren arbetar för att styra sitt inflöde av kunder. Som utredningen noterar finns det i dag en tydlig selektion hos privata vårdgivare i att inte utföra tandvård till barn och unga. Samma typ av incitament att vända sig till andra patientgrupper kommer med stor säkerhet att finnas med tiotandvården. Den ändring av 18 b och 19 §§ förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd som utredningen föreslår bör också beaktas i sammanhanget. Förslaget innebär att Försäkringskassan får besluta att neka en vårdgivare anslutning till det elektroniska systemet eller besluta att en sådan anslutning ska upphöra om vårdgivaren *medvetet eller av grov oaktsamhet* har åsidosatt bestämmelser i lagen om statligt tandvårdsstöd eller i föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen och som avser vårdgivarens skyldigheter eller förutsättningar för ersättning. Det är rimligt att anta att det blir svårt för Försäkringskassan att till exempel göra sannolikt att en vårdgivare medvetet eller av grov oaktsamhet och utan godtagbar anledning har underlåtit att prioritera patienter med större behov än andra.

13.1.5 Patienten ska ges information om utförd tandvård och till vårdgivaren lämnad tandvårdsersättning

ISF tillstyrker förslaget att *i samband med beslut om utbetalning av tandvårdsstöd till vårdgivaren ska Försäkringskassan ge patienten information om inrapporterade åtgärder och tillstånd, aktuell högkostnadsnivå samt den tandvårdsersättning och det tandvårdsbidrag som vårdgivaren ansökt om för patientens genomförda behandling. Information om beslut om tandvårdsersättning och rekvirerade tandvårdsbidrag lämnas genom digital myndighetpost. För den patient som inte har sådan anslutning lämnas informationen via fysiskt brev.*

ISF tillstyrker förslaget att *patienten ska genom direktåtkomst hos Försäkringskassan kunna eftersöka information om inestående tandvårdsbidrag, ersättningsperiodens sista dag, aktuell högkostnadsnivå samt inrapporterad tandvård i aktuell och i tidigare ersättningsperioder.*

ISF tillstyrker förslaget att *TLV ska bistå Försäkringskassan med termer och begrepp som förenklar patientens förståelse av tillstånd och åtgärder i sådan information som patienten ges enligt ovan.*

ISF delar bedömningen att *Försäkringskassans självbetjäningssfunktion på internet bör kompletteras med möjligheten för patienten att förhandspröva sin rätt till STB.*

ISF delar bedömningen att *Försäkringskassan bör överväga att ge patienten information om att utbetalad tandvårdsersättning för patienten i efterhand har kontrollerats av Försäkringskassan och beslut om återkrav fattats.*

ISF tillstyrker utredningens förslag i avsnitt 13.1.5 som är sådana att de kan genomföras oberoende av utredningens huvudförslag. Flera utredningar och myndigheter har tidigare framfört ett behov av ökad information till patienterna om det statliga tandvårdsstödet (se SOU 2015:75, SOU 2023:82, Riksrevisionens rapport 2017:19, ISF:s rapport 2024:6). Vi välkomnar utredningens förslag och bedömningar i dessa delar, då de kan bidra till att stärka patientens ställning och innebära starkare incitament för vårdgivare att rapportera korrekt i sina ansökningar om ersättning. När det gäller de patienter som saknar digital myndighetspost och som besöker tandvården ofta kan kravet på information via fysiskt brev bli administrativt betungande för Försäkringskassan. Det kan därför finnas anledning att överväga om det är tillräckligt att information via fysiskt brev skickas exempelvis vid ett begränsat och samlat antal gånger per år.

13.1.7 Vårdgivarpriset för viss åtgärd ska innehålla alla kostnader för vald behandlingsmetod och material

ISF tillstyrker förslaget att *i lagen om statligt tandvårdsstöd ska det införas en definition av vårdgivarpriset. När vårdgivaren utför en ersättningsberättigande behandling ska alla kostnader som ingår i*

tandvårdsåtgärden, alla material och moment vid behandling samt i förekommande fall även dentalt material och tandteknisk kostnad, ingår i vårdgivarens pris för åtgärden. Det är detta pris som vårdgivaren ska rapportera in till Försäkringskassan i samband med en ersättningsbegäran och som ska framgå i vårdgivarens prislista.

Utredningens förslag innebär att vårdgivarens pris blir tydligare och enklare att förstå för patienten, och det möjliggör korrekta prisjämförelser.

13.1.8 Försäkringskassan ska ges utökade möjligheter att avansluta vårdgivare

ISF tillstyrker förslaget att Försäkringskassan ska få besluta att anslutningen till statligt tandvårdsstöd ska upphöra om vårdgivaren medvetet eller av grov oaktsamhet åsidosatt bestämmelser om statligt tandvårdsstöd. Motsvarande ska gälla för möjligheten att neka anslutning.

Om ett åsidosättande är ringa eller om det annars med hänsyn till omständigheterna skulle vara oskäligt att neka anslutning ska Försäkringskassan inte få neka anslutning eller besluta att en anslutning ska upphöra.

ISF tillstyrker förslaget, som kan genomföras oberoende av utredningens huvudförslag. Vi ser positivt på ambitionen att tydliggöra förutsättningarna för avanslutning och nekad anslutning, men det är inte givet att man med utredningens förslag uppnår syftet. Försäkringskassan utreder inte brott utan ska polisanmäla vid misstanke om uppsåt eller grov oaktsamhet. För det fall att Försäkringskassan avansluter en vårdgivare med hänvisning till delvis samma rekvisit, utan att denne blir föremål för åtal eller fällande dom, kan det finnas en risk för att systemet kan uppfattas som otydligt och otillfredsställande ur rättssäkerhetssynpunkt.

16.1 Ikraftträdande

ISF avstyrker förslaget att *författningsförslagen ska träda i kraft den 1 juli 2026.*

Med hänsyn till att det rör sig om en stor och mycket kostsam reform med svårförutsebara konsekvenser, menar vi att det föreslagna ikraftträdandet den 1 juli 2026 varken är lämpligt eller rimligt. Om en så omfattande reform som den nu föreslagna ska genomföras så behöver den vara väl genomarbetad och långsiktigt hållbar. Det finns uppenbara fördelar för såväl enskilda som för vårdgivare och Försäkringskassan med att utreda och utforma ett förstärkt tandvårdsstöd som är mer enhetligt och som inte bygger på att det ska förändras inom kort efter ikraftträdandet. Vi ser, som tidigare också nämnts, att det är synnerligen angeläget att Försäkringskassans kontrollmöjligheter förstärks och förbättras innan ett förstärkt högkostnadsskydd införs.

Regeringen har den 30 januari 2025 gett Försäkringskassan i uppdrag att förbereda införandet av den nya tandvårdsreformen och angett att den första etappen av reformen ska träda i kraft redan den 1 januari 2026. Vi kan därmed konstatera att regeringen har gått vidare med ett ännu tidigare ikraftträdande än det som utredningen föreslagit, innan efterfrågade remissvar inkommit.

Detta yttrande har beslutats av generaldirektören Eva-Lo Ighe. Utredaren Annika Augot har varit föredragande. I beredningen har också utredaren Albin Palmqvist deltagit. Vid den slutliga handläggningen har enhetscheferna Sofie Cedstrand, Dan Ljungberg, Måns Nerman och Elin Sundberg deltagit.

Eva-Lo Ighe

Annika Augot