

Datum
2021-08-31

Diarienummer
2021-0062

Er referens
S 2021/01972

Socialdepartementet

När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2020:8)

Sammanfattning

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

ISF delar bedömningen att *tandvården bör omfattas av vissa etiska principer för tandvårdens prioriteringar (avsnitt 7.4.1)*.

ISF tillstyrker förslaget att *behovs-solidaritetsprincipen om att den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till tandvården ska införas i tandvårdslagen (avsnitt 7.4.1)*.

ISF tillstyrker förslaget att *principen om att tandvården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet ska införas i tandvårdslagen (avsnitt 7.4.1)*.

ISF delar bedömningen att *tandvårdslagen bör innehålla principer för tandvårdens organisering (avsnitt 7.4.2)*.

ISF tillstyrker förslaget att *helt eller delvis offentligt finansierad tandvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (avsnitt 7.4.2)*.

ISF tillstyrker förslaget att *helt eller delvis finansierad tandvårdsverksamhet ska organiseras så att den kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får tandvården koncentreras geografiskt (avsnitt 7.4.2)*.

ISF tillstyrker förslaget att *tandvårdslagen ska innehålla bestämmelser om att tandvården ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (avsnitt 7.4.4)*.

ISF tillstyrker förslaget att *vårdgivarens ansvar för att ge patienten information om behandling och egenvård tydliggörs. Nuvarande krav på*

information om tandhälsotillstånd och de behandlingsmetoder som finns att tillgå förtydligas. Därutöver införs krav på att vårdgivaren ska ge patienten information om det offentliga tandvårdsstödet (avsnitt 7.4.6).

ISF tillstyrker förslaget att det tillvägagångssätt som vårdgivaren har för att patienten ska få tandvårdsstöd för sin behandling tydliggörs (avsnitt 7.4.7).

ISF avstyrker förslaget att regionen ska ansvara för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller 19 år. Sänkningen av den nuvarande åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna ska göras med beaktande av vårdgivarnas förutsättningar att fullfölja påbörjade behandlingar. Ikraftträdandet av förändrad åldersgräns ska anpassas till ikraftträdandet av andra föreslagna förändringar av tandvårdssystemet (avsnitt 8.9.1).

ISF delar bedömningen att bedömning avseende risk för oral sjukdom eller progression av befintlig oral sjukdom, bör utföras på alla patienter som omfattas av avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna. Riskbedömningen bör göras med stöd av en särskild anpassad version av det riskbedömningssystem som enligt förslagen ska utvecklas inom det statliga tandvårdsstödet (avsnitt 8.9.2).

ISF kan varken dela eller inte dela bedömningen att tandhälsoregistret bör utökas till att omfatta tandhälsa och munstatus samt regelbunden och fullständig tandvård till barn och unga vuxna. Detta inkluderar uppgifter om risk, tillstånd och utförd behandlingsåtgärd (avsnitt 8.9.3).

ISF delar bedömningen att alla barn och unga vuxna bör erbjudas tandvård som baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. För att främja detta bör Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård omfatta tandvård till barn och unga vuxna (avsnitt 8.9.4).

ISF delar bedömningen att enhetlig individuell riskbedömning på sikt bör göras av alla patienter i svensk tandvård (avsnitt 9.2.1).

ISF tillstyrker förslaget att enhetlig individuell riskbedömning ska erbjudas till alla patienter som omfattas av statligt tandvårdsstöd. Riskbedömningen ska utgöra en grund för ersättning inom ramen för det statliga tandvårdsstödet för viss tandvård vid sidan av skyddet mot höga kostnader (avsnitt 9.2.1).

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka förslaget att en individuell tandhälsoplan ska utgöra en del av det statliga tandvårdsstödet och erbjudas till alla patienter som omfattas av statligt tandvårdsstöd. Tandhälsoplanen ska utgå ifrån en individuell riskbedömning som genom Försäkringskassans system genererar en risknivå (avsnitt 9.2.2).

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka förslaget att vid ikraftträdandet av bestämmelser om åtgärdsbaserad ersättning till vårdgivare för sådana

undersökningar och förebyggande behandlingar som ingår i en tandhälsoplan ska Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och Särskilt tandvårdsbidrag (STB) upphöra som ersättning i det statliga tandvårdsstödet. Nuvarande bestämmelser om undersökningsprotokoll tas bort och ersätts av bestämmelser om tandhälsoplan (avsnitt 9.2.2).

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka den del av förslaget som gäller att vårdgivare ska lämna patientens tandhälsoplan och skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandling till Försäkringskassan för publicering på e-tjänsten Mina Sidor. ISF tillstyrker däremot den del av förslaget som gäller att övrig information från socialförsäkringsdatabasen om utförd tandvård, aktuell ersättningsnivå samt patientens ersättningsperiod publiceras på e-tjänsten Mina sidor (avsnitt 9.2.3).

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka förslaget att kravet på när vårdgivare ska upprätta och lämna skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandling tydliggörs. En skriftlig behandlingsplan ska lämnas när behandlingens kostnad, beräknad med utgångspunkt i referenspriser, för att utföra en behandling uppgår till ett belopp som minst motsvarar den övre beloppsgränsen i skyddet mot höga kostnader, vilket i dag är 15 000 kronor (avsnitt 9.2.3).

ISF tillstyrker förslaget att Försäkringskassan får i uppgift att inom ramen för nuvarande efterhandskontroller även kontrollera att patienten erbjudits tandhälsoplan samt skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandling (avsnitt 9.2.4).

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka förslaget att det statliga tandvårdsstödet ska omfatta ett selektivt stöd till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Det selektiva stödet ska bestå av ett stöd för viss behandling under viss tid. Dagens regionala särskilda tandvårdsstöd upphör (avsnitt 10.5).

ISF delar bedömningen att Försäkringskassan bör ges i uppdrag att efterhandskontrollera inrapporterad tandvård i syfte att minimera fusk och felaktiga utbetalningar (avsnitt 10.5.4).

ISF tillstyrker förslaget att patienter som är 85 år och äldre ska omfattas av samma patientavgift som övriga patienter inom selektivt stöd (avsnitt 10.5.6).

ISF kan varken dela eller inte dela bedömningen att den sammantagna effekten av ett statligt selektivt tandvårdsstöd med ett tydligt regelverk som omfattar tillstånd och tillhörande tandvårdsåtgärder, tillsammans med tandvårdens möjlighet att initiera en prövning hos Försäkringskassan om patientens tillhörighet till statligt selektivt tandvårdsstöd, bedöms ge bättre förutsättningar för att stödet ska nå avsedda patienter (avsnitt 10.5.7).

ISF delar bedömningen att bestämmelser i socialförsäkringsbalken om preskription, återbetalningsskyldighet, ränta, uppgiftsskyldighet, ändring, omprövning och överklagande gäller för ärenden om statligt tandvårdsstöd,

oavsett om stödet är generellt eller selektivt. Den allmänna förvaltningsrättsliga regeln om vem som har rätt att överklaga gäller för beslut om tillhörighet till statligt selektivt tandvårdsstöd samt beslut om subvention av viss behandling. Detta behöver inte regleras särskilt (avsnitt 10.5.7).

ISF delar bedömningen att Försäkringskassan enligt myndighetens instruktion har i uppdrag att ge information till berörda om socialförsäkringen och de övriga förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för. Detta uppdrag omfattar således även information inom det statliga tandvårdsstödet. Det bör dock övervägas om det, mot bakgrund av den utvidgning av det statliga tandvårdsstödet som utredningens förslaget innebär, finns behov av att myndigheten genomför särskilda informationsinsatser riktade till såväl till allmänheten som till särskilt berörda grupper (avsnitt 10.5.8).

ISF delar bedömningen att Försäkringskassan bör samordna och ytterst ansvara för riktade informationsinsatser till vårdgivare och behandlare om det statliga selektiva tandvårdsstödet (avsnitt 10.5.8).

ISF delar bedömningen att förslaget med ett statligt selektivt stöd medför en administration som följer samma tillvägagångssätt som för det generella statliga tandvårdsstödet med automatiserad digital inrapportering via journalsystemet till Försäkringskassans IT-system. Det selektiva tandvårdsstödet högre subventionsgrad medför dock ett behov av att pröva patientens tillhörighet till stödet innan det kan tillämpas. Kommunikationen med anledning av prövningen sker digitalt. Där regelverket kräver intyg från hälso- och sjukvård eller kommunal verksamhet bör detta hanteras direkt mellan intygande part och Försäkringskassan genom digital inrapportering. Vårdgivare inom tandvård intygar i befintligt IT-system till Försäkringskassan. Inrapporterat data om patientens tillstånd och utförd behandling kan i likhet med data inom det nuvarande statliga tandvårdsstödet användas till statistik för forskning och utveckling. Detta innebär även en förbättrad möjlighet att utveckla och följa upp det statliga selektiva tandvårdsstödet (avsnitt 10.5.9).

ISF delar bedömningen att den ersättning som vårdgivaren får för utförd tandvård inom selektivt stöd ska vara fast per åtgärd och fastställs av Nämnden för statligt tandvårdsstöd (avsnitt 10.5.10).

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka förslaget att ett statligt selektivt tandvårdsstöd för basal tandvård införs för personer med en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion som ger väsentligt försämrade förutsättningar att påverka munhälsan eller att genomgå tandvårdsbehandling (avsnitt 10.6).

ISF tillstyrker förslaget att personer som kan ha rätt till långvarigt stöd för basal tandvård ska kunna identifieras av såväl tandvården som hälso- och sjukvården eller kommunala verksamheter. Berörda verksamheter ska ges tydliga roller inom sitt kompetensområde i processen inför prövning av en persons tillhörighet till stödet. Intygen föreslås hanteras digitalt mot Försäkringskassan. Försäkringskassan ges uppgiften att ta fram intygsblanketter samt samordna processen som mottagare av intygen och

att därefter fatta ett beslut om patientens tillhörighet med intygen som grund (avsnitt 10.6.2).

ISF tillstyrker den andra delen av förslaget att inom det selektiva stödet för basal tandvård bör Försäkringskassan särskilt kommunicera med personer där hälso- och sjukvården identifierat behovet av särskilt stöd, men där den kompletterande odontologiska bedömningen inte utförts. Kommunikation ska ske om vikten av att komplettera med ett tandvårdsbesök för att kunna prövas om tillhörighet. I det fall kommunala verksamheter i stället intygat omfattande vård- och omsorgsbehov kommuniceras beslutet om tillhörighet till personen med information om vad stödet innebär (avsnitt 10.7).

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka förslaget att ett selektivt stöd för viss behandling under viss tid införs för personer med specifika odontologiska tillstånd som är medfödda eller förvärvade. Detta för att uppnå en mer jämlik munhälsa genom att ge personer med medfödda eller förvärvade tillstånd bättre förutsättningar att få en funktionell oral funktion (avsnitt 10.8).

ISF tillstyrker förslaget att personer som kan omfattas av det selektiva tandvårdsstödet för viss behandling under viss tid ska kunna identifieras av såväl tandvård som hälso- och sjukvård. Vårdgivaren inom tandvården ska, under vissa förutsättningar, erbjuda patienten att en prövning till selektivt stöd initieras. Försäkringskassan ges uppgiften att besluta om patientens tillhörighet. Det ska vara möjligt att under vissa förutsättningar få en förnyad behandling vid nya behov inom samma tillstånd. För viss patientgrupp kan en undersökning hos specialist ingå i stödet innan Försäkringskassan utför en prövning om tillhörighet (avsnitt 10.8.2).

ISF tillstyrker förslaget att när patienten fått sin tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd för viss behandling prövad ska regelverket närmare anvisa vilken behandling som kan utföras och vilka eventuella villkor som kan gälla för behandlingen (avsnitt 10.8.3).

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka förslaget att särskilt tandvårdsbidrag, STB, upphör som bidrag. Riskbedömning inom tandhälsoplan som en del av statligt tandvårdsstöd ska i stället omhänderta de patienter som är i behov av ökad förebyggande tandvårdsbehandling på grund av allmänhälsa (avsnitt 10.9).

ISF kan varken dela eller inte dela bedömningen att en förutsättning för att genom ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd kunna stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader för patienterna är att anslagsnivån för anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner i statsbudgeten höjs (avsnitt 11.2.4).

ISF kan varken dela eller inte dela bedömningen att om anslagsnivån på anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner höjs i syfte att stärka skyddet mot höga kostnader bör regeringen ange vilka beloppsgränser och ersättningsgrader som det ökade utrymmet på anslaget är avsett att medge (avsnitt 11.2.4).

ISF kan varken dela eller inte dela bedömningen att *ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd bör utformas genom att förändra beloppsgränser och/eller ersättningsgrader för subvention av samtliga eller ett urval av i dag i tandvårdsstödet ingående tillstånd med tillhörande tandvårdsåtgärder. Utredningen har valt att kostnadsberäkna fyra alternativa modeller (avsnitt 11.2.4).*

ISF anser att det är oklart hur utredningen beräknat de ökade kostnaderna för staten för administration och drift som förslagen förväntas leda till. ISF ser en risk för att utredningen underskattat de administrativa kostnader som krävs för att Försäkringskassan ska kunna administrera och kontrollera riskbedömningssystem och tandhälsoplan på ett ändamålsenligt sätt (avsnitt 12.2.5).

ISF saknar en tillräcklig utredning och analys av integritetsmässiga aspekter på överföringen och behandlingen av personuppgifter hos Försäkringskassan och Socialstyrelsen, vilket rör flera bedömningar och förslag i betänkandet (avsnitten 8.9.2, 8.9.3, 9.2.1, 9.2.2, 9.2.3 och 10.5). Bedömningarna och förslagen behöver utredas ytterligare i detta avseende.

ISF har i övrigt inga synpunkter på bedömningarna och förslagen.

7.4.1 Inför etiska principer för tandvårdens prioriteringar

ISF delar bedömningen att *tandvården bör omfattas av vissa etiska principer för tandvårdens prioriteringar.*

ISF tillstyrker förslaget att *behovs-solidaritetsprincipen om att den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till tandvården ska införas i tandvårdslagen.*

ISF tillstyrker förslaget att *principen om att tandvården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet ska införas i tandvårdslagen.*

Det är enligt ISF:s mening positivt att tandvården omfattas av etiska principer. Vi bedömer att utredningens bedömning och förslag understryker principer som är viktiga för rättssäkerheten och effektiviteten inom tandvårdssystemet. Ett tydliggörande av principerna som grund för prioritering för tandvården kan dessutom bidra till uppfyllelse av mål 10.3 i Agenda 2030 om att säkerställa lika rättigheter för alla och utrota diskriminering. Hur principerna definieras och tolkas i tillämpningen är av avgörande vikt för i vilken grad de kan främja dessa aspekter. Vi anser därför att det är viktigt att följa upp och utvärdera hur principerna efterlevs.

7.4.2 Inför principer för den offentligt finansierade tandvårdens organisering

ISF delar bedömningen att *tandvårdslagen* bör innehålla principer för tandvårdens organisering.

ISF tillstyrker förslaget att *helt eller delvis offentligt finansierad tandvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.*

ISF tillstyrker förslaget att *helt eller delvis finansierad tandvårdsverksamhet ska organiseras så att den kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får tandvården koncentreras geografiskt.*

Det är enligt ISF:s mening positivt att tandvården omfattas av principer som går ut på att främja kostnadseffektivitet och att tandvården bedrivs nära befolkningen. Principernas innehåll kopplar också till delmål 16.6 i Agenda 2030 om att bygga effektiva, tillförlitliga och transparenta institutioner. Hur principerna definieras och tolkas i tillämpningen är av avgörande vikt för i vilken omfattning de i praktiken kommer att främja rättssäkerhet och effektivitet inom tandvårdssystemet. Vi anser därför att det är viktigt att följa upp och utvärdera hur principerna efterlevs.

7.4.4 Tandvård ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet

ISF tillstyrker förslaget att *tandvårdslagen ska innehålla bestämmelser om att tandvården ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.*

ISF anser att det är rimligt att det införs bestämmelser i tandvårdslagen om att tandvården ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. ISF noterar att förslaget skulle innebära ett förtydligade av en princip som redan i dag regleras genom patientsäkerhetslagen. Vi anser att principen har tydliga kopplingar till det närliggande delmålet 3.8 i Agenda 2030 vad gäller att åstadkomma tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård av god kvalitet, vilket ytterligare talar för att föra in principen i tandvårdslagen. Hur principen definieras och tolkas i tillämpningen är av avgörande vikt för i vilken omfattning den i praktiken kommer att främja rättssäkerhet inom tandvårdssystemet. Vi anser därför att det är viktigt att fortsatt följa upp och utvärdera hur principen efterlevs.

7.4.6 Vårdgivarens ansvar för information till patienten tydliggörs

ISF tillstyrker förslaget att *vårdgivarens ansvar för att ge patienten information om behandling och egenvård tydliggörs. Nuvarande krav på*

information om tandhälsotillstånd och de behandlingsmetoder som finns att tillgå förtydligas. Därutöver införs krav på att vårdgivaren ska ge patienten information om det offentliga tandvårdsstödet.

ISF anser att patienters möjlighet att göra informerade val om sin tandvård är en grundpelare för tandvårdsmarknaden och det befintliga tandvårdssystemet. Många människor känner inte till tandvårdsstödet och vad det konkret innebär för dem (se SOU 2015:76, *Ett tandvårdsstöd för alla – Fler och starkare patienter*, s. 22). Tandvårdsmarknaden kännetecknas ofta av informationsasymmetri, det vill säga att patienter inte kan avgöra sitt eget vårdbehov, sina behandlingsalternativ eller kvaliteten på utförd vård. Det kan medföra att vårdgivaren avgör såväl patientens behov som vårdutbudet på marknaden och hur tandvårdsstödet används. Asymmetrisk information riskerar att leda till övervård, högre kostnader för patienterna och bristande förutsägbarhet. Förtydliganden av vårdgivarens informationsskyldighet i samband med tandvårdsbesök kan stärka patientens ställning som aktiv konsument och hans möjligheter att göra informerade val, även om informationsasymmetrin i sig fortsatt kan komplicera patientens möjlighet att avgöra om och när hen har ett fullständigt beslutsunderlag. Även om utredningens förslag kan problematiseras utifrån detta perspektiv innebär det ökade förutsättningar för patienter att få tillgång till information, vilket vi ser positivt på.

7.4.7 Behandlarens tillvägagångssätt vid tillämpning av det statliga tandvårdsstödet tydliggörs

ISF tillstyrker förslaget att det tillvägagångssätt som vårdgivaren har för att patienten ska få tandvårdsstöd för sin behandling tydliggörs.

ISF delar utredningens uppfattning att det statliga tandvårdsstödet utgår från en särskild ordningsföljd i tillämpningen och att det är lämpligt att tydliggöra denna utgångspunkt i regelverket.

8.9.1 Avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna ska erbjudas till och med det år de fyller 19 år

ISF avstyrker förslaget att regionen ska ansvara för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller 19 år. Sänkningen av den nuvarande åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna ska göras med beaktande av vårdgivarnas förutsättningar att fullfölja påbörjade behandlingar. Ikraftträdandet av förändrad åldersgräns ska anpassas till ikraftträdandet av andra föreslagna förändringar av tandvårdssystemet.

Förslaget är intressant och det går inte att utesluta att det, i kombination med förslaget om tandhälsoplan, skulle kunna medföra en ökad jämlikhet och främja förebyggande tandvård för fler unga vuxna än i dag. Förslaget

skulle på så sätt även kunna bidra positivt i förhållande till delmål 10.3 i Agenda 2030 om att anta socialskyddspolitik som bidrar till jämlikhet och delmål 10.4 om att främja lagstiftning för lika möjligheter samt minska förekomsten av ojämlika utfall. Men ISF anser att det utifrån nuvarande kunskapsläge inte går att bedöma att förslaget skulle leda till sådana effekter. Vi anser att det behövs mer empirisk evidens kring de långsiktiga effekterna av avgiftsfri tandvård på såväl individers tandhälsa som kontakt med tandvården för att det ska vara möjligt att tillstyrka förslaget.

Tidigare studier har funnit viss priskänslighet på efterfrågan av förebyggande tandvård, vilket antyder att priset har betydelse för individers beslut att besöka tandvården (Grönqvist E., *Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsters betydelse*. Working Papers in Social Insurance 2012:1, s. 21., Försäkringskassan; ISF, *Avgiftsfri tandvård till unga vuxna*. Rapport 2021:4, s. 8.). I en nyligen publicerad rapport visar ISF att effekten av avgiftsfri tandvård på sannolikheten att besöka tandvården för en basundersökning var högre bland individer med dålig tandhälsa, individer som lever i hushåll med låg disponibel inkomst, samt bland de personer vars föräldrar har dålig tandhälsa (ISF 2021:4, s. 25). Resultaten är i linje med en tidigare studie som visar att det framför allt är bland unga individer, individer med låg inkomst och personer med dålig tandhälsa som priset påverkar beslutet att besöka tandvården (Riksrevisionen, *Tandvårdsreformen – när den alla?* RiR 2012:12, s. 38–39). Avgiftsfri tandvård skulle därför kunna bidra till att uppnå en högre besöksfrekvens i grupper som generellt har mindre kontakt med tandvården och styra resurser till patienter med störst behov.

Resultaten från ISF:s rapport pekar även på att en förlängd avgiftsfri tandvård potentiellt skulle kunna leda till mer regelbunden kontakt med tandvården på lång sikt för unga vuxna. Men det saknas empiriskt underlag för att vidare kunna undersöka detta. ISF anser att det i dagsläget inte går att avgöra de långsiktiga effekterna av ett borttagande av avgiftsfri tandvård för individers tandhälsa och tandvårdskostnader.

Vi konstaterar att det nuvarande statliga tandvårdsstödet redan i dag erbjuder unga vuxna med god tandhälsa möjligheten att besöka tandvården för förebyggande vård och undersökning till en låg kostnad, via det allmänna tandvårdsbidraget (ATB). Trots detta sjunker besöksfrekvensen signifikant när unga vuxna går från avgiftsfri tandvård till statligt tandvårdsstöd (ISF 2021:4, s. 31–32). Införandet av dubbelt ATB bidrog inte heller till ökade besöksfrekvenser bland unga vuxna (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Konsekvenserna av höjningen av det allmänna tandvårdsbidraget i april 2018*. Dnr 2896/2019, 2019, s. 17.). En förklaring till detta kan vara att unga vuxnas besöksmönster till stor del beror på regelbundna kallelser till besök inom den avgiftsfria tandvården, samt risken för höga tandvårdskostnader i samband med mer omfattande reparativ vård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet.

ISF delar utredningens uppfattning att en fast avgift om 200 kronor per besök innebär att unga individer skulle få större kontroll över tandvårdskostnaderna för undersökningar och förebyggande besök inom det statliga tandvårdsstödet. Samtidigt noterar vi att den fasta avgiften inte ersätter den avgiftsfria tandvården för de patienter som har en högre risk för höga kostnader på grund av omfattande och kostsam tandvård. De som inte besöker tandvården har i snitt sämre självskattad tandhälsa jämfört med befolkningen som helhet (Folkhälsomyndigheten, *Jämlig tandhälsa – en analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning*. 2019, s. 15). Vi är sammantaget tveksamma till att en fast avgift för förebyggande vård får någon större effekt på besöksfrekvensen bland de unga vuxna som inte har någon eller dålig kontakt med tandvården.

Givet utredningens betänkande kan vi även konstatera att den nuvarande ersättningsmodellen för fri tandvård inte fungerar på grund av bristande personalresurser inom folktandvården samt lågt deltagande av privata vårdgivare inom fri tandvård. ISF kan inte utesluta att en sådan problematik kan lösas inom ramen för avgiftsfri tandvård genom behovsanpassade revisionsintervall fastställda via individuella riskbedömningar, såsom föreslås i utredningen.

Enligt utredningen har den avgiftsfria tandvården för åldersgruppen 19–23 bidragit till en ökning av vård som sker utanför det län där individer är bokförda. Vi instämmer med utredningens bedömning att detta är en administrativ utmaning. Det är samtidigt viktigt att ta hänsyn till att denna period i livet sannolikt omfattar stora förändringar i unga vuxnas levnads- och matvanor samt ekonomiska situation. Detta kan i sin tur påverka tandhälsan och individers benägenhet att besöka tandvården.

8.9.2 Riskbedömning av barn och unga vuxna

ISF delar utredningens bedömning att *bedömning avseende risk för oral sjukdom eller progression av befintlig oral sjukdom, bör utföras på alla patienter som omfattas av avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna. Riskbedömningen bör göras med stöd av en särskild anpassad version av det riskbedömningssystem som enligt förslagen ska utvecklas inom det statliga tandvårdsstödet.*

ISF anser i likhet med utredningen att en enhetlig nationell riskbedömningsmodell skulle bidra till att synliggöra regionala skillnader i tandhälsa hos barn och unga vuxna och till en mer enhetlig bedömning av deras nuvarande och framtida tandvårdsbehov. Men vi anser att hanteringen av riskbedömningen och på vilket sätt den ska rapporteras behöver utredas vidare, se vårt resonemang om utredningens avsnitt 8.9.3 och remissvarets avsnitt om *Bristfällig analys av de integritetsmässiga aspekterna på inrapportering av uppgifter till Försäkringskassan och Socialstyrelsen.*

Vidare anser vi att regionernas kallelser sannolikt är en viktig faktor som bidrar till besöksmönstret bland barn och unga vuxna som får fri tandvård. Ett revisionsintervall anpassat till individers tandvårdsbehov leder troligen till en minskning i tandvårdskonsumtion bland unga vuxna med god tandhälsa. Det skulle eventuellt kunna minska de undanträngningseffekter som beskrivs i utredningen, vilket i sin tur kan frigöra resurser som kan riktas till patienter med störst behov.

8.9.3 Data om barn och unga vuxnas tandhälsa och tandvård till tandhälsoregistret

ISF kan varken dela eller inte dela bedömningen att *tandhälsoregistret bör utökas till att omfatta tandhälsa och munstatus samt regelbunden och fullständig tandvård till barn och unga vuxna. Detta inkluderar uppgifter om risk, tillstånd och utförd behandlingsåtgärd.*

Det saknas underlag för att avgöra om bedömningen är i enlighet med regelverket om skydd för personuppgifter. Det framgår inte heller hur avvägningen har gjorts mellan nyttan med förslaget och behovet av integritet för enskilda. Trots att det finns viktiga fördelar med förslaget anser vi därför att frågan behöver utredas vidare. Se även remissvarets avsnitt om *Bristfällig analys av de integritetsmässiga aspekterna på inrapportering av uppgifter till Försäkringskassan och Socialstyrelsen.*

8.9.4 Nationella riktlinjer bör omfatta barn och unga vuxna

ISF delar bedömningen att *alla barn och unga vuxna bör erbjudas tandvård som baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. För att främja detta bör Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård omfatta tandvård till barn och unga vuxna.*

ISF är enig med utredningen om att nationella vägledande riktlinjer för tandvård till gruppen barn och unga vuxna skulle kunna bidra till att minska omotiverade regionala skillnader i tandvårdsutbudet för den här patientgruppen. Vi ser positivt på förslaget, inte minst utifrån ett jämlikhetsperspektiv och ser att förslaget kan bidra till framsteg i förhållande till delmål 10.4 i Agenda 2030 om att främja lagstiftning för lika möjligheter samt minska förekomsten av ojämlika utfall. Förslaget tangerar även mål 3 om god hälsa och välbefinnande.

9.2.1 Enhetlig individuell riskbedömning

ISF delar bedömningen att *enhetlig individuell riskbedömning på sikt bör göras av alla patienter i svensk tandvård.*

ISF tillstyrker förslaget att *enhetlig individuell riskbedömning ska erbjudas till alla patienter som omfattas av statligt tandvårdsstöd. Riskbedömningen ska utgöra en grund för ersättning inom ramen för det statliga tandvårdsstödet för viss tandvård vid sidan av skyddet mot höga kostnader.*

Men vi anser att hanteringen av riskbedömningen och på vilket sätt den ska kopplas till systemet för ersättning från det statliga tandvårdsstödet behöver utredas vidare i flera delar, se remissvarets avsnitt 9.2.2 och avsnitt om *Bristfällig analys av de integritetsmässiga aspekterna på inrapportering av uppgifter till Försäkringskassan och Socialstyrelsen.*

Vi instämmer i utredningens analys om att en god och jämlik tandvård som utgår från patientens behov bör baseras på individuella bedömningar av risk för uppkomst och progression av oral ohälsa. Som utredningen konstaterar bedrivs tandvården på detta sätt redan i dag, och det är lämpligt att arbetssättet ligger till grund för och bidrar till att styra tandvårdskonsumtionen i befolkningen mot dem som har störst behov. Vi anser vidare att resonemanget i betänkandet att riskbedömningarna ska ske på ett enhetligt sätt är adekvat givet utredningens förslag om att bedömningarna ska ligga till grund för ersättning från det statliga tandvårdsstödet. Det är av stor vikt att systemen bakom beslut och utbetalningar av offentliga medel är likformiga och transparenta för att undvika brister i systemet utifrån ett legitimitets- och rättssäkerhetsperspektiv.

Det finns även andra rättssäkerhets- och effektivitetsaspekter som bör beaktas vid utformningen av riskbedömningssystemet. En betydande del av legitimiteten för tandvårdssystemet skapas exempelvis i mötet mellan vårdgivare och patient. Det är därför viktigt att riskbedömningssystemet utformas så att det framstår som väl avvägt, realistiskt och enkelt att förstå för såväl vårdgivare som patienter i de enskilda vårdssituationerna.

Det är dessutom viktigt att riskbedömningarna utförs på ett korrekt sätt och att dokumentationen stämmer överens med patienternas verkliga status och risk. Försäkringskassan behöver ha goda förutsättningar för att kontrollera riskbedömningarna på ett effektivt och rättssäkert sätt, särskilt mot bakgrund av att de påverkar ersättnings storlek. För att underlätta kontrollerna behöver riskbedömningssystemet vara tydligt och förutsebart. Försäkringskassan behöver också ges resursmässiga förutsättningar för att utföra kontroller. ISF anser att det finns risk för att utredningen har underskattat behovet av resurser för Försäkringskassan, se våra kommentarer under *12.2.5 Ekonomiska konsekvenser för staten.*

9.2.2 Tandhälsoplan ska ersätta ATB, STB och undersökningsplan

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka förslaget att *en individuell tandhälsoplan ska utgöra en del av det statliga tandvårdsstödet och erbjudas till alla patienter som omfattas av statligt tandvårdsstöd. Tandhälsoplanen ska utgå ifrån en individuell riskbedömning som genom Försäkringskassans system genererar en risknivå.*

Vi anser att vissa av de frågor som utredningen inte tar ställning till, utan lämnar till myndigheter att besvara inom ramen för ett utvecklingsarbete inför förslagets införande, är av sådan vikt för det föreslagna systemets funktion och konsekvenser att det inte är möjligt att ta ställning till förslaget på befintligt underlag. Det är enligt vår mening inte heller möjligt att ta ställning till om förslaget är i enlighet med regelverket om skydd för personuppgifter, eftersom det inte framgår hur avvägningen har gjorts mellan nyttan med förslaget och behovet av integritet för enskilda. Vi anser därför att förslaget behöver utredas vidare, se även remissvarets avsnitt om *Bristfällig analys av de integritetsmässiga aspekterna på inrapportering av uppgifter till Försäkringskassan och Socialstyrelsen.*

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka förslaget att *vid ikraftträdandet av bestämmelser om åtgärdsbaserad ersättning till vårdgivare för sådana undersökningar och förebyggande behandlingar som ingår i en tandhälsoplan ska Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och Särskilt tandvårdsbidrag (STB) upphöra som ersättning i det statliga tandvårdsstödet. Nuvarande bestämmelser om undersökningsprotokoll tas bort och ersätts av bestämmelser om tandhälsoplan.*

Mot bakgrund av att vi anser att förslaget om tandhälsoplan behöver utredas vidare kan vi inte tillstyrka eller avstyrka förslaget.

Tandhälsoplan kan bidra till mer jämlik tandhälsa, men det är inte hela lösningen

ISF:s övergripande bedömning är att förslaget om att införa en individuell tandhälsoplan är positivt på så sätt att det sannolikt kommer att rikta resurserna inom tandvården till de patienter som har störst behov av undersökning och förebyggande vård. Tandhälsoplan kan också komma att främja konsumtion av förebyggande tandvård hos befolkningen, särskilt när den kombineras med en låg och förutsebar patientavgift. Vi bedömer att förslaget kan innebära förutsebarhet för patienterna och bidra till en mer jämlik tandhälsa och att förslaget på så sätt tangerar delmål 3.8 i Agenda 2030 om en allmän och ekonomiskt överkomlig tillgång till hälso- och sjukvård. Men vi noterar också att behandling av uppkomna sjukdomstillstånd eller skador fortsatt kommer att omfattas av högkostnadsskyddet. Det innebär att den ekonomiska tröskeln för att åtgärda befintlig eller uppkommen oral ohälsa kvarstår.

Vi är även av uppfattningen att förslaget om tandhälsoplan riskerar att leda till önskade effekter och att det finns flera risker med förslaget. Betänkandet innehåller också ett antal oklarheter. I avsnitten nedan redogör vi för dessa risker och oklarheter.

Vi noterar dessutom att en grundläggande utgångspunkt för utredningens förslag är att det finns resursbrist inom tandvården, varför utredningen menar att resurserna behöver riktas mot de med störst behov i högre grad än i dag. Vi anser att det är viktigt att utredningen förhåller sig till tandvårdsmarknaden, men är tveksamma till att en omfattande förändring av tandvårdssystemet som baseras på resursbristen gör systemet robust och långsiktigt hållbart eftersom det till viss del är en extern faktor som kan förändras över tid.

Vilka åtgärder som ska ingå i tandhälsoplanen är av avgörande betydelse för systemets funktion och effekter

Av utredningens förslag framgår att åtgärder inom tandhälsoplanen bör omfatta såväl åtgärder för undersökning som viss förebyggande behandling. Den närmare utformningen av tandhälsoplanen avseende åtgärdernas innehåll och omfattning samt intervall ska göras inom ramen för ett utvecklingsarbete av berörda myndigheter. Även den närmare avgränsningen av vilka sjukdomar och sjukdomstillstånd som riskbedömningen ska omfatta ska fastställas inom ramen för utvecklingsarbetet på myndighetsnivå.

Vi anser att frågan om vilka undersökningar och vårdsituationer som innefattas i tandhälsoplanen är avgörande för hur systemet kommer att fungera och vilka resultat det kommer att leda till. Utifrån utredningens betänkande är det exempelvis oklart om de undersökande åtgärderna inom ramen för tandhälsoplan enbart ska innefatta undersökning och att all förebyggande vård ska innefattas i de mellanliggande besöken (jämför med åtgärden 101 för basundersökning i dagens system som också innefattar viss förebyggande behandling). ISF anser att utredningen både lämnar frågan om åtgärdernas innehåll och tandhälsoplanens intervaller till berörda myndigheter utan tillräckliga vägledande principer.

Oklarheten om innehållet gäller också de mellanliggande besöken med förebyggande vård. Utredningen uppger att de omfattar viss förebyggande behandling för personer med risk för eller befintlig sjukdom men nämner bara kortfattat några exempel på vilken typ av vård det kan röra sig om. Vi anser att det är oklart vilken förebyggande vård som tandhälsoplanen omfattar.

Även om vi har förståelse för att utredningen lämnar en del av den närmare utformningen av systemet till myndigheter, gör oklarheterna det svårt att överblicka förslagets påverkan på patienternas kostnader och tandhälsa och hur systemet kommer att fungera. Eftersom utredningens förslag innebär omfattande förändringar av tandvårdssystemet anser vi att

det är angeläget att själva innehållet i förslagen framgår så tydligt som möjligt. Det är annars svårt att värdera förslaget och dess tänkbara konsekvenser. Eftersom förslaget innebär en fast åtgärdsbaserad ersättning till vårdgivare är vi av uppfattningen att behovet av att tydliggöra innehållet inte kan underskattas.

Det finns risker för oförändrad eller ökad ojämlikhet när det gäller behandlingar inom ramen för högkostnadsskyddet

Utredningen menar att det som talar för en fast åtgärdsbaserad ersättning till vårdgivaren väger tyngre än det som talar mot en sådan reglering. ISF tar inte ställning till den politiska prioriteringen i frågan men noterar att förslaget innebär ett antal risker som är viktiga att ta hänsyn till vid utformningen av systemet.

Utredningen nämner risken att den fasta ersättningen till vårdgivare skulle skapa incitament för att höja priserna på vård som omfattas av högkostnadsskyddet, men bedömer att risken inte är så stor. Vi anser däremot att denna risk är överhängande, och att det kan medföra en ännu högre ekonomisk tröskel för att åtgärda tandsjukdomar och skador jämfört med i dag. En prishöjning kan därför leda till den oönskade konsekvensen att tandhälsan i vissa avseenden skulle präglas av minst lika stor, eller större, ojämlikhet som i dag. För det fall förslaget införs instämmer ISF därför med utredningen om att det är viktigt att den fasta åtgärdsbaserade ersättningen till vårdgivaren i så stor utsträckning som möjligt speglar vårdgivarnas faktiska kostnader för vården. Förslaget riskerar annars att leda till försämringar i förhållande till det närliggande delmålet 3.8 i Agenda 2030 om en allmän och ekonomiskt överkomlig tillgång till hälso- och sjukvård. Vi hade också önskat ett mer utförligt resonemang om olika alternativa ersättningsmodeller till vårdgivarna.

I vilken omfattning prisregleringen kan leda till felaktiga diagnostiseringar och övervård är också en fråga som bör tas i beaktande. Utredningen bedömer att risken är liten. Vi anser att det är svårt att förutse, men att det är viktigt att systemen för utbetalningar av statligt tandvårdsstöd är utformade så att det finns goda förutsättningar för kontroll. För att underlätta kontrollerna behöver systemet för beslut om olika tandhälsoplaner vara tydligt och förutsebart. Försäkringskassan behöver också ges resursmässiga förutsättningar för att utföra kontroller (se även avsnitt 9.2.4 i vårt remissvar).

Det finns oklarheter i fråga om hur beslut ska fattas och vilka möjligheter som kommer finnas att överklaga

I utredningens författningsförslag anges bland annat att en tandhälsoplan ska fastställas utifrån en bedömning av patientens risk. Vårdgivare ska erbjuda en patient tandhälsoplan och lämna uppgifter om utförd riskbedömning samt patientens tandhälsoplan till Försäkringskassan. Ett

beslut om tandhälsoplan gäller omedelbart och till dess att en behandlande tandläkare eller tandhygienist gör en annan bedömning av patientens risk i samband med undersökning (se författningsförslaget i betänkandets avsnitt 1.3 och 1.10). I förslaget i avsnitt 9.2.2 anges att tandhälsoplanen ska utgå ifrån en individuell riskbedömning som genom Försäkringskassans system genererar en risknivå. Av motivtexten framgår att förfarandet föreslås ske genom ett automatiserat beslutfattande i realtid.

För ISF framstår det som oklart utifrån betänkandet hur och av vem beslut om risknivå och tandhälsoplan ska fattas. Om tanken är att Försäkringskassan ska fatta beslut om något av detta behöver det, enligt vår bedömning, förtydligas.

När det gäller den enskilda personens möjlighet att överklaga konstaterar utredningen att patienten, såsom berättigad till ersättning inom statligt tandvårdsstöd, har möjlighet att överklaga ett beslut som går hen emot i enlighet med förvaltningslagen om beslutet i övrigt är av sådant slag att det kan överklagas (se också bedömningen gällande detta i remissvarets avsnitt 10.5.7). Vidare anför utredningen att patienten följaktligen bör ha rätt att överklaga ärenden om ett beslut om viss risknivå och ersättning enligt viss tandhälsoplan. Utredningen anser att det inte behöver regleras särskilt vem som har rätt att överklaga eller begära omprövning, utan att detta framgår av befintliga förvaltningsrättsliga och socialförsäkringsrättsliga regler.

Ett beslut om risknivå eller tandhälsoplan skulle enligt förslaget få stor betydelse för patienten på så sätt att det skulle avgöra vilken tandvård som patienten kommer få tillgång till. Det framstår som osäkert om tanken från utredningens sida är att ett beslut om risknivå eller tandhälsoplan ska kunna överklagas särskilt, eller endast i samband med att ett beslut om ersättning överklagas. Det är också osäkert om ett sådant beslut utifrån gällande rättsläge skulle få överklagas särskilt, jämför HFD 2020 not. 14.

Vilka möjligheter en patient ska ha att ta tillvara sin rätt vid oenighet med antingen vårdgivare eller Försäkringskassan i fråga om riskbedömning eller tandhälsoplan berörs inte heller i övrigt i betänkandet. ISF anser att det finns behov av att analysera och klarlägga detta om förslaget bereds vidare.

Risk för att tandhälsoplanen leder till mindre resurser för regionerna

ISF anser att det finns en potentiell risk att prisregleringen kan leda till ett minskat utbud av vård inom ramen för tandhälsoplan. Om en stor mängd vårdgivare upplever att de saknar tillräckliga intäkter för en viss typ av vård finns det en risk att de slutar tillhandahålla denna vård. Utredningen pekar på att det i dag finns skillnader mellan den typ av tandvård som utförs av folktandvården och privata vårdgivare, samt att denna skillnad påverkar folktandvårdens resurser. Vi anser att det finns en risk att sådana

skillnader också uppstår i det system som utredningen föreslår med tandhälsoplan, framför allt om ersättningen till vårdgivarna inte är väl avvägd.

Förslaget om ATB och STB ska upphöra som ersättning och att ta bort undersökningsprotokoll har viktiga poänger men kan inte tillstyrkas

ISF instämmer i utredningens analys om användandet av ATB och STB. Utifrån de studier som finns och som utredningen refererar till framstår det som att bidragen inte har fått avsedd effekt och att det finns en låg kännedom om dem hos befolkningen. Vi anser därför att det finns goda skäl för utredningens förslag att ersätta bidragen med en mer träffsäker ersättningsform. Även utredningens förslag att ta bort skyldigheten att upprätta undersökningsprotokoll är logiskt mot bakgrund av att den i stället föreslår införandet av en tandhälsoplan. Men eftersom hela förslaget grundas på införandet av tandhälsoplan, vilket vi varken kan tillstyrka eller avstyrka, tar vi inte ställning till det.

9.2.3 Tandhälsoplan, behandlingsplan och annan information om utförd tandvård ska tillgängliggöras via e-tjänsten Mina sidor

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka den del av förslaget som gäller att *vårdgivare ska lämna patientens tandhälsoplan och skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandling till Försäkringskassan för publicering på e-tjänsten Mina Sidor.*

Vi anser att betänkandet saknar ett tillräckligt utvecklat resonemang om avvägningen mellan nytta och integritetsaspekter när det gäller överföring av tandhälsoplan till Försäkringskassan för vidare tillgängliggörande via Mina Sidor. Se även remissvarets avsnitt om *Bristfällig analys av de integritetsmässiga aspekterna på inrapportering av uppgifter till Försäkringskassan och Socialstyrelsen.*

ISF tillstyrker den del av förslaget som gäller att *övrig information från socialförsäkringsdatabasen om utförd tandvård, aktuell ersättningsnivå samt patientens ersättningsperiod publiceras på e-tjänsten Mina sidor.*

Denna del av förslaget omfattas inte av samma invändningar. Det beror på att uppgifterna redan i dag rapporteras in till Försäkringskassan som ett underlag för utbetalning av statligt tandvårdsstöd. Vi anser att det är angeläget att patienten hålls informerad om den vård och ersättning som hen fått och att information om detta på Mina Sidor kan utgöra ett komplement till den information som vårdgivaren ger patienten. Men det är viktigt att uppgifterna på Mina Sidor inte ersätter vårdgivarens informationsansvar. Det är också viktigt att informationen till patienten är tydlig och lätt att förstå.

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka förslaget att *kravet på när vårdgivare ska upprätta och lämna skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandling tydliggörs. En skriftlig behandlingsplan ska lämnas när behandlingens kostnad, beräknad med utgångspunkt i referenspriser, för att utföra en behandling uppgår till ett belopp som minst motsvarar den övre beloppsgränsen i skyddet mot höga kostnader, vilket i dag är 15 000 kronor.*

Som vi tidigare har beskrivit delar vi utredningens analys om att det finns en informationsasymmetri på tandvårdsmarknaden som undergräver patienternas möjligheter att agera som aktiva konsumenter och därigenom bidra till ett effektivt tandvårdssystem, se remissvarets avsnitt 7.4.6. Kravet på att upprätta skriftliga behandlingsplaner är, som utredningen visar, något otydligt, vilket kan leda till att det inte anses omfatta vissa kostsamma behandlingar. Det är olyckligt utifrån ett rättssäkerhets- och effektivitetsperspektiv. Vi är därför positiva till utredningens förslag att förtydliga kravet på behandlingsplan så att det utgår från patientens kostnader, i stället för åtgärdstyper. Men vi noterar samtidigt att utredningens förslag bygger på en beräkning utifrån de planerade åtgärdernas referenspriser, vilket innebär att kravet inte förhåller sig till patienternas faktiska kostnader. Det är också oklart varför utredningen drar slutsatsen att gränsen för när kravet aktualiseras ska motsvara den övre beloppsgränsen i högkostnadsskyddet. Vi anser att dessa oklarheter gör att det inte går att ta ställning till förslaget i sin helhet.

9.2.4 Försäkringskassan ska kontrollera att patienten erbjuds tandhälsoplan och skriftlig behandlingsplan

ISF tillstyrker förslaget att *Försäkringskassan får i uppgift att inom ramen för nuvarande efterhandskontroller även kontrollera att patienten erbjudits tandhälsoplan samt skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandling.*

För det fall förslaget om tandhälsoplan införs är det av stor vikt att Försäkringskassan ges förutsättningar att kontrollera att systemet fungerar som det är tänkt och att det inte sker felaktiga utbetalningar. Vi delar utredningens bedömning om att planens utformning och den ersättningsmodell som föreslås medför ett behov av systematiska kontroller av att tandhälsoplaner upprättas, efterlevs och att patienten får vården till fastställd patientavgift. Det bör även vara möjligt att genomföra kontroller utan att vårdgivaren skickar in tandhälsoplaner och behandlingsplaner i samband med varje patientbesök.

Utredningen bedömer att det är låg risk för att vårdgivare systematiskt skulle underlåta att erbjuda tandhälsoplan eller lämna information till patienten. Vi bedömer att risken kan vara något större än utredningen beskriver med tanke på att förslaget innebär en fast ersättningsnivå till

vårdgivarna och den analys som utredningen själv gjort om att det redan i dag finns brister i hur vårdgivarna uppfyller sitt informationsansvar (se s. 446 i betänkandet). Åtminstone när det gäller användningen på kort sikt. Det finns en risk för att utredningen undervärderar behovet av kontroller och de resurser som Försäkringskassan behöver för att utföra dem, se även våra kommentarer under 12.2.5 *Ekonomiska konsekvenser för staten*.

ISF är även positiv till den möjlighet som utredningen hänvisar till i avsnitt 9.2.5 som gäller att Försäkringskassan informerar patienten om inrapporterad vård och utbetald ersättning, även om utredningen inte formulerat det som ett förslag eller en bedömning. Det skulle kunna ge patienten möjlighet att involveras och reagera om något inte stämmer.

10.5 Förslag om ett nytt selektivt tandvårdsstöd som en del av det statliga tandvårdsstödet

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka förslaget att *det statliga tandvårdsstödet ska omfatta ett selektivt stöd till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Det selektiva stödet ska bestå av ett stöd för basal tandvård under lång tid och ett stöd för viss behandling under viss tid. Dagens regionala särskilda tandvårdsstöd upphör.*

Vi anser att det saknas tillräckliga underlag för att bedöma hur utredningen har resonerat kring avvägningen mellan målet att erbjuda å ena sidan en likformig försäkring och å andra sidan en anpassad och specialiserad vård för patienter med särskilda behov. I utredningens kartläggning framgår det att det i dagsläget finns betydande skillnader i den tandvård som erbjuds inom ramen för de regionala särskilda tandvårdsstöden. Vi instämmer med utredningens resonemang att ett statligt selektivt tandvårdsstöd sannolikt bidrar till att förbättra förutsättningarna för ett likformigt tandvårdsstöd. Men detta måste vägas mot möjligheten till regional anpassning och specialisering av vårdutbudet till lokala förutsättningar som erbjuds med ett regionalt selektivt tandvårdsstöd för denna patientgrupp. Vi hade gärna sett att utredningen hade problematiserat mer kring den frågan, exempelvis utifrån mål 3 och 10 i Agenda 2030 om god hälsa och välbefinnande respektive minskad ojämlikhet.

Det selektiva tandvårdsstödet skulle riktas till individer med individuella och omfattande tandvårdsbehov. ISF anser att komplexiteten i att utforma ett nationellt och standardiserat regelverk som kan tillgodose tandvårdsbehoven hos en så heterogen patientgrupp inte kan underskattas. Vi efterfrågar därför över lag ett mer utförligt resonemang om hur systemet kan anpassas till individuella förutsättningar och behov. Ett tydligt regelverk är viktigt för att tillhandahålla rättssäkra behörighetsbedömningar, men kan samtidigt försvåra möjligheten att anpassa vården till den enskilda patientens behov.

Vi anser även att avsnitt 10 i betänkandet generellt saknar tydliga referenser till empirisk litteratur och vetenskapligt underlag för att underbygga viktiga resonemang och ställningstagande som utredningen gör.

Vi anser dessutom att den del av förslaget som innebär inrapportering av personuppgifter till Försäkringskassan, och vidare rapportering till Socialstyrelsen, inte har utretts tillräckligt såvitt avser integritetsmässiga aspekter, se remissvarets avsnitt om *Bristfällig analys av de integritetsmässiga aspekterna på inrapportering av uppgifter till Försäkringskassan och Socialstyrelsen*. När det gäller rapportering av uppgifter till Socialstyrelsen är förslaget inte beroende av att en sådan rapportering sker. Men integritetsfrågan behöver beaktas för det fall förslaget bereds vidare.

10.5.4 Tillvägagångssätt för att minimera fusk och felaktiga utbetalningar

ISF delar bedömningen att *Försäkringskassan bör ges i uppdrag att efterhandskontrollera inrapporterad tandvård i syfte att minimera fusk och felaktiga utbetalningar*.

Om utredningens förslag om ett nytt selektivt tandvårdsstöd införs ser vi fördelar med att tandvård inom såväl det generella som det selektiva tandvårdsstödet hanteras i samma IT-system, vilket troligen bidrar till att motverka att dubbel subvention ges för samma behandling.

Vi instämmer i utredningens resonemang att Försäkringskassans möjligheter att utföra effektiva kontroller i IT-systemet bygger på ett detaljerat regelverk som kan valideras. Men vi efterfrågar ett djupare resonemang kring hur ett sådant regelverk ska utformas.

ISF noterar att vårdgivarens skyldighet att pröva patientens behörighet till det selektiva stödet utgör ett viktigt led för att säkerställa att patienter med särskilda behov får tillgång till subventionerad vård. Samtidigt vill vi betona att det finns ekonomiska incitament för vårdgivare att erbjuda patienter vård inom ramen för det generella tandvårdsstödet med fri prissättning, i stället för selektiva stödet där priserna är reglerade. Patientens egen kunskap och efterfrågan av att få rätten till selektivt tandvårdsstöd prövad kan vara ett effektivt sätt att bidra till att säkerställa att stödet når avsedd målgrupp. Vi anser därför att riktad information till berörda patientgrupper kan minska risken för felaktiga utbetalningar.

10.5.6 Patienter som är 85 år och äldre ska omfattas av samma regler om patientavgift inom selektivt stöd

ISF tillstyrker förslaget att *patienter som är 85 år och äldre ska omfattas av samma patientavgift som övriga patienter inom selektivt stöd*.

Vi anser att utredningens resonemang är rimligt givet att det selektiva stödet, under förutsättning att det skulle införas, skulle innebära en avsevärd

subvention för sådan tandvård som omfattas av stödet. Men vi anser att gränsdragningen mellan den tandvård som ingår i det selektiva stödet och det statliga stödet är av minst lika stor vikt för hur äldres besöksmönster inom tandvården kommer att påverkas av förändringarna i tandvårdssystemet som föreslås i betänkandet.

Det har tidigare konstaterats att tandvårdsstöd för äldre inte når målgruppen i tillräcklig omfattning. Bristande information och kännedom om stöden har angivits som en av orsakerna till undernyttjandet (*Vårdanalys, Tandlösa tandvårdsstöd – En analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen*. Rapport 2015:3, s. 42). Vi vill därför återigen framhålla vikten av informationsinsatser riktade till målgrupper för tandvårdsstöden, som exempelvis äldre patienter, för att stimulera användningen av tandvårdssubventioner.

10.5.7 Bättre förutsättningar för att ett selektivt tandvårdsstöd ska nå avsedda patienter

ISF kan varken dela eller inte dela bedömningen att *den sammantagna effekten av ett statligt selektivt tandvårdsstöd med ett tydligt regelverk som omfattar tillstånd och tillhörande tandvårdsåtgärder, tillsammans med tandvårdens möjlighet att initiera en prövning hos Försäkringskassan om patientens tillhörighet till statligt selektivt tandvårdsstöd, bedöms ge bättre förutsättningar för att stödet ska nå avsedda patienter*.

Vi anser att framtagandet av tydliga och detaljerade riktlinjer för tandvård i samband med omfattande och komplicerade tillstånd kan göra det svårt för Försäkringskassan att utföra en rättssäker och likformig bedömning av tillhörighet och ersättning. Det finns därför risk för att det inte leder till en förbättrad träffsäkerhet jämfört med dagens system. Avvägningar när det gäller svårighetsgraden på individens funktionsnedsättning, varaktigheten av olika tillstånd samt omfattningen av vård- och omsorgsbehov kan resultera i svårdefinierbara kriterier som komplicerar bedömningen av patienters tillhörighet.

Komplexiteten i systemet kan försvåra möjligheterna för såväl målgrupperna som vårdgivare, att få kunskap om stödet. Detta är ytterligare en faktor som kan påverka målgruppens nyttjande av tandvårdsstödet på ett negativt sätt (*Vårdanalys 2015:3, s. 42*).

Det finns i dag även stora begränsningar vad gäller kunskapen om sambandet mellan tandhälsa och olika hälsotillstånd. Vi anser att avsaknaden av tydliga kopplingar mellan tandhälsan och olika hälsotillstånd kan försvåra bedömningen av patienters behörighet till selektivt stöd på nationell nivå, samt även Försäkringskassans möjligheter att utföra en likformig bedömning.

Riskerna som vi redovisar ovan gör att det sammantaget framstår som oklart om utredningens förslag kommer att nå fler patienter än vad nuvarande system gör.

ISF delar bedömningen att *bestämmelser i socialförsäkringsbalken om preskription, återbetalningsskyldighet, ränta, uppgiftsskyldighet, ändring, omprövning och överklagande gäller för ärenden om statligt tandvårdsstöd, oavsett om stödet är generellt eller selektivt. Den allmänna förvaltningsrättsliga regeln om vem som har rätt att överklaga gäller för beslut om tillhörighet till statligt selektivt tandvårdsstöd samt beslut om subvention av viss behandling. Detta behöver inte regleras särskilt.*

ISF instämmer med utredningens resonemang i denna del.

10.5.8 Bättre förutsättningar för ökad kännedom om selektivt tandvårdsstöd

ISF delar bedömningen att *Försäkringskassan enligt myndighetens instruktion har i uppdrag att ge information till berörda om socialförsäkringen och de övriga förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för. Detta uppdrag omfattar således även information inom det statliga tandvårdsstödet. Det bör dock övervägas om det, mot bakgrund av den utvidgning av det statliga tandvårdsstödet som utredningens förslaget innebär, finns behov av att myndigheten genomför särskilda informationsinsatser riktade till såväl till allmänheten som till särskilt berörda grupper.*

Som utredningen konstaterar ansvarar Försäkringskassan redan i dag för att informera befolkningen om det statliga tandvårdsstödet. Denna information når sannolikt främst individer som aktivt söker information kring tandvård eller som redan är i kontakt med tandvården (SOU 2015:76, *Ett tandvårdsstöd för alla – Fler och starkare patienter*, s. 171–172). Givet att målet med informationsinsatserna är att fler ska besöka tandvården och nyttja tandvårdsstödet delar vi utredningens bedömning att riktade informationsinsatser sannolikt är nödvändiga för att nå fler målgrupper.

Det selektiva tandvårdsstödet riktar sig till flera patientgrupper som har begränsad möjlighet att ta till sig allmän information som erbjuds på myndighetens hemsida och det är därför angeläget att hitta effektiva och tydliga informationskanaler för att stärka kunskapen kring tandvårdsstödet i dessa grupper om utredningens förslag genomförs.

Med tanke på den kunskapsbrist om tandvårdsstödet som i dag finns hos olika patientgrupper (Vårdanalys 2015:3, s. 10) anser vi även att det bör övervägas om det finns skäl att förtydliga hur myndigheten informerar om tandvårdsstödet och vilka målgrupper som bör prioriteras.

ISF delar bedömningen att *Försäkringskassan bör samordna och ytterst ansvara för riktade informationsinsatser till vårdgivare och behandlare om det statliga selektiva tandvårdsstödet.*

Begränsad kunskap och tillgång till information bland vårdgivare om dagens regionala och särskilda tandvårdsstöd har i en tidigare rapport angivits som en orsak till undernyttjandet av stöden. Avsaknaden av en myndighet som koordinerar informationsansvaret för de olika tandvårdsstöden har angivits som en förklarande faktor till kunskapsbristerna (Vårdanalys 2015:3, s. 77).

Om utredningens förslag om selektivt tandvårdsstöd införs bedömer vi därför att ett samordnande informationsansvar hos Försäkringskassan ger förutsättningar för att öka kunskapen om det nya stödet bland vårdgivare. Det kan leda till förbättrade möjligheter för vårdgivaren att informera patienter om olika behandlingsåtgärder som berättigar till stöd, vilket sannolikt ökar möjligheterna för patienter att göra informerade val. Försäkringskassan har redan i dagsläget regelbunden kontakt med vårdgivare. Sådana kommunikationskanaler kan sannolikt användas för att effektivt sprida information.

10.5.9 Bättre förutsättningar för enkel tillämpning och uppföljning med en minskad administrativ börda

ISF delar bedömningen att *förslaget med ett statligt selektivt stöd medför en administration som följer samma tillvägagångssätt som för det generella statliga tandvårdsstödet med automatiserad digital inrapportering via journalsystemet till Försäkringskassans IT-system. Det selektiva tandvårdsstödet högre subventionsgrad medför dock ett behov av att pröva patientens tillhörighet till stödet innan det kan tillämpas. Kommunikationen med anledning av prövningen sker digitalt. Där regelverket kräver intyg från hälso- och sjukvård eller kommunal verksamhet bör detta hanteras direkt mellan intygande part och Försäkringskassan genom digital inrapportering. Vårdgivare inom tandvård intygar i befintligt IT-system till Försäkringskassan.*

Inrapporterad data om patientens tillstånd och utförd behandling kan i likhet med data inom det nuvarande statliga tandvårdsstödet användas till statistik för forskning och utveckling. Detta innebär även en förbättrad möjlighet att utveckla och följa upp det statliga selektiva tandvårdsstödet.

Vi delar bedömningen att Försäkringskassans IT-system skulle kunna bidra till en förenklad administration för prövning av tillhörighet till det föreslagna selektiva tandvårdsstödet, om det skulle införas. Försäkringskassans IT-system är väletablerat bland vårdgivare och utgör redan i dag ett inarbetat kommunikationsverktyg för vårdgivare och myndigheten. Vi ser också positivt på att tillhörighet förhandsprövas, eftersom det sannolikt bidrar till att öka förutsägbarheten för såväl patient som vårdgivare.

Det automatiserade IT-systemet bygger på tydliga definitioner av de tillstånd och åtgärder som omfattas av det selektiva tandvårdsstödet. ISF instämmer med att det skulle kunna bidra till en effektiv administration av stödet, under förutsättning att ett sådant ändamålsenligt system kan utvecklas.

En digital hantering av data aktualiserar i högre grad än en manuell hantering bestämmelser om skydd för personuppgifter. Som framgått anser ISF att den del av förslaget som innebär inrapportering av personuppgifter till Försäkringskassan, och vidare rapportering till Socialstyrelsen, inte har utretts tillräckligt såvitt avser integritetsmässiga aspekter, se remissvarets avsnitt 10.5 och om *Bristfällig analys av de integritetsmässiga aspekterna på inrapportering av uppgifter till Försäkringskassan och Socialstyrelsen*.

10.5.10 Fortsatt fast åtgärdsersättning till vårdgivaren för patienter med selektivt stöd

ISF delar bedömningen att *den ersättning som vårdgivaren får för utförd tandvård inom selektivt stöd ska vara fast per åtgärd och fastställs av Nämnden för statligt tandvårdsstöd*.

Vi anser att det system som utredningen föreslår med ett selektivt stöd inte bör kombineras med fri prissättning, eftersom detta ger incitament till onödig vård.

Utredningen menar att ett statligt och selektivt stöd med en fast åtgärdsbaserad ersättning ökar incitamenten för privata vårdgivare att utföra vård till patienter med särskilda behov. Vi anser att de ekonomiska incitamenten för denna typ av vård fortsatt är låg jämfört med övrig vård som utförs inom ramen för det statliga tandvårdsstödet, där fri prissättning till stor del tillämpas. Vi anser även att risken för felaktiga diagnostiseringar såväl som övervård bör beaktas, även om vi i stort delar utredningens bedömning om åtgärdsersättningen till vårdgivare.

10.6 Ett selektivt stöd för basal tandvård under lång tid

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka förslaget att *ett statligt selektivt tandvårdsstöd för basal tandvård införs för personer med en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion som ger väsentligt försämrade förutsättningar att påverka munhälsan eller att genomgå tandvårdsbehandling*.

Vi bedömer visserligen att ett statligt selektivt stöd för basal tandvård kan bidra till målet om ett mer jämlikt tandvårdssystem genom att minska de regionala skillnader i tandvård som finns i det nuvarande systemet. Men detta måste vägas mot möjligheten till regional anpassning och specialisering av vårdutbudet till lokala förutsättningar som erbjuds med ett regionalt selektivt tandvårdsstöd för den här patientgruppen. ISF efterfrågar över lag ett mer

utförligt resonemang om hur systemet kan anpassas till individuella förutsättningar och behov. Vi saknar också tydliga referenser till empirisk litteratur och vetenskapligt underlag för att underbygga viktiga resonemang och ställningstagande som utredningen gör.

10.6.2 Tillvägagångssätt för att få behörighet till långvarigt stöd för basal tandvård

ISF tillstyrker förslaget att *personer som kan ha rätt till långvarigt stöd för basal tandvård ska kunna identifieras av såväl tandvården som hälso- och sjukvården eller kommunala verksamheter. Berörda verksamheter ska ges tydliga roller inom sitt kompetensområde i processen inför prövning av en persons tillhörighet till stödet. Intygen föreslås hanteras digitalt mot Försäkringskassan. Försäkringskassan ges uppgiften att ta fram intygsblanketter samt samordna processen som mottagare av intygen och att därefter fatta ett beslut om patientens tillhörighet med intygen som grund.*

Om förslaget om selektivt tandvårdsstöd införs är vi positiva till förslaget om tillvägagångssätt för behörighet.

Vi instämmer i utredningens resonemang kring att dagens IT-system hos Försäkringskassan troligtvis utgör ett effektivt system för kommunikation och koordinering. Redan idag kommunicerar olika aktörer såsom tandvården och hälso- och sjukvården med myndigheten via detta system.

10.7 Uppsökande verksamhet upphör

ISF tillstyrker delen i förslaget om att *inom det selektiva stödet för basal tandvård bör Försäkringskassan särskilt kommunicera med personer där hälso- och sjukvården identifierat behovet av särskilt stöd, men där den kompletterande odontologiska bedömningen inte utförts. Kommunikation ska ske om vikten av att komplettera med ett tandvårdsbesök för att kunna prövas om tillhörighet. I det fall kommunala verksamheter i stället intygat omfattande vård- och omsorgsbehov kommuniceras beslutet om tillhörighet till personen med information om vad stödet innebär.*

Vi anser att Försäkringskassan genom sin beslutande roll inom systemet med selektivt tandvårdsstöd skulle ha goda förutsättningar att identifiera behov av kommunikation och information hos personer som kan omfattas av stödet. Vi delar också utredningens bedömning att informationen som myndigheten lämnar i så fall behöver vara tydlig och lätt att förstå för personer inom målgruppen. Vi vill också understryka vikten av att Försäkringskassan ges tillräckliga resurser för att genomföra denna del av sitt uppdrag, så att löpande och eventuella riktade informationsinsatser inte riskerar att prioriteras bort.

10.8 Ett selektivt stöd för viss behandling under viss tid

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka förslaget att *ett selektivt stöd för viss behandling under viss tid införs för personer med specifika odontologiska tillstånd som är medfödda eller förvärvade. Detta för att uppnå en mer jämlik munhälsa genom att ge personer med medfödda eller förvärvade tillstånd bättre förutsättningar att få en funktionell oral funktion.*

Vi saknar ett bredare resonemang kring risken att ett nationellt regelverk inom ramen för statligt tandvårdsstöd minskar tidigare möjligheter att erbjuda vård utifrån individens förutsättningar och behandlingsbehov för den här patientgruppen, anpassad till lokala förutsättningar, och vilken effekt det kan ha på individers tandhälsa och tillgång till tandvård. Detta måste vägas mot den viktiga fördelen att förslaget kan bidra till målet om ett mer jämlikt tandvårdssystem genom att minska nuvarande regionala skillnader i nödvändig tandvård. Vi hade önskat ett mer utförligt resonemang om den här avvägningen. Vi anser även att avsnittet generellt saknar tydliga referenser till empirisk litteratur och vetenskapligt underlag för att underbygga viktiga resonemang och ställningstagande som utredningen gör.

10.8.2 Tillvägagångssätt för att pröva tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid

ISF tillstyrker förslaget att *personer som kan omfattas av det selektiva tandvårdsstödet för viss behandling under viss tid ska kunna identifieras av såväl tandvård som hälso- och sjukvård. Vårdgivaren inom tandvården ska, under vissa förutsättningar, erbjuda patienten att en prövning till selektivt stöd initieras. Försäkringskassan ges uppgiften att besluta om patientens tillhörighet. Det ska vara möjligt att under vissa förutsättningar få en förnyad behandling vid nya behov inom samma tillstånd. För viss patientgrupp kan en undersökning hos specialist ingå i stödet innan Försäkringskassan utför en prövning om tillhörighet.*

Om förslaget om selektivt tandvårdsstöd införs är vi positiva till förslaget om tillvägagångssätt för att pröva tillhörighet. Vi instämmer i utredningens resonemang kring att dagens IT-system hos Försäkringskassan troligtvis utgör ett effektivt system för kommunikation och koordinering. Redan idag kommunicerar olika aktörer såsom tandvården och hälso- och sjukvården med myndigheten via detta system.

10.8.3 Regler för tillämpning

ISF tillstyrker förslaget att *när patienten fått sin tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd för viss behandling prövad ska regelverket närmare anvisa*

vilken behandling som kan utföras och vilka eventuella villkor som kan gälla för behandlingen.

Vi anser att utredningens förslag kan bidra till en förenklad administration och en ökad likformighet när det gäller tandvård för individer med särskilda behov. Vi vill samtidigt betona utmaningen i att utforma ett regelverk som kan tillgodose de individuella och ibland omfattande tandvårdsbehoven i den aktuella patientgruppen. Vi menar att den utmaningen kan påverka möjligheterna för regelverket att leda till avsedd effekt.

10.9 Särskilt tandvårdsbidrag upphör

ISF kan varken tillstyrka eller avstyrka förslaget att särskilt tandvårdsbidrag, STB, upphör som bidrag. Riskbedömning inom tandhälsoplan som en del av statligt tandvårdsstöd ska i stället omhänderta de patienter som är i behov av ökad förebyggande tandvårdsbehandling på grund av allmänhälsa.

Eftersom ISF varken kan tillstyrka eller avstyrka det system som ska ersätta bidraget, det vill säga utredningens förslag om att införa ett selektivt tandvårdsstöd och tandhälsoplan, tar vi inte ställning till förslaget om att ta bort STB.

11.2.4 Alternativa modeller för ett nytt eller justerat högkostnadsskydd

ISF kan varken dela eller inte dela bedömningen att en förutsättning för att genom ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd kunna stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader för patienterna är att anslagsnivån för anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner i statsbudgeten höjs.

Vi anser att det verkar troligt att ett höjt anslag är en förutsättning för att stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader, men anser att det saknas tillräckligt underlag för att ta ställning till bedömningen.

ISF kan varken dela eller inte dela bedömningen att ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd bör utformas genom att förändra beloppsgränser och/eller ersättningsgrader för subvention av samtliga eller ett urval av i dag i tandvårdsstödet ingående tillstånd med tillhörande tandvårdsåtgärder. Utredningen har valt att kostnadsberäkna fyra alternativa modeller.

Vi saknar tillräckligt underlag för att ta ställning till de presenterade förändringarna av högkostnadsskyddet. Att införa en ny modell för högkostnadsskyddet kräver omfattande analyser där flera viktiga aspekter behöver beaktas, såsom dynamiska effekter och på vilket sätt de olika alternativen kan var kostnadsdrivande. Vi anser att det underlag som utredningen presenterar inte är tillräckligt uttömmande för att det ska gå att göra ett ställningstagande till de alternativ som utredningen

presenterar. Vi ser även att det saknas empiriska underlag och kunskap kring hur dynamiska effekter påverkar tandvården.

Vi anser att en ökad subventionering av tandvård sannolikt kan bidra till att uppnå målen om att stärka skyddet mot höga kostnader samt att bidra till en mer jämlik tandvård. Vi instämmer i utredningens resonemang att höga kostnader utgör en viktig faktor som påverkar individers benägenhet att besöka tandvården. Tidigare studier har visat att ekonomiska skäl utgör den viktigaste orsaken till att individer avstår tandvård trots behov (Riksrevisionen, *Tandvårdsreformen – när den alla?* RiR 2012:12, s. 39). Samtidigt noterar vi att sänkta beloppsgränser kan minska individers ekonomiska incitament att investera i preventiv vård eftersom ekonomiska konsekvenserna av utebliven preventiv vård minskar. Ökade subventioner kan därmed bidra till att minska individers benägenhet till preventiv vård. Vi anser att utredningen saknar ett resonemang kring förhållandet mellan subventioner för preventiv vård och höga kostnader. Vi anser att preventiv vård, precis som ekonomiska subventioner för höga tandvårdskostnader, utgör viktiga strategier för att stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader. För att kunna ta ställning till utformningen av ett högkostnadsskydd bör därför även hänsyn till försäkringens incitament till preventiv vård tas.

Enligt samma resonemang kan en ökad subventionerad tandvård leda till beteendeförändringar bland patienter och vårdgivare när de ekonomiska konsekvenserna av tandvård minskar. Även sådana dynamiska effekter bör beaktas vid utformningen av ett högkostnadsskydd. En tidigare studie från svensk tandvårdsmarknad visar exempelvis att individer som tecknade abonnemangstandvård hade en högre kostnadsutveckling jämfört med de som inte tecknade abonnemangstandvård (Grönqvist, E., *Selection and Moral Hazard in Health Insurance: Taking Contract Theory to the Data*. Handelshögskolan i Stockholm, 2004, kapitel 3).

ISF noterar att en viktig följd av en minskad medfinansieringsgrad kan vara en ökad förekomst av vård som inte är kostnadseffektiv och onödig eller inte odontologiskt motiverad vård (utbudsstyrd efterfrågan). Det kan bidra till att ökade subventioner blir kostnadsdrivande. Den här typen av eventuella konsekvenser på patienters beteende bör också tas i beaktande vid utformningen av ett högkostnadsskydd.

Till följd av att vi utifrån betänkandet inte kan ta ställning till de alternativa modellerna inom högkostnadsskyddet som utredningen presenterar kan vi inte heller vare sig dela eller inte dela bedömningen att *om anslagsnivån på anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner höjs i syfte att stärka skyddet mot höga kostnader bör regeringen ange vilka beloppsgränser och ersättningsgrader som det ökade utrymmet på anslaget är avsett att medge.*

12.2.5 Ekonomiska konsekvenser för staten

Utredningen beräknar att statens kostnader för administration och drift kommer att öka med 60 miljoner kronor per år. I betänkandet framgår att merparten av dessa kostnader avser det nya selektiva stödet som utredningen föreslår. Vi anser att det utifrån betänkandet inte går att förstå hur utredningen har kommit fram till den kostnad som den presenterar. Det finns också en stor risk för att utredningen underskattar de administrativa kostnaderna som krävs för att Försäkringskassan ska kunna administrera och kontrollera riskbedömningssystem och tandhjälsplan för vuxna utan särskilda behov på ett ändamålsenligt sätt. Som vi nämnt tidigare i remissvaret är det av stor vikt att Försäkringskassan får förutsättningar för att kunna kontrollera de ersättningsanspråk och utbetalningar av statligt tandvårdsstöd som aktualiseras med anledning av systemet med tandhjälsplan. Det är också viktigt att Försäkringskassan får förutsättningar att kontrollera att vårdgivare lämnar den information som lagstiftningen kräver till sina patienter. Vi ser en risk för att utredningen inte i tillräckligt stor grad har tagit hänsyn till de kostnader som krävs för att ge Försäkringskassan dessa förutsättningar.

Bristfällig analys av de integritetsmässiga aspekterna på inrapportering av uppgifter till Försäkringskassan och Socialstyrelsen

ISF har invändningar mot flera förslag och bedömningar i betänkandet som rör rapportering av personuppgifter från vårdgivare till Försäkringskassan och från Försäkringskassan till Socialstyrelsen samt hur uppgifterna ska tillgängliggöras till patient. Det rör bedömningar och förslag i avsnitten 8.9.2, 8.9.3, 9.2.1, 9.2.2, 9.2.3 och 10.5. Vår inställning till förslagen och bedömningarna anger vi ovan under respektive avsnitt. I detta avsnitt vill vi förtydliga varför vi anser att utredningens förslag i dessa delar behöver utredas ytterligare. Vi anser att utredningen inte har redovisat tillräckligt uttömmande och tydliga avvägningar mellan nyttan med överföringen och behovet av integritet för enskilda. Vi anser också att betänkandet inte är tydligt om hur förfarandet förhåller sig till de krav som ställs i regelverket om skydd för personuppgifter. För vissa förslag och bedömningar får den bristande analysen konsekvensen att ISF inte kan ta ställning till dem. I andra fall påverkar det inte vår möjlighet att tillstyrka eller avstyrka förslagen i stort, men vi anser att ytterligare analyser behövs om förslagen bereds vidare.

Vi bedömer att ovan nämnda förslag skulle innebära en avsevärt mer omfattande behandling av personuppgifter, inklusive känsliga sådana, än i dag hos Försäkringskassan. På samma sätt skulle överföringen av information mellan Försäkringskassan och Socialstyrelsen innebära att en omfattande mängd personuppgifter om tandhälsa, till stor del känsliga personuppgifter, skulle överföras till och behandlas av Socialstyrelsen.

Ett övergripande argument som förs fram av utredningen för överföringen av uppgifter från vårdgivare till Försäkringskassan, och från Försäkringskassan till Socialstyrelsen, är att det skulle ge avsevärt bättre förutsättningar än det nuvarande systemet till datainsamling för uppföljning, kunskapsinhämtning och forskning. Det gäller barn, unga, vuxna utan särskilda behov och vuxna med särskilda behov. ISF delar utredningens uppfattning att det är viktigt att förbättra möjligheterna att följa upp, utvärdera och forska kring tandhälsa och utförd tandvård bland olika patientgrupper. Men detta intresse behöver vägas mot behovet av integritet för enskilda. Vi konstaterar att utredningen gör sådana avvägningar i olika omfattande grad i olika delar av betänkandet och för olika bedömningar och förslag. Men de integritetsmässiga aspekterna behöver, enligt vår mening, genomgående belysas och analyseras ytterligare.

Överföring av uppgifter från riskbedömning av barn och unga vuxna till Försäkringskassan som utredningen behandlar i avsnitt 8.9.2 och förslaget om överföring av data om barn och unga vuxnas tandhälsa och tandvård till tandhälsoregistret i avsnitt 8.9.3 skulle innebära en särskilt stor förändring i omfattningen av rapporterade personuppgifter till Försäkringskassan och Socialstyrelsen. Det skulle vara fråga om personuppgifter, även känsliga sådana, om i princip alla barn och unga vuxna i Sverige, vilka inte är nödvändiga för handläggningen av något ärende hos Försäkringskassan. Uppgifterna rör personer, barn och unga, som inte ens förekommer i ärenden inom det statliga tandvårdsstödet hos Försäkringskassan.

Bedömningen och förslaget om riskbedömning för vuxna utan särskilda behov i avsnitt 9.2.1 behöver, såvitt vi kan se, inte förutsätta inrapportering av uppgifter till Försäkringskassan.

Men utredningens förslag i avsnitt 9.2.2 om att införa tandhälsoplaner för vuxna utan särskilda behov förutsätter att Försäkringskassan får tillgång till riskbedömningarna från vårdgivarna och även andra känsliga personuppgifter. Utredningen överlämnar till myndigheter att närmare fastställa vilka uppgifter det är som kommer att överföras, vilket gör det svårt att bedöma om förslaget innebär en rimlig behandling av personuppgifter och om det är i enlighet med regelverket om skydd för personuppgifter. Utredningen har inte heller resonerat om alternativ till informationsöverföringen, exempelvis möjligheter för vårdgivare att dela information sinsemellan eller att patienten får delge informationen.

Att tillgängliggöra tandhälsoplaner för Försäkringskassan, som utredningen föreslår i avsnitt 9.2.3, skulle innebära att ytterligare uppgifter om bland annat egenvård skulle behandlas av Försäkringskassan. Det skulle inte endast vara fråga om uppgifter som Försäkringskassan behöver för att handlägga ett ärende, utan även uppgifter som är helt frikopplade från ärenden hos Försäkringskassan. ISF anser, till skillnad från utredningen, att uppgifter om egenvård kan vara att bedöma som integritetskänsliga och känsliga personuppgifter och att detta behöver därför analyseras

ytterligare. Förslaget innebär även att personuppgifter, inklusive känsliga sådana, om bland annat tandhälsa skulle tillgängliggöras till patienten för åtkomst via e-tjänsten Mina Sidor. Utredningen lyfter upp många goda skäl för denna ordning, som ISF instämmer i. Däremot framgår det inte vilka säkerhetsmässiga aspekter som finns på att uppgifterna lagras i den aktuella e-tjänsten. Mina Sidor är en tjänst som används av enskilda försäkrade för en rad olika ärenden hos Försäkringskassan och som kan nås från olika enheter såsom datorer och mobiltelefoner, vilket påverkar säkerheten för personuppgifterna. Det kan finnas skäl att begränsa vilka uppgifter som finns tillgängliga i en tjänst med ett så brett användningsområde.

Även förslaget om ett nytt selektivt stöd som en del av det statliga tandvårdsstödet i avsnitt 10.5 innebär en stor förändring när det gäller behandling av personuppgifter hos Försäkringskassan och Socialstyrelsen. Myndigheterna kommer att behandla betydligt fler personuppgifter vad gäller tandhälsa, och om ett stort antal ytterligare personer, än vad som är fallet i dag. Det rör sig också om känsliga personuppgifter i form av, i många fall, ingående och omfattande uppgifter om enskilda personers hälsotillstånd. Utredningen bedömer att behandlingen är nödvändig med hänsyn till ett viktigt allmänt intresse och att den inte innebär ett otillbörligt intrång i den personliga integriteten. Hur utredningen har kommit fram till denna bedömning redovisas inte. Enligt ISF:s mening är detta ett exempel på hur analysen när det gäller integritetsmässiga aspekter inte redovisas tillräckligt uttömmande.

Detta yttrande har beslutats av generaldirektören Eva-Lo Ighe. Utredaren Lisa Carlsson har varit föredragande. I beredningen har också Leif Ericson, Carolin Sjöholm och Hanna Westgård deltagit. Vid den slutliga handläggningen har chefsjuristen Anna Samuelsson, enhetscheferna Pererik Bengtsson, Ola Leijon och Sofie Cedstrand, tf. HR-ansvariga Anna Burström och administrativa chefen Annika Stegarp Perman deltagit.

Eva-Lo Ighe