

Appendix med förslag om ändringar i föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd till 15 jan 2027 - med detaljerad beskrivning av respektive förslag

ÄNDRINGAR I FÖRESKRIFTERNA	2
1. FÖRTYDLIGANDE – SPECIFICERING AV VILKEN LEGITIMATION ELLER BEHÖRIGHET SOM KRÄVS FÖR ATT EN VISS TANDVÅRDSÅTGÄRD SKA VARA ERSÄTTNINGSBERÄTTIGANDE	2
ÄNDRINGAR I TILLSTÅND OCH TILLHÖRANDE REGLER.....	13
2. UTÖKNING – ETSBRO I TILLSTÅND 5006	13
3. FÖRBISEENDE/UTÖKNING – REGEL E.9 TILLFÖRS ÅTGÄRD 861–863 OCH 865	16
ÄNDRINGAR I ÅTGÄRDER	19
4. FÖRTYDLIGANDE – ÖVERSYN AV TIDER FÖR EFTERKONTROLL MELLAN ÅTGÄRDSGRUPPERNA.....	19
5. FÖRTYDLIGANDE – ÅTGÄRD 820	23
6. UTÖKNING – NY TILLÄGGSÅTGÄRD 505 FÖR REVISIONSBEHANDLINGAR.....	25
7. UTÖKNING – NY TILLÄGGSÅTGÄRD 524 VID MULTIPLA STIFTBORTTAGNINGAR	27
8. FÖRTYDLIGANDE – ÅTGÄRD 861–863 OCH 865	29

Ändringar i föreskrifterna

1. Förtydligande – Specificering av vilken legitimation eller behörighet som krävs för att en viss tandvårdsåtgärd ska vara ersättningsberättigande

Konsekvensutredning

Beskrivning av problemet:

Det finns behov av att specificera vilken legitimation eller behörighet som krävs för att en viss tandvårdsåtgärd ska vara ersättningsberättigande. Detta för att det statliga tandvårdsstödet ska vara kostnadseffektivt, det vill säga att rätt ersättning ska lämnas för rätt åtgärd som utförs av personal med rätt kompetens. Försäkringskassan ska också kunna programmera IT-systemet för det statliga tandvårdsstödet på ett ändamålsenligt sätt.

TLV bedömer att det tydligaste sättet att införa nya reglerna om vilken legitimation eller behörighet som krävs för att ersättning ska lämnas för tandvårdsåtgärder är genom tre nya bestämmelser i föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd, 7–9 §§, varav två bestämmelser får tillhörande tabeller.

För att det statliga tandvårdsstödet ska vara kostnadseffektivt är det nödvändigt att tandvårdsåtgärderna tillämpas på avsett sätt. Det innebär bland annat att den behandlare som utför en tandvårdsåtgärd har den legitimation eller behörighet som TLV har utgått ifrån vid beräkning av referenspriset för den specifika åtgärden.

Referenspriserna som används i det statliga tandvårdsstödet är beräknade utifrån att en eller flera behandlare med specifik legitimation eller behörighet ska utföra åtgärden. När TLV har bedömt vilken kompetens som är nödvändig för respektive åtgärd har myndigheten utgått ifrån den kompetens som de olika utbildningarna inom tandvården leder till. Exempelvis ingår det inte i någon annan utbildning än tandläkarutbildningen att göra rotfyllningar. TLV har därför beräknat referenspriser utifrån kostnaden för just den yrkesgruppen för åtgärderna 501–504 som avser rotfyllning.

Vissa behandlingar kan utföras av både tandhygienist och tandläkare. I en del fall har TLV separata åtgärder för respektive legitimationsyrke med referenspris beräknat på den kompetens behandlaren har. Exempel på det är åtgärd 111 *Basundersökning, utförd av tandhygienist* med ett referenspris om 985 kronor och åtgärd 101 *Basundersökning, utförd av tandläkare* med ett referenspris om 1 100 kronor. Det finns också åtgärder som, trots att de kan utföras av båda yrkesgrupperna, har fått ett referenspris baserat på tandhygienistens kompetensnivå. Exempel är åtgärderna 340–343 där ingen extra kompensation i referenspriset utgår i de fall behandlaren är tandläkare. Dessa åtgärder ingår i utbildningarna för både tandhygienister och tandläkare, men i praktiken utförs dessa behandlingar nästan uteslutande av tandhygienister. Av denna anledning, och för att uppfylla kravet på kostnadseffektivitet, har TLV bedömt att referensprisnivån för dessa åtgärder ska motsvara tandhygienistens kompetens.

TLV ska samverka med Försäkringskassan i frågor om det statliga tandvårdsstödet (2 b § förordningen med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket). TLV har fått information från Försäkringskassan om att det finns behov av förtydliganden i föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd om vilken legitimation eller behörighet som behandlaren ska ha för att ersättning ska lämnas för en utförd åtgärd. Förtydligandena är nödvändiga för att Försäkringskassan ska kunna programmera ersättningssystemet för det statliga tandvårdsstödet så att det inte går att begära ersättning för en tandvårdsåtgärd om behandlaren inte har nödvändig legitimation eller behörighet att utföra tandvårdsåtgärden. Den föreslagna ändringen är också nödvändig för att Försäkringskassan ska ha en

rättslig grund i ärenden om återkrav av ersättning när en behandling har utförts av en behandlare utan tillräcklig legitimation.

TLV:s bemyndigande

TLV:s bemyndigande framgår av 2 § förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd, där det anges att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela föreskrifter om vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd och under vilka förutsättningar ersättning kan lämnas för åtgärderna (ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder). I arbetet med att föreskriva i enlighet med detta bemyndigande ska TLV utgå ifrån det som har beskrivits i förarbetena till STL.

Av förarbetena framgår bland annat följande:

”Tandvård som omfattas av tandvårdsstödet ska naturligtvis utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. En strävan bör vara att vården ska vara evidensbaserad. Detta innebär att tandvården ska baseras på medveten och systematisk användning av bästa tillgängliga vetenskapliga faktaunderlag (evidens) tillsammans med klinisk erfarenhet och patientens preferenser. All vård som är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet bör dock inte automatiskt berättiga till ersättning från det statliga tandvårdsstödet. Det kan t.ex. finnas viss tandvård som vårdgivaren utför inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet men som faller utanför det statliga tandvårdsstödet för att den inte är prioriterad, t.ex. för att den inte bedöms vara kostnadseffektiv eller för att behandlingsbehovet inte prioriterats inom det statliga stödet.”

”Syftet med regelverket om ersättningsberättigande tandvård är att tydligt definiera omfattningen av det statliga åtagandet inom tandvårdsområdet. Genom detta skapas förutsättningar för en minskad administration för vårdgivare och för Försäkringskassan genom att förhandsprövningar inte blir nödvändiga annat än i vissa undantagsfall. Vidare medges ökade möjligheter att kontrollera kostnaderna för det statliga stödet, dels genom att omfattningen slås fast i detalj på förhand, dels genom att reglerna kan justeras beroende på kostnadsutfall.” (Prop 2007/08:49 s. 84).

TLV:s uppdrag inom det statliga tandvårdsstödet är således att säkerställa att de tandvårdsbehandlingar som kan berättiga till statlig ersättning är i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att de är kostnadseffektiva. Därtill ska myndigheten medverka till att tandvården är ändamålsenlig (se 1 § förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket).

I arbetet med föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd behöver TLV även förhålla sig till andra myndigheters uppdrag inom det statliga tandvårdsstödet. Särskilt relevant när det gäller det aktuella ändringsförslaget är Socialstyrelsens bemyndigande att meddela föreskrifter om behörighet inom tandvården och bemyndigandet att meddela föreskrifter om kraven för ersättning enligt 3 kap. 1 § första stycket 2 lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Förutsättningar för att en vårdgivare ska kunna få ersättning enligt lagen om statligt tandvårdsstöd
Sedan den 1 januari 2026 är det enligt 3 kap. 1 § första stycket 2 lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd en förutsättning för att kunna få statlig tandvårdsersättning att tandvårdsåtgärden har utförts av en av en legitimerad tandläkare eller någon som särskilt förordnats att utöva yrket, en legitimerad tandhygienist, eller efter delegation enligt 6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

TLV kan konstatera att det framgår av förarbetena till den aktuella bestämmelsen att regeringen har bedömt att behörighetskraven ska formuleras som villkor för att en vårdgivare ska kunna få ersättning enligt lagen. Det innebär att om ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder utförs av en icke-legitimerad person utan delegation får ändå patienten tillgodoräkna sig kostnaden för tandvården vid beräkningen av högkostnadsskyddet. Försäkringskassan kan fortfarande hålla inne ersättningen till vårdgivaren i avvaktan på utredning eller besluta om återbetalningsskyldighet mot vårdgivaren. Om

kravet på behörighet i stället hade ställts upp som en förutsättning för att en tandvårdsåtgärd ska vara ersättningsberättigande, skulle det innebära att en åtgärd som utförs i strid med behörighetskraven inte ska läggas till grund för beräkningen av patientens högkostnadsskydd. Regeringen ansåg att det är orimligt att patienten ska åläggas ett ansvar att själv kontrollera exempelvis tandläkarens eller tandhygienistens legitimation eller särskilda förordnande för att kunna få tandvårdsersättning. (prop 2025/26:7 s. 53 f)

I föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd föreskriver TLV om vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning och under vilka förutsättningar ersättning kan lämnas för åtgärderna. Föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd utgår ifrån att behandlaren fastställer vilka tillstånd som föreligger hos patienten för att sedan bedöma vilka tandvårdsåtgärder som uppfyller förutsättningarna för tandvårdsersättning enligt STL (2 § första stycket föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd). Utgångspunkten är således att behandlaren förutsätts vara bäst lämpad att bedöma i vilken omfattning utförd behandling kan vara ersättningsberättigande enligt STL. Patienten ska kunna lita på behandlaren kompetens och kunskap om relevanta regler och har varken ansvar för eller förutsättningar att själv kontrollera behandlaren bedömning.

Gör behandlaren en felaktig bedömning av om en viss tandvårdsåtgärd är ersättningsberättigande kan Försäkringskassan rikta återkrav mot behandlaren, utan att vårdgivaren i sin tur kan kräva patienten på ytterligare ersättning för den utförda behandlingen. Gäller ett återkrav en behandling i en redan avslutad ersättningsperiod påverkar återkravet inte var i högkostnadsskyddet patienten befinner sig. Gäller återkravet en pågående ersättningsperiod kan det däremot påverka var i högkostnadsskyddet patienten befinner sig. Denna hantering har fungerat väl sedan tandvårdsreformen infördes 2008. TLV har sedan 2024 liknande regler som de som föreslås nu i 5 a § föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd där det framgår vilken specialistkompetens som krävs för att tandvårdsåtgärder ska få tillämpas till referenspris för specialisttandvård.

Detta sätt att hantera det statliga tandvårdsstödet har fungerat väl under lång tid och har heller inte ifrågasatts inom ramen för den senaste reformen. TLV bedömer därför att det som framgår av förarbetena avseende förutsättningarna för vårdgivare att få ersättning inte är avsett att påverka utformningen och hanteringen av föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd. Mot den bakgrunden bedömer TLV att det som beskrivits ovan i förarbetena inte utgör ett hinder för de regler som TLV nu föreslår och som specificerar vilken behörighet som krävs för att ersättning ska kunna lämnas för tandvårdsåtgärder.

Socialstyrelsens bemyndigande enligt 27 § förordningen om statligt tandvårdsstöd

Sedan den 1 januari 2026 har Socialstyrelsen ett bemyndigande enligt 27 § förordningen om statligt tandvårdsstöd att meddela föreskrifter om kraven för ersättning enligt 3 kap. 1 § första stycket 2 lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Av förarbetena framgår att det av patientsäkerhetsskäl och för systemets legitimitet inte vore rimligt om det gick att bedriva verksamhet inom det statliga tandvårdsstödet utan att använda sig av behandlare med adekvat behörighet att utföra tandvårdsåtgärderna. Vidare framgår att det är angeläget att förslaget i praktiken fungerar på ett så ändamålsenligt och effektivt men samtidigt patient- och rättssäkert sätt som möjligt. Bland annat bör det inte försvåra för studenter att genomföra sin utbildning. Det kan därför behöva tas fram bestämmelser på en lägre normgivningsnivå än lag. Socialstyrelsen meddelar föreskrifter om delegation inom hälso- och sjukvården, vilka primärt syftar till att uppnå en god och säker vård. Därutöver kan det behövas föreskrifter om kravet på delegation för statligt tandvårdsstöd. Regeringen föreslår därför ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om de föreslagna behörighetskraven. (se Prop. 2025/26:7 sid. 51 f)

Enligt uppgift från Socialstyrelsen arbetar myndigheten för närvarande med att ta fram föreskrifter i enlighet med bemyndigandet.

Det kan konstateras att Socialstyrelsens bemyndigande avser kraven för delegation (för att en vårdgivare ska kunna ta emot statligt tandvårdsstöd), medan TLV:s bemyndigande avser under vilka förutsättningar ersättning kan lämnas för tandvårdsåtgärder.

Hur förslaget förhåller sig till Socialstyrelsens föreskrifter om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter inom tandvården (HSLF-FS 2025:51)

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal bär själv ansvar för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. (6 kap. 2 § första stycket patientsäkerhetslagen (2010:659)). Utöver denna bestämmelse finns för tandvårdspersonal även regler i Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2025:51) om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter inom tandvården (Socialstyrelsens behörighetsföreskrifter inom tandvården), där det framgår vilken legitimerad tandvårdspersonal som är behörig att utföra vissa arbetsuppgifter.

TLV har beaktat dessa regelverk i det aktuella förslaget men konstaterar också att det är skillnad på regler om rätten att utföra en viss behandling och rätten att få ersättning av staten för att ha utfört en viss behandling. Sedan föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd trädde i kraft första gången, i januari 2009, har det funnits åtgärder motsvarande vissa behandlingar som, inom ramen för evidensbaserad tandvård, kunnat utföras av behandlare men som ändå inte har berättigat till statlig tandvårdsersättning. Skälen till att en åtgärd inte berättigar till ersättning kan vara flera, till exempel att åtgärden uteslutande är estetisk, att åtgärden inte har bedömts vara kostnadseffektiv eller att det inte har funnits utrymme för åtgärden i den budget regeringen har beslutat om.

Socialstyrelsen har enligt 7 kap. 4 § patientsäkerhetsförordningen bemyndigande att meddela föreskrifter om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen som behövs till skydd för människors liv, personliga säkerhet eller hälsa. Det är med stöd av detta bemyndigande Socialstyrelsen har beslutat om Socialstyrelsens behörighetsföreskrifter inom tandvården.

Av 2 § Socialstyrelsens behörighetsföreskrifter inom tandvården framgår att tandläkare är behöriga att utföra följande arbetsuppgifter:

1. Ingrepp i tandpulpa och rotkanal.
2. Kirurgiska ingrepp.
3. Slutliga kontroller av bettfunktionen efter genomförda ortodontiska och permanenta protetiska behandlingar.
4. Ingrepp i tandens hårdvävnader.
5. Läkningkontroller efter kirurgiska ingrepp.
6. Diagnostik och terapiplanering.
7. Administrering av läkemedel vid lokalanestesi genom ledningsblockad.
8. Avlägsnande av hårda och mjuka beläggningar i tandköttsficka.

Av 3 § Socialstyrelsens behörighetsföreskrifter inom tandvården framgår att tandhygienister är behöriga att, inom sitt kompetensområde, utföra arbetsuppgifterna i 2 § 4–8.

Mer detaljerad information om vad som hör till tandhygienistens kompetensområde eller krav på hur kompetensen ska ha förvärvats finns inte i Socialstyrelsens behörighetsföreskrifter inom tandvården. Det framgår inte heller av konsekvensutredningen till föreskrifterna (Socialstyrelsens dnr 4.1–77789/2024).

Av Socialstyrelsens meddelandeblad "Nya bestämmelser om arbetsuppgifter och delegering i tandvården" framgår att begreppet *inom sitt kompetensområde* inte är ett statiskt begrepp. Det innebär att vad som ryms inom begreppet kan ändras över tid allteftersom utbildningen för tandhygienister och tandhygienistens yrkesroll ändras. När utvecklingen av tandvården sker kan förändringar i tandhygienisternas utbildning göras för att tandvården ska kunna vara patientsäker, effektiv och ändamålsenlig. Av meddelandebladet framgår även att Socialstyrelsen inte har bedömt att tandhygienister har kompetens att utföra samtliga arbetsuppgifter som ryms i punkterna 4 och 5 även om det framgår av föreskrifterna att tandhygienister är behöriga att göra ingrepp i tandens hårdvävnader samt utföra läkningskontroller efter kirurgiska ingrepp.

TLV anser att ersättning ska lämnas för sådana åtgärder som behandlaren är behörig att göra, förutsatt att övriga krav i föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd är uppfyllda. Eftersom Socialstyrelsens föreskrifter om behörighet inom tandvården inte är tydliga avseende vad som ingår i en legitimerad tandhygienists kompetensområde och det är nödvändigt att regelverket för statligt tandvårdsstöd är tydligt avseende under vilka förutsättningar en åtgärd berättigar till ersättning behöver TLV tolka Socialstyrelsens föreskrifter. TLV tolkar 3 § Socialstyrelsens behörighetsföreskrifter inom tandvården som att det som ingår i högskoleutbildningen till tandhygienist motsvarar tandhygienistens kompetensområde. Därför har TLV utgått ifrån vad som ingår i högskoleutbildningen till tandhygienist i förslaget till ny 8 § i föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd. Uppgifter om utbildningens omfattning och innehåll har hämtats från kursplaner för tandhygienistutbildningen.

Eftersom föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd uppdateras årligen kan bestämmelsen komma att ändras relativt snabbt om det finns behov, exempelvis om högskoleutbildningen för tandhygienister ändras på ett sådant sätt som påverkar deras kompetensområde.

Tandvårdsåtgärder som är ersättningsberättigande om de har utförts av legitimerad tandläkare

Den föreslagna ändringen om ny 7 § som reglerar vilka tandvårdsåtgärder som ska vara ersättningsberättigande om en legitimerad tandläkare har utfört dem utgår från den kompetens som tandläkare har fått genom den högskoleutbildning som leder till tandläkarlegitimation.

TLV bedömer att samtliga åtgärder förutom åtgärd 111–114 och 711 ska vara ersättningsberättigande om de har utförts av tandläkare. Åtgärderna som är undantagna har utformats specifikt för tandhygienister, med referenspriser baserade på kostnader kopplade till tandhygienistens kompetensnivå. Det finns motsvarande åtgärder för tandläkare anpassade till deras kompetensnivå. Att det finns särskilda åtgärder för basundersökning, kompletterande undersökning och fyllning utförd av tandhygienist beror på att dessa behandlingar ofta utförs av tandhygienister. De särskilda åtgärderna är vanligt förekommande och har därför betydande påverkan på kostnaderna för tandvårdsstödet samt bidrar till det statliga tandvårdsstödet kostnadseffektivitet.

Tandvårdsåtgärder som är ersättningsberättigande om de har utförts av legitimerade tandhygienister och ej legitimerad vårdpersonal

Den föreslagna ändringen om ny 8 § som reglerar vilka tandvårdsåtgärder som ska vara ersättningsberättigande om en legitimerad tandhygienist har utfört dem utgår från den kompetens som tandhygienister förvärvar genom den högskoleutbildning som leder till tandhygienistlegitimation.

Vidare har TLV bedömt att det inte är rimligt att vissa åtgärder ska berättiga till ersättning när de utförs av en tandhygienist när detta i praktiken skulle innebära en överkompensation genom ett för högt referenspris i förhållande till kostnaden för behandlingen. Ett exempel är åtgärderna 301–303, som gäller olika omfattningar av sjukdoms- eller smärtbehandling. Referenspriserna för dessa åtgärder är beräknade utifrån tidsåtgången för en tandläkare med assistans av en tandsköterska.

Om en tandhygienist skulle utföra samma åtgärder skulle referenspriset behöva justeras för att spegla de lägre kostnader som följer av att behandlingen utförs av en tandhygienist, framför allt på grund av lägre lönekostnader men även lägre grad av assistans. Ett alternativ hade varit att införa särskilda åtgärder för tandhygienister med egna referenspriser anpassade till yrkesgruppen. Detta skulle dock göra regelverket mer komplext utan att tillföra något som efterfrågats eller bedömts nödvändigt.

Mot denna bakgrund har TLV valt att exkludera användandet av åtgärd 303 för tandhygienister. En exkludering av denna innebär enligt TLV inte någon inskränkning i yrkesgruppens möjlighet att utföra de behandlingar som beskrivs i åtgärdstexten. Eftersom åtgärd 301–303 främst tillämpas utifrån behandlingens omfattning innebär detta att tandhygienister fortsatt kan använda åtgärd 301 eller 302 även för det som beskrivs i åtgärdstexten för 303 beroende på vilken arbetsinsats som krävs i det enskilda fallet.

TLV föreslår att ersättning för samtliga tre åtgärder endast ska kunna lämnas under förutsättning att de har utförts av en legitimerad tandläkare. En legitimerad tandhygienist ges dock möjlighet att tillämpa åtgärd 301 och 302, medan ej legitimerad tandvårdspersonal efter delegering kan utföra den mindre omfattande åtgärden 301.

Samma princip har tillämpats vid framtagandet av förslaget till 9 § i föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd, som reglerar vilka åtgärder som berättigar till ersättning under förutsättning att de har utförts av ej legitimerad tandvårdspersonal efter delegering.

En annan åtgärd som är exkluderad för tandhygienister är åtgärd 124 för panoramaröntgen. Den statliga ersättningen för samtliga röntgenåtgärder avser inte momenten för själva bildtagningen, utan den diagnostiska tolkningen av röntgenbilden. Samtliga röntgenbilder som tas ska diagnosticeras i sin helhet. Tandhygienister får inom sin yrkesutövning ta panoramaröntgenbilder, inklusive bedömning av teknik, exponering, artefakter och bildkvalitet. Det ingår inte i tandhygienistutbildningen att identifiera och bedöma patologi och samtliga, normala eller patologiska strukturer, i en panoramabild. Detta ligger i kompetensområdet för allmän- eller specialisttandläkare.

Föreslagen ändring:

TLV föreslår att tre nya paragrafer läggs till föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd, 7–9 §§. Dessa ska specificera vilka tandvårdsåtgärder som kan ge rätt till tandvårdsersättning när de utförs av legitimerad tandläkare, legitimerad tandhygienist eller ej legitimerad tandvårdspersonal efter delegering.

Konsekvenser:

Patient:

Förutsatt att behandlare inom tandvården som har begärt ersättning från det statliga tandvårdsstödet redan är följsamma till övriga regler på området, så som hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientsäkerhetslagen (2010:659) och Socialstyrelsens föreskrifter om behörighet inom tandvården leder förslaget inte till några konsekvenser för patienten.

I de fall vårdgivare har begärt ersättning från det statliga tandvårdsstödet för tandvårdsåtgärder/behandlingar där behandlarna inte har haft *tillräcklig legitimation* eller behörighet kan förslaget leda till en minskning eller ett helt upphörande av den typen agerande. Försvinner möjligheten till ersättning försvinner även incitamentet för vårdgivare att låta behandlare utan tillräcklig legitimation eller behörighet att utföra behandlingar som omfattas av det statliga tandvårdsstödet. Med *tillräcklig legitimation* avses i denna text att den legitimerade personalen innehar den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifter inom det område som legitimationen omfattar. Exempelvis ger grund-

utbildningen för en legitimerad tandhygienist inte formell kompetens att utföra rottyllningar. Tandhygienisten har därmed inte tillräcklig legitimation för att statlig tandvårdsersättning ska kunna betalas ut för sådana åtgärder.

Detta är positivt för patienterna eftersom det leder till att ett minskat antal patienter får tandvårdsbehandling av en behandlare med otillräcklig legitimation eller behörighet. Det bör leda till en mer patientsäker vård av bättre kvalitet utan ökad kostnad för patienten.

Behandlare och företag:

Den absoluta majoriteten av tandvårdsföretag följer redan relevanta regler på området och erbjuder behandlingar utförd av personal med nödvändig legitimation och behörighet. Dessa företag kommer inte att påverkas av det aktuella förslaget på annat sätt än att konkurrensen på marknaden kommer att bli mer rättvis när företag som inte följer reglerna inte längre gynnas ekonomiskt.

I enlighet med vad som beskrivits ovan under rubriken "Patienter" kan regler som innebär att det krävs viss legitimation eller behörighet för att kunna tillämpa en viss åtgärd medföra att vårdgivare minskar eller helt slutar erbjuda vård utförd av behandlare utan nödvändig legitimation eller behörighet. Det kan leda till minskade intäkter för de aktuella företagen. Detta ska dock ses i ljuset av att dessa företag tidigare fått en förhållandevis för hög ersättning från det statliga tandvårdsstödet i relation till den behandling som har utförts. Att vissa företag som inte följer regler får en för hög ersättning i relation till de kostnader som företaget haft innebär en konkurrens fördel gentemot övriga företag. En förhållandevis för hög ersättning kan t.ex. ge ett tandvårdsföretag möjlighet att erbjuda patienterna bättre priser och/eller villkor. Detta snedvrider konkurrensen på tandvårdsmarknaden. Att det inte längre kommer att vara möjligt bör därför medföra att förutsättningarna för tandvårdsföretag blir mer rättvisa.

Förslaget kan påverka små företag mer än medelstora och stora företag. Har företaget endast en eller ett par behandlare som båda har utfört behandlingar som behandlaren inte har nödvändig legitimation eller behörighet för kan förslaget innebära stora negativa ekonomiska konsekvenser för företaget.

Antalet behandlare som påverkas av förslaget

Försäkringskassan beräknar i sin officiella statistik att det fanns det 3 644 tandhygienister och 8 015 tandläkare som har utfört minst 100 åtgärder inom det statliga tandvårdsstödet år 2025².

Försäkringskassan redovisar inte någon statistik om vilka åtgärder som har utförts av respektive yrke i sin officiella statistik.

Enligt Försäkringskassans beräkningar, se tabell nedan, har antalet tandsköterskor/ej legitimerad personal som utför tandvårdsåtgärder ökat med knappt 400 under perioden 2020–2025. Antalet tandsköterskor/ej legitimerad personal som gör fler än 100 åtgärder per år har i stort sett varit lika. I median gör de cirka 360 åtgärder per behandlare och år medan den stora gruppen som gör färre än 100 åtgärder i median gör 2 åtgärder per behandlare och år. Det är ett således ett stort antal personer, cirka 70 % av alla som rapporterar en enda åtgärd.

² Statistiken baseras på ärenden som rapporterats till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet. Mindre avvikelser och felaktigheter som beror på felkodningar i källan kan förekomma. Beträffande yrke beräknas det genom analys av de åtgärder som rapporterats i systemet av behandlare. De redovisade siffrorna bör därför tolkas med viss försiktighet.

Tabell 1: Antal tandsköterskor/ej legitimerad personal som rapporterat till tandvårdsstödet fördelat på de som rapporterat fler än 100 åtgärder och de som rapporterat 1–99 åtgärder åren 2020–2025.

Antal åtgärder	Antal tandsköterskor/ej legitimerad personal					
	År 2020	År 2021	År 2022	År 2023	År 2024	År 2025
1–99	1630	1615	1687	1786	1880	1993
Över 100	111	114	145	130	116	115
Totalt	1741	1729	1832	1916	1996	2108

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

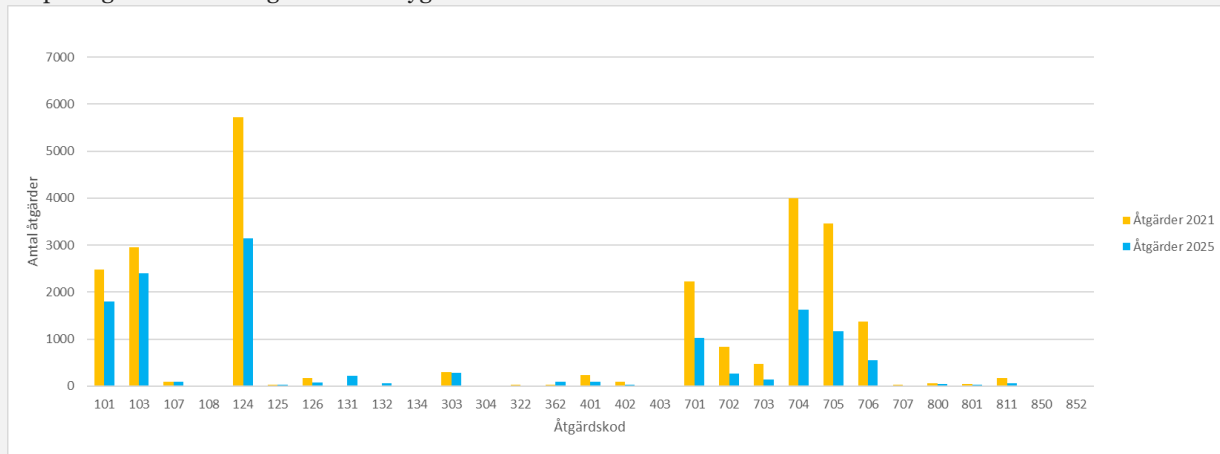
Eftersom Försäkringskassan i nuläget inte har tillgång till uppgifter om vilken legitimation en behandlare som utför en viss behandling inom det statliga tandvårdsstödet har, är det inte möjligt att få tillgång till exakt statistik över hur vanligt förekommande det är att en behandlare beviljas ersättning för en åtgärd behandlaren inte har tillräcklig legitimation eller behörighet för.

Det går dock att göra vissa beräkningar av statistik från Försäkringskassan avseende vilka åtgärder som enligt ersättningsbegäran till Försäkringskassan har utförts av tandhygienist. Eftersom det förekommer att ersättningsbegäran felaktigt anger tandhygienist som behandlare trots att behandlingen har utförts av tandläkare är uppgifterna sannolikt inte helt korrekta. TLV väljer trots detta att ta med uppgifterna i konsekvensutredningen, eftersom det ger en uppfattning om hur vanligt förekommande det är att tandhygienister utför åtgärder som inte ingår i tandhygienisternas högskoleutbildning.

Statistiken visar att cirka 1 900 av 3 600 tandhygienister har utfört åtgärder som de inte har fått kompetens för genom högskoleutbildningen till legitimerad tandhygienist, enligt det som rapporterats till Försäkringskassan.

Antalet åtgärder var i medeltal cirka 23 000 åren 2020–2025, trenden är ett minskat antal åtgärder. Vanligaste åtgärderna är panoramaröntgen, tandfyllningar och undersökningar. Vissa åtgärder med mycket liten förekomst är borttagna i figuren nedan. Till exempel, rotbehandling, lambåoperationer, implantat och implantatoperationer, implantatstödda kronor med mera.

Figur 1: Antal åtgärder som har rapporterats år 2021 och 2025 av tandhygienister, där kompetens för åtgärden inte fås på högskoleutbildningen till tandhygienist



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

På grund av att TLV inte har tillgång till säkra uppgifter om antalet behandlingar som har utförts av behandlare utan tillräcklig legitimation eller behörighet är det inte möjligt att göra en uppskattning avseende vilka ekonomiska konsekvenser som kan uppstå för företagen vid en korrekt tillämpning. Är

behandling ersättningsberättigade men rapporterad av fel yrkesgrupp bör förslaget vara neutralt avseende intäkter och kostnader.

Uppgifter om antal vårdgivare som berörs framgår av Konsekvensutredning - förslag till föreskrifter (HSLF-FS 2026:XX) om ändring i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2025:68) om statligt tandvårdsstöd.

Ekonomiska konsekvenser för tandvårdsstödet:

I enlighet med vad som beskrivits ovan har TLV inte uppgifter om antalet behandlingar och vilken typ av behandlingar som utförs av en behandlare utan tillräcklig legitimation eller behörighet vilket gör det svårt att uppskatta exakt vilka ekonomiska konsekvenser som kan uppstå för staten.

Behovet av de utförda behandlingarna kommer att kvarstå men den föreslagna förändringen bör leda till att den vård som bekostas av staten i högre grad än förut utförs av behandlare med tillräcklig legitimation eller behörighet. Det leder till en ökad kostnadseffektivitet i det statliga tandvårdsstödet, även om det inte nödvändigtvis innebär en kostnadsbesparing.

En beskrivning av de olika alternativ som finns för att uppnå förändringen och de fördelar och nackdelar som bedöms finnas med dessa

Ett alternativ till den föreslagna ändringen är att inte utföra någon ändring över huvud taget. Det skulle innebära att Försäkringskassan inte får nödvändiga förutsättningar för att programmera sitt IT-stöd, vilket skulle leda till ett mindre effektivt system och behov av fler efterhandskontroller vilket är kostsamt för staten. Förutom att reglerna behövs för programmering av IT-system är de också nödvändiga för att Försäkringskassan ska ha en rättslig grund i återkravsärenden där en behandling har utförts av en behandlare utan tillräcklig legitimation. Att inte utföra någon ändring leder också till ett mindre kostnadseffektivt tandvårdsstöd, i enlighet med vad som har beskrivits tidigare i texten.

Ett annat alternativ är att, så som beskrivits ovan, införa nya åtgärder för legitimerade tandhygienister respektive ej legitimerad tandvårdspersonal efter delegering. Dessa åtgärder skulle motsvara de åtgärder som idag är avsedda att användas av legitimerade tandläkare, men med egna referenspriser anpassade till respektive yrkesgrupp. En sådan lösning skulle dock kunna tolkas som att TLV har bedömt att tandhygienister och ej legitimerad tandvårdspersonal efter delegering kan få ersättning för behandlingar som, på grund av den kompetens som behövs, bör utföras av legitimerad tandläkare. Eftersom TLV inte har gjort den bedömningen är det inte lämpligt att införa en regel som öppnar upp för en sådan tolkning. Alternativet skulle dessutom göra regelverket mer komplext utan att tillföra något som efterfrågats eller bedömts nödvändigt, vilket också är en anledning till att det inte är lämpligt att genomföra.

Ett tredje alternativ hade varit en ny paragraf med en samlad tabell för legitimerade tandläkare, legitimerade tandhygienister och ej legitimerad tandvårdspersonal efter delegering. En sådan tabell hade dock blivit mindre tydlig, vilket är anledningen till att TLV inte har valt att gå vidare med det alternativet.

IT-stöd:

Enligt uppgift från Försäkringskassan medför förslaget att myndigheten behöver programmera IT-systemet för tandvård. Arbetsinsatsen för detta uppgår till ca 140 arbetstimmar, vilket med en uppskattad kostnad om 1 500 kr per timme skulle innebära en att kostnaden för programmering uppgår till 210 000 kr.

Förslaget innebär sannolikt att journalsystemsleverantörerna behöver genomföra ändringar i sina system.

Övergångsbestämmelser:

En övergångsbestämmelse med följande formulering tillämpas alltid för föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd och kommer att kunna tillämpas även för de nya bestämmelserna i 7–9 §§: ”För åtgärder som har slutförts före ikraftträdandet tillämpas de föreskrifter som gällde vid tidpunkten för slutförandet.”

TLV bedömer inte att det finns behov av ytterligare övergångsbestämmelse.

Uppföljning:

Uppföljning planeras till 2028, när den föreslagna ändringen har varit gällande i ett år. Vid uppföljningen ska analys göras av hur ändringen har förändrat rapporteringen av åtgärder och om ändringen har inneburit ekonomiska konsekvenser. Vid planeringen av uppföljningen bör också tandvårdsbranschen, Försäkringskassan och andra myndigheter som är berörda av förändringen bjudas in för att lämna synpunkter på hur uppföljningen ska ske och för att lämna information om deras uppfattning om hur ändringen har fungerat.

Förslag:

Ersättningsberättigande åtgärder för legitimerad samt ej legitimerad tandvårdspersonal efter delegering

7 § Ersättning kan lämnas för samtliga åtgärder förutom åtgärd 111–114 och 711 under förutsättning att de har utförts av legitimerad tandläkare eller någon som särskilt förordnats att utöva yrket.

8 § Ersättning kan lämnas för följande åtgärder under förutsättning att de har utförts av legitimerad tandhygienist.

<u>Åtgärdsserie</u>	<u>Tandvårdsåtgärder</u>
<u>100</u>	<u>111–114, 121, 123, 127, 128, 141, 142, 161, 162, 164</u>
<u>200</u>	<u>201, 204–209, 213, 214, 250–252</u>
<u>300</u>	<u>301, 302, 311–314, 321, 340–343, 350–352</u>
<u>400</u>	<u>480</u>
<u>600</u>	<u>606, 650</u>
<u>700</u>	<u>711</u>

9 § Ersättning kan lämnas för följande åtgärder under förutsättning att de har utförts av ej legitimerad tandvårdspersonal efter delegering.

<u>Åtgärdsserie</u>	<u>Tandvårdsåtgärder</u>
<u>100</u>	<u>141, 142, 161</u>
<u>200</u>	<u>201, 204–209, 250</u>
<u>300</u>	<u>301, 311, 312, 321, 350</u>
<u>600</u>	<u>606, 650</u>

Ändringar i tillstånd och tillhörande regler

2. Utökning – Etsbro i tillstånd 5006

Konsekvensutredning

Beskrivning av problemet:

Det är inte ovanligt att patienter, till följd av exempelvis trauma, förlorar tandens kliniska krona medan roten kvarstår. I synnerhet hos yngre patienter är det av avgörande betydelse att behålla roten i käkbenet så länge som möjligt för att motverka den naturliga benresorption som oundvikligen följer efter en extraktion. Vid förlust av en framtand i tidig ålder är bevarandet av det alveolära benet en förutsättning för en lyckad framtida implantatbehandling och ett estetiskt tillfredsställande resultat.

Det förekommer även kliniska fall där bevarandet av roten beror på andra faktorer, såsom extraktionens komplexitet eller patientens allmänna hälsotillstånd. Om roten är belägen djupt i käkbenet kan ett avlägsnande vara förenat med betydande risker, då ingreppet riskerar att bli för traumatiskt för omkringliggande vävnader eller intilliggande anatomiska strukturer. I sådana scenarier kan det vara en indikation att låta roten stanna kvar under observation. En etsbro kan i dessa fall fungera som en adekvat, långtidstemporär lösning.

De behandlingsalternativ som finns för att hantera den kliniska situation som uppstår när en tand saknar krona (tillstånd 5006) är få. Vid dessa situationer hänvisas patienten till en avtagbar partialprotes för att ersätta en enskild tand i dagens regelverk. Detta betraktas i många fall som en otillfredsställande lösning. Ur ett funktionellt perspektiv ger protesen ofta sämre passform och nedsatt tuggförmåga. Ur ett psykosocialt perspektiv kan den också upplevas som mindre estetisk och mindre bekväm vilket ger försämrat självförtroende i sociala sammanhang, särskilt för yngre individer. Därutöver uppstår en klinisk utmaning när de intilliggande tänderna är helt intakta. Konventionell broterapi innebär irreversibel avverkning av frisk substans på stödtänderna, vilket strider mot principen om minimalinvasiv tandvård.

Föreslagen ändring:

För att säkerställa ändamålsenlig behandling i framtiden föreslås att etsbro (åtgärd 805 och 804) inkluderas som ett ersättningsberättigande alternativ även i de fall där tandens rot lämnas kvar i käkbenet inom tillstånd 5006 för tandposition 3–3.

Konsekvenser:

Patient:

Införandet av etsbro som ett ersättningsalternativ inom ramen för tillstånd 5006 innebär betydande fördelar i jämförelse med nuvarande behandlingsval. Till skillnad från avtagbara partialproteser, vilka ofta upplevs som bristfälliga och socialt begränsande, utgör etsbron en protetisk konstruktion som avsevärt höjer patientens livskvalitet samt säkerställer funktion med god estetisk integration. Genom att låta roten kvarstå, i avvaktan på avslutad fysisk tillväxt eller en framtida implantatbehandling, skapas optimala förutsättningar för att bevara den alveolära benvolymen. Detta är särskilt angeläget i fronten hos unga patienter, där de estetiska och funktionella kraven är som högst.

- Förbättrad livskvalitet: Bättre funktion och estetik jämfört med avtagbar protes, särskilt viktigt för yngre patienter.
- Bevarad benvävnad: Möjliggör framtida implantatbehandling genom att roten förhindrar benresorption.
- Minimalinvasiv behandling: Intilliggande friska tänder behöver inte avverkas (jämfört med konventionell bro).

Behandlare och företag:

Ett införande av etsbroar inom ramen för tillstånd 5006 skulle ge vårdgivaren avsevärda kliniska fördelar genom att möjliggöra en mer långsiktig och biologiskt hållbar behandlingsplanering. På det sättet optimeras förberedelserna inför en eventuell framtida implantatbehandling. Eftersom roten kvarstår och bibehåller det naturliga trycket på det alveolära benet, minimeras risken för benresorption. Detta innebär att vårdgivaren i ett senare skede kan undvika omfattande och kostsamma benaugmentationer, vilket kan förenkla och förbättra den slutgiltiga rehabiliteringen avsevärt. Därmed bedöms denna behandling vara både fördelaktig för patienten och kostnadseffektiv för staten.

Vidare bidrar valet av en etsbro till en mer förutsägbar klinisk vardag med färre akuta och oplanerade ingrepp. Till skillnad från en avtagbar partialprotes, som ofta kräver återkommande justeringar och reparationer på grund av skavsår eller försämrade passform, erbjuder en cementerad etsbro en relativt stabil lösning över tid. Detta optimerar kliniktiden och resurseffektiviteten för vårdgivaren.

Ekonomiska konsekvenser för tandvårdsstödet:

- Ökade utbetalningar: Etsbro är dyrare än protes. (Etsbro: ca 8 000–12 000 kronor, avtagbar protes: ca 3 000–5 000 kronor, vilket ger en differens på ca 5 000–7 000 kronor per behandling).
- Långsiktiga besparingar: Färre komplikationer och återbesök jämfört med protes, samt undvikande av framtida benaugmentationer.
- Volymuppskattning:

Under perioden 2020–2025 har den genomsnittliga förekomsten av åtgärd 822 i kombination med tillstånd 5006 för tänderna 3–3 uppgått till 416 tillfällen per år. Den nuvarande genomsnittliga årskostnaden för staten avseende avtagbara proteser inom detta urval beräknas till ca. 714 000 kronor.

Baserat på de genomsnittliga priserna för etsbroar (10 000 kronor) och avtagbara proteser (4 000 kronor), är en etsbro 150 % dyrare per enhet. Detta innebär att den totala kostnaden för etsbroar uppgår till 250 % av kostnaden för motsvarande antal proteser. Om samtliga ingrepp skulle utgöras av etsbroar, beräknas den årliga kostnaden uppgå till ca. 1 785 000 kronor.

Vid ett scenario där etsbroar väljs i 50 % av fallen och avtagbara proteser i resterande 50 %, beräknas den totala årskostnaden enligt följande:

Kostnad för kvarvarande proteser (50 %): ca. 357 000 kronor

Kostnad för tillkommande etsbroar (50 %): ca. 893 000 kronor

Total beräknad årskostnad: ca. 1 250 000 kronor

Sammantaget innebär detta att en förskjutning mot etsbroar i hälften av behandlingstillfällena skulle medföra en årlig kostnadsökning för staten om cirka 536 000 kronor, vilket motsvarar en ökning av den specifika utgiftsposten med ungefär 75 %.

IT-stöd:

Den föreslagna ändringen medför behov av en mindre omprogrammering i Försäkringskassans IT-system.

Övergångsbestämmelser:

Ingen övergångsregel krävs utöver den regel som alltid tillämpas för föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd ”För åtgärder som har slutförts före ikraftträdandet tillämpas de föreskrifter som gällde vid tidpunkten för slutförandet.”

Uppföljning:

En kortsiktig uppföljning kan ske inom 6–12 månader efter ikraftträdandet den 15 januari 2027 genom att följa antalet åtgärder 805 och 804 inom tillstånd 5006 för tandposition 3–3. De totala utbetalningar och genomsnittskostnad per behandling kan beräknas för att ge en initial bild av kostnaderna för tandvårdsstödet.

Medellång och långsiktig uppföljning (från 2 till 5 år efter ikraftträdande) kan göras genom att ta fram en samhällsekonomisk utvärdering där den totala kostnaden för tandvårdsstödet beräknas. Överlevnaden för etsbroar inom tillståndet samt behovet av återbesök/kompletterade behandlingar bör också följas upp.

Förslag:

5006	Lucka inom tandposition 5–5 som beror på att en eller flera tänder saknar kronbel.	E.0 Temporär protes eller skena med tandersättning för temporärt bruk är ersättningsberättigande när roten eller rötterna planeras att behållas och luckan tillfälligt åtgärdas med avtagbar protetik. <u>Etsbro för temporärt bruk är ersättningsberättigande endast inom tandposition 3–3.</u>	362, 804, 805, 820, 822, 823	–
------	--	--	------------------------------	---

3. Förbiseende/utökning – Regel E.9 tillförs åtgärd 861–863 och 865

Konsekvensutredning

Beskrivning av problemet:

Vid rehabilitering av saknade tänder med tand- och implantatstött protetik samt tillhörande implantat och operationsåtgärder finns det regler om när en behandling måste göras om. Inom ett alternativt tre år efter åtgärderna är slutförda betalas inte nytt tandvårdsstöd ut om de måste göras om på samma sätt. Det finns dock undantag, vilka anges i regel E.9.

Regel E.9 innebär att tandvårdsersättning i vissa fall kan lämnas på nytt även om omgörningstiden ännu inte passerats efter en förhandsprövning. Detta gäller till exempel när en konstruktion behöver göras om på grund av yttre våld eller andra omständigheter som patienten inte kan råda över.

Försäkringskassan har nu uppmärksammat att det finns ett förbiseende i regel E.9. Ett särskilt problem uppstår när en avtagbar implantatstött protes behöver göras om, men där en ny avtagbar konstruktion inte längre är odontologiskt lämplig. I sådana fall kan en fastsittande implantatstött konstruktion vara den enda möjliga behandlingen.

I dag saknas dock åtgärder i E.9 som gör det möjligt att bevilja tandvårdsersättning för en fastsittande konstruktion i denna situation. Det innebär att Försäkringskassan inte kan ersätta en odontologiskt motiverad behandling, trots att behovet av omgörning beror på en omständighet som regel E.9 egentligen är avsedd att täcka.

Att problemet inte har uppmärksamrats tidigare beror troligen på att mycket få sådana ärenden av den typen har förekommit mellan 2009 och 2025.

Föreslagen ändring:

Regel E.9 tillförs åtgärds-koder 861–863, 865 för fastsittande käkbensförankrad konstruktion.

Alternativa lösningar:

Den enda alternativa lösning som TLV har identifierat för att hantera förbiseendet att dessa åtgärder saknas i regeln, är att behålla nuvarande tillämpning. Detta skulle innebära att regelverket förblir oförändrat i detta avseende. Fördelen med det är att ingen ny programmering behöver genomföras av Försäkringskassan och att behandlare inte behöver ta del av någon regeländring. TLV bedömer dock att dessa fördelar inte väger tillräckligt tungt för att motivera en avvikelse från det föreslagna ändringsförslaget, som enligt myndigheten ger patienten möjlighet till ersättning för en odontologisk lämplig behandling.

Konsekvenser:

Patient:

- Patienter får ersättning för odontologisk lämplig behandling som idag inte ersätts på grund av förbiseende i regelverket.
- Ökad rättssäkerhet – likabehandling oavsett vilken typ av implantatstött konstruktion som är odontologiskt lämplig.
- Minskad ekonomisk börda för patienter som drabbas av skador som kräver ombehandling.
- Bättre förutsättningar för optimal behandling utifrån patientens individuella situation.

Antal berörda: Få patienter årligen (Försäkringskassan har haft få ärenden 2009–2025), men med betydande ekonomisk påverkan för de enskilda individer som berörs.

Behandlare och företag:

- Möjlighet att föreslå och genomföra odontologiskt lämplig behandling utan att patienten nekas tandvårdsstöd.
- Minskad administrativ börda genom färre diskussioner med patienter om ekonomiska hinder. Att åtgärderna 861–863 och 865 inte omfattas av undantagen i regel E.9 leder i dag till att patienter som behöver en fastsittande implantatkonstruktion får stå för extra kostnader. För patienter som redan har betalat för en avtagbar protes, innebär detta att de måste informeras om att en annan konstruktion är nödvändig och att ingen ytterligare ersättning kan lämnas på grund av brister i regelverket. Det innebär en kommunikativt utmanande situation för behandlaren och riskerar att skapa frustration hos patienten.
- Tydligare regelverk som underlättar behandlingsplanering.
- Ökad professionell autonomi att välja bästa behandlingsalternativ.

Ekonomiska konsekvenser för tandvårdsstödet:

Det har utförts mellan 350 och 450 avtagbara implantatstödda proteser per år mellan 2015–2024. I den tillgängliga litteraturen anges att cirka 2–4 % får komplikationer dvs. 7–16 konstruktioner per år. De vanligaste är komplikationer med implantatet som de stödjer på. Undantagen som är mycket ovanliga för just denna situation skattar TLV att det kan vara högst 1–2 ärenden per år.

- Mycket begränsade ökade kostnader givet det låga antalet ärenden.
- Kostnaden per ärende kan vara betydande (fastsittande implantatstödda konstruktioner är kostsamma), men det totala beloppet bedöms vara lågt.

IT-stöd:

I Försäkringskassans IT stöd behöver regel E.9 ses över och tillföras åtgärd 861–863 och 865. Det innebär en begränsad IT-anpassning eftersom det rör sig om en utvidgning av befintlig funktionalitet snarare än helt nya processer.

Övergångsbestämmelser:

En övergångsbestämmelse med följande formulering tillämpas alltid för föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd och kommer att kunna tillämpas även föreslagna ändringen ”För åtgärder som har slutförts före ikraftträdandet tillämpas de föreskrifter som gällde vid tidpunkten för slutförandet.”

TLV bedömer inte att det finns behov av ytterligare övergångsbestämmelse.

Uppföljning:

I tandvårdsstödet data som TLV får ta del av markeras inte behandling som görs om på något sätt. I Försäkringskassans tandvårdsdata finns uppgift om förhandsprövning men inte på den detaljnivå så att det går att avgöra om det var ett beslut om undantag enligt regel E.9 som ledde till att åtgärd 861–863, 865 utfördes inom ett år efter att en åtgärd 871–873 utfördes. Uppföljning får ske löpande med frågor till Försäkringskassan om besluten i dessa ärenden underlättades med gjorda tillägg i regel E.9.

Förslag till komplettering regel E.9*Avtagbar protes*

Efter förhandsprövning är åtgärd 824, 825, 827, 828, 832–837, 861–863, 865 eller 871–873 ersättningsberättigande inom ett år från det att åtgärd 824, 825, 827, 828 eller 871–873 slutförts om

- protesen skadats eller förlorats och detta har ett samband med sjukdom hos patienten,
- protesen, tand eller implantat som protesen stödjer på, utsatts för yttre våld, eller
- protesen behöver åtgärdas på grund av ny skada i annan tandposition än vad den ursprungliga protesen avser.

Ändringar i åtgärder

4. Förtydligande – Översyn av tider för efterkontroll mellan åtgärdsgrupperna

Konsekvensutredning

Beskrivning av problemet:

Det förekommer, enligt information som kommit till TLV från patienter och Försäkringskassan, att vårdgivare förskjutit besök för att hantera besvär efter utförd behandling tills att de tidsgränser som finns för efterhandskontroll har passerats. I regelverket finns det idag tidsangivelser på 14 dagar samt tre månader för kirurgiska respektive protetiska åtgärder. Inom denna tid från en utförd åtgärd ingår att behandlaren ska följa upp med kontroller, eventuella justeringar, hantering av efterbesvär och komplikationer, utan att debitera patienten och begära ersättning från staten för ytterligare en åtgärd i det statliga stödet.

Olika åtgärder har emellertid olika långa tider för när uppföljning, stöd och hantering av efterbesvär ska ingå. För vissa åtgärder har det inte funnits några tider angivna. Det finns således ingen samlad tidsgräns för när det är möjligt att debitera ytterligare åtgärder för t.ex. kontroller, justeringar eller uppföljning. För protetiska konstruktioner gäller tre månader och för kirurgiska behandlingar 14 dagar. Fyllnings-terapier samt endodonti har ingen tidsgräns angiven.

Avsaknaden av en tydlig tidsgräns för hur länge uppföljning, hantering av efterbesvär och justeringar ingår i en utförd åtgärd skapar otydlighet både för behandlare, patienter och Försäkringskassan när det gäller vilka regler som gäller. Enligt information som TLV fått från vårdgivare har detta bland annat lett till att tandvårdsersättning för undersökning av läkning eller diagnostisering av besvär (åtgärd 103) har återkrävts vid Försäkringskassans efterhandskontroller, i vissa fall ett år efter rotfyllningstillfället. Om föreskrifterna inte anger tydliga ramar för vad som ska ingå i en åtgärd och under hur lång tid statlig ersättning inte kan lämnas på nytt för uppföljning kopplad till samma åtgärd, riskerar både vårdgivare och patienter att hamna i en situation där regelverket tillämpas osäkert och oförutsägbart.

Föreslagen ändring:

TLV föreslår att tiden för att följa upp med kontroller, göra justeringar, hantera eventuella efterbesvär och komplikationer efter slutförd åtgärd, ska ses över i föreskrifterna och anges även i de åtgärdsgrupperna där den idag saknas.

- För kirurgiska åtgärder förblir tiden 14 dagar avseende tand- och implantatborttagningar utan lambå (åtgärd 401–403, 406, 410 och 436).
- För lambåoperationer (åtgärd 404, 405, 407–409, 421–433, 446–448, 451–454) införs en tidsgräns på 3 månader. En längre tid än konventionella kirurgiska ingrepp motiveras av fundamentala skillnader i biologisk läkningsprocess, klinisk komplexitet, risknivå och komplikationsfrekvens, behandlingsekostnad och patientinvestering samt odontologisk standard och evidens.
- För rotbehandlingar och apikalkirurgi införs tre månaders tidsgräns för att möjliggöra upptäckten av sena komplikationer vilka inträffar vanligtvis inom fyra till tolv veckor (exempelvis kvarvarande infektion eller missad kanal). Detta överensstämmer med reglerna som de flesta grannländerna följer avseende den tiden då uppföljning av rotbehandling ingår i åtgärden.

För fyllningsåtgärderna föreslås tre månaders tidsgräns vilket motiveras av att den biologiska anpassningen efter en fyllning oftast blir fullständig efter 3–6 månader. Det har också konstaterats att de flesta komplikationer (fyllningsfraktur, kontaktpunktsproblem, ocklusala problem, långvarig känslighet och även fördröjd pulpanekros) inträffar inom 2–12 veckor.

Alternativa lösningar:

TLV har utrett alternativet att införa en gemensam tidsgräns för samtliga åtgärdsserier, inom vilken efterkontroll och efterbehandling ska ingå i den utförda åtgärden. De tidsintervall som analyserades var 14 dagar, vilket redan tillämpas för vissa åtgärder, samt tre månader, vilket förekommer vid protetiska behandlingar.

En enhetlig tidsgräns skulle ha fördelen att regelverket blir mer konsekvent i denna del. Vid utredningen bedömdes dock att behandlingarnas karaktär skiljer sig åt i sådan grad att en gemensam tidsram inte är ändamålsenlig. Variationer i behandlingarnas omfattning och uppföljningsbehov motiverar i stället att tidsgränsen fortsatt anpassas efter respektive åtgärd.

Att begränsa tidsgränserna till två olika minimerar behovet av ytterligare regler som komplicerar föreskrifterna. 14 dagars- och tremånadersgränserna redan finns i regelverket och de flesta behandlare är bekanta med dessa. Av dessa anledningar har TLV gjort bedömningen att det föreslagna ändringsförslaget är den mest lämpliga.

Konsekvenser:*Patient:*

För patienterna som genomgår behandling med de åtgärder som omfattas blir det tydligare med vad som ingår i åtgärderna och inte och vad de kan förvänta sig i form av kostnader efter en behandling som ger komplikationer. Det kan dock leda till ökad efterfrågan av hjälp vid mindre problem efter en behandling. Det kan antas att det för närvarande förekommer att patienter avstår från att åtgärda mindre problem när nu gällande tidsgränser har passerats på grund kostnaden. När det inte längre innebär en kostnad att söka hjälp kan det förväntas en ökad efterfrågan på tandvårdsbesök inom de nya tidsgränserna.

- Patienter får tydlig information om vad som ingår i behandlingen och under hur lång tid.
- Skydd mot otillbörlig debitering för uppföljning som borde ingå i den ursprungliga åtgärden.
- Minskad risk för att bli debiterad flera gånger för samma tillstånd när det inte är motiverat.
- Minskade kostnader för patienter som idag felaktigt debiteras för uppföljning.

Behandlare och företag:

För de åtgärder där det saknas tidsangivelser blir det tydligare hur efterbesvär och komplikationer ska hanteras. För närvarande har många vårdgivare en frivillig garanti som innebär att om en fyllning inte håller, gör de om den kostnadsfritt för patienten inom en viss tid, ibland upp till ett till två år. Det anges att sådan garanti medför mer noggranna överväganden vid diagnostik, vid val av åtgärder och hur de utförs. Det kan också förväntas en sådan utveckling med tydliga tidsgränser i föreskrifterna om vad som ingår i en utförd åtgärd, där det saknas idag.

Tydlighet och rättssäkerhet:

- Klara regler för vad som ingår i en åtgärd och under hur lång tid.
- Minskad risk för återkrav från Försäkringskassan vid efterhandskontroller.
- Enklare att informera patienter om vad som ingår i behandlingen och färre tvister med patienter om vad som ska ingå.
- Färre ärenden hos Försäkringskassan som behöver utredas.

TLV bedömer att det inte bör vara någon skillnad på hantering och konsekvenser beroende på företagens storlek, eftersom reglerna gäller lika för alla vårdgivare.

Ekonomiska konsekvenser för tandvårdsstödet:

Det bör vara kostnadsneutralt för tandvårdsstödet att införa nya tidsgränser. För närvarande betalas tandvårdsstöd för kontroller, justeringar, komplikationer med mera. I åtgärdernas pris har detta beaktats. När nya tidsgränser tillförs kommer TLV att justera referenspriserna efter risken för komplikationer. Utgångspunkter är de data som finns tillgängliga i dataregister hos TLV (och Försäkringskassan).

- Minskade utbetalningar när felaktig debitering upphör.
- Möjliga besparingar genom minskad administration och färre tvister.

IT-stöd:

Försäkringskassans IT-stöd kan komma att behöva justeras genom att spärrar läggs in för en ny åtgärd inom viss tid efter slutförd åtgärd för behandlingar där det inte redan finns sådana spärrar. Till exempel regler när behandling görs om (D.5, D.6, E.5, E.6, E. 7, E.8 och E.9).

Hantering av olika tidsgränser för olika åtgärdsgrupper och automatisk kontroll av om ny åtgärd ligger inom tidsgräns för tidigare åtgärd, är systemanpassningar som är nödvändiga och påverkar Försäkringskassans systemutvecklingskostnader.

Övergångsbestämmelser:

En övergångsbestämmelse med följande formulering tillämpas alltid för föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd och kommer att kunna tillämpas även för den föreslagna ändringen ”För åtgärder som har slutförts före ikraftträdandet tillämpas de föreskrifter som gällde vid tidpunkten för slutförandet.”

TLV bedömer inte att det finns behov av ytterligare övergångsbestämmelse.

Uppföljning:

Vid uppföljning av denna ändring bör antalet besök kommande år med kontroll efter tanduttagning, operativa ingrepp, rotfyllningar och lagningar jämföras med utfallet innan. Förändringar i vårdgivares debiteringsmönster, uppföljningsrutiner och patienters erfarenheter av regeländringen bör också följas upp.

Uppföljningen kan initieras redan efter 6 till 12 månader efter införandet för att kontrollera tillämpningen och efterlevnad av reglerna samt IT-systemets funktionalitet. En långsiktig uppföljning kan ske 3 till 5 år efter införandet för att utvärdera systemeffekter som regeländringens bestående påverkan på tandvårdsstödet, utveckling av vårdkvalitet över tid, de långsiktiga kostnadseffekter och påverkan på tillgänglighet och jämlikhet i tandvård.

Förslag:**400 Kirurgiska åtgärder**

I åtgärderna ingår alla material och moment vid behandling såsom operationsuppdukning, blodstillning, suturering, postoperativ information samt vid behov kontrollröntgen. Tandtekniskt arbete oavsett framställningsmetod ingår inklusive all materialkostnad.

I åtgärd 401–403, 406, 410 och 436 ~~erna~~ ingår även kontroll, vid behov kontrollröntgen, ~~och~~ efterbehandling inklusive suturtagning ~~och~~ ~~Behandling~~ av efterbesvär inklusive dry socket, ~~samt vid behov kontrollröntgen ingår~~ upp till 14 dagar efter behandlingstillfället.

I åtgärd 404, 405, 407–409, 421–433, 446–448 och 451–454 ingår även kontroll, vid behov kontrollröntgen, efterbehandling inklusive suturtagning och behandling av efterbesvär, upp till 3 månader efter behandlingstillfället.

I åtgärd 404, 405, 408, 409, 427, 428, 430–433 och 451–454 ingår tandextraktion i samma kvadrant.

I åtgärd 429, 453 och 454 ingår borttagning av implantat i samma kvadrant.

I åtgärderna för lambåoperation ingår biopsi.

Rotbehandling

I åtgärderna ~~501–523~~ ingår alla material och moment vid behandling såsom kofferdamläggning, exkavering, friläggning (undantaget friläggning med lambå), uppbyggnad med fyllningsmaterial, vid behov röntgen, bakterieprov, upprepade rensningar och kontroller fram till färdig rotfyllning samt förslutning av tanden med temporär fyllning.

I åtgärderna ~~501–504~~ ingår även besök för kontroll, vid behov kontrollröntgen samt behandling vid efterbesvär upp till tre månader efter slutförande av åtgärden, undantaget kirurgisk behandling.

Apikalkirurgisk behandling

I åtgärd 541 ingår alla material och moment vid behandling såsom operationsuppdukning, blodstillning, suturering, postoperativ information samt vid behov kontrollröntgen.

I åtgärden ingår även kontroll, vid behov kontrollröntgen och efterbehandling inklusive suturtagning. ~~Behandling av efterbesvär ingår upp till tre månader efter upp till 14 dagar efter~~ undantaget kirurgisk behandling.

700 Reparativa åtgärder

I åtgärderna ingår alla material och moment vid behandling såsom exkavering oavsett metod, nödvändig friläggning (undantaget friläggning med lambå), torrläggning, ocklusionsanpassning, putsning och polering samt vid behov kontrollröntgen.

Endast fyllningar utförda med fyllningsmaterial avsedda för permanent bruk är ersättningsberättigande. Till fyllningsmaterial avsedda för permanent bruk räknas även inlägg inklusive dess cementering.

I åtgärderna ingår även återbesök för kontroll och justering, vid behov kontrollröntgen samt behandling vid efterbesvär upp till tre månader efter slutförande av åtgärden, undantaget endodontisk eller kirurgisk behandling.

5. Förtydligande – Åtgärd 820

Konsekvensutredning

Beskrivning av problemet:

Tänder kan stå på avvikande sätt i munnen, det kan vara väldigt trångt, glest, överbett, underbett med mera vilka alla kan kallas bettfel. Att använda "osynlig tandställning" för att rätta till tandraden och en rad olika bettfel har blivit allt vanligare. En osynlig tandställning är en serie genomskinliga plastskenor som är avtagbara och som, genom att bytas ut med jämna mellanrum, gör små, stegvisa förflyttningar av tänderna. Tidigare var fastsittande tandställning, ofta kallad "räls" det som användes, vilket både syns och kan vara besvärande ur bekvämlighetssynpunkt.

TLV har fått information från Försäkringskassan om att åtgärd 820 *Skena med tandersättning för temporärt bruk* felaktigt har använts vid debitering av tandreglering med osynlig tandställning. Åtgärd 820 togs fram för att möta behovet av en specifik åtgärd för temporära ersättningar i så kallade retentionsskenor i plast (till exempel Essix, Duran med flera) som innehåller tandersättning. Dessa typer av temporära ersättningar används i klinisk praxis som interimslösning i samband med rehabiliteringsbehandlingar där saknade tänder ersätts, och är inte avsedda att användas i tandregleringssyfte. Vid beräkningen av referenspriset för åtgärd 820 har TLV, utöver den tandtekniska kostnaden och kostnaderna för material, även räknat med en kortare behandlingstid. Varken åtgärdsbeskrivningen eller referenspriset motsvarar således tandregleringsbehandling med plastskenor.

Föreslagen ändring:

För att förebygga felaktig användning föreslår TLV ett tillägg till villkoren. "Åtgärden är inte ersättningsberättigande för tandregleringsbehandling med multipla plastskenor."

Alternativa lösningar:

Som alternativ till förslaget om att åtgärda den felaktiga tillämpningen av åtgärd 820, har TLV övervägt att ta fram en eller flera särskilda åtgärder för tandregleringsbehandling med 'osynlig tandställning'. Vi har dock inte haft möjlighet att utreda detta alternativ i sin helhet och föreslår därför ett förtydligande som kan begränsa felaktig användning tills frågan kan analyseras mer grundligt.

Konsekvenser:

Patient:

För patienter som har förlorat tänder och behöver en temporär ersättning i form av en plastbaserad skena påverkas inte kostnaden eller möjligheten att få ersättning.

För patienter som vill genomgå tandreglering med osynlig tandställning (multipla plastskenor) kan däremot kostnaden öka. Detta beror på att förslaget minskar möjligheten för vårdgivare att använda åtgärds-koden 820 felaktigt för att få tandvårdsersättning för en behandling som inte är avsedd att omfattas av tandvårdsstödet. I vissa fall kan patienter tidigare ha fått en lägre kostnad utan att känna till att ersättningen begärts på felaktiga grunder. För dessa patienter innebär förslaget att patientavgiften motsvarar den faktiska behandlingen, vilket kan innebära en högre kostnad jämfört med tidigare.

Behandlare och företag:

För behandlare och de tandvårdsföretag de arbetar hos innebär förslaget ett förtydligande om hur åtgärd 820 ska användas. Det ger möjlighet till korrekt information till patienter om kostnader för tandreglering med avtagbara plastskenor.

- Vårdgivare som använder åtgärd 820 enligt syftet (temporära ersättningar i retentionsskenor med tandersättning) får ingen kostnadsförändring i verksamheten.

- Om åtgärd 820 idag används felaktigt för tandreglering med multipla plasticskenor ("osynlig tandställning") försvinner möjligheten att få tandvårdsersättning via åtgärden. Intäkterna kan därmed skifta mot en lägre andel ersättning från tandvårdsstödet och en högre andel patientbetalning. De ekonomiska konsekvenserna av detta är beroende på prissättningen för "osynlig tandställning".

Små, medelstora och stora aktörer påverkas på samma sätt om det görs tydligt vad som är felaktig tillämpning av åtgärd 820.

Ekonomiska konsekvenser för tandvårdsstödet:

Mot bakgrund av informationen TLV har fått från Försäkringskassan bedömer TLV att användning av åtgärd 820 med osynlig typ av skena har skett i relativt liten omfattning. Under 2025 gjordes 593 åtgärd 820. Om 10 % av dem tillämpades felaktigt kan det röra sig om 60 skenor och ett maximalt felaktigt utbetalt tandvårdsstöd på 80 000 kr. TLV bedömer att antal åtgärder 820 kan komma att öka ju mer åtgärden blir känd och risken för felaktiga utbetalningar kommer då också att öka. Den föreslagna förändringen skulle i dagsläget kunna medföra en kostnadsbesparing för staten om ca 80 000 kr per år. Beloppet har beräknats utifrån antal felaktiga åtgärder gånger referenspriset gånger max statligt stöd (90%) slutligt avrundat till jämnt tiotal.

IT-stöd:

Försäkringskassans IT-stöd behöver inte ändras på grund av den föreslagna ändringen.

Övergångsbestämmelser:

En övergångsbestämmelse med följande formulering tillämpas alltid för föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd och kommer att kunna tillämpas även för den föreslagna ändringen "För åtgärder som har slutförts före ikraftträdandet tillämpas de föreskrifter som gällde vid tidpunkten för slutförandet."

TLV bedömer inte att det finns behov av ytterligare övergångsbestämmelse.

Uppföljning:

Utfallet av antalet åtgärd 820 kommer att följas kommande år. Åtgärden introducerades den 1 januari 2025 vilket innebär att 2025 får bli basåret för tillämpningen och utfallet 2026 blir första jämförelseår. Under 2025 hade åtgärd 820 tillämpats 593 gånger. Kontakter med Försäkringskassan ingår i uppföljningen med avseende på resultat av efterhandskontrollerna av åtgärd 820.

Förslag:

820	<p>Skena med tandersättning för temporärt bruk Åtgärden tillämpas endast för en avtagbar plasticskena med tandersättning för att temporärt ersätta en eller flera tänder. <u>Åtgärden är inte ersättningsberättigande för tandregleringsbehandling med multipla plasticskenor.</u> I åtgärden ingår i förekommande fall kontroll och justering upp till en månad efter slutförandet av åtgärden. Åtgärden är ersättningsberättigande en gång per käke och dag.</p>
-----	---

6. Utökning – Ny tilläggsåtgärd 505 för revisionsbehandlinger

Konsekvensutredning

Beskrivning av problemet:

En återkommande synpunkt tandvårdens företrädare lämnat är att revidering av rotfyllningen i tidigare rotfylld tand är komplicerade och ofta tar betydligt längre tid än vanliga rotbehandlingar. I och med den nya tandvårdsreformen som ökar efterfrågan på tandvård från äldre patienter kan det också bli fler tänder med behov av ett ökat antal revisionsbehandlinger. På grund av den ökade svårighetsgraden samt det reglerade referenspriset för behandlingar inom den särskilda tandvårdsersättningen finns det en risk att revisions-behandlingar väljs bort till förmån för tandextraktion och efterföljande rehabilitering med fast tand- eller implantatstödd protetik. En sådan utveckling skulle öka kostnaderna för tandvårdsstödet och innebära att tandvården avviker från lagens syfte att så långt möjligt bevara munnens vävnader. Det riskerar dessutom att leda till mer omfattande och invasiva behandlingar för patienterna, med längre behandlingstider och högre komplikationsrisk.

Föreslagen ändring:

TLV föreslår en tilläggsåtgärd för revisionsbehandling per reviderad rotkanal. Som tilläggsåtgärd måste den rapporteras vid samma tillfälle som rotfyllningen slutförs tillsammans med en av grundåtgärderna 501–504. Det är antalet reviderade kanaler som avgör hur många tilläggsåtgärder som får rapporteras, dock högst fyra per tandposition och ersättningsperiod. Detta innebär inte att en tand med en kanal kan revideras fyra gånger, eftersom åtgärd 501 endast får rapporteras en gång per tand under samma ersättningsperiod. Antalet kanaler som ska revideras ska kunna styrkas med röntgendokumentation. Kanaler som inte tidigare har rotfyllets i en redan rotfylld tand är inte berättigade till tilläggsåtgärd.

Alternativa lösningar:

TLV har övervägt alternativet att inkludera revisionsbehandling indirekt i tandvårdsstödet genom att justera referenspriserna för de ordinarie rotfyllningsåtgärderna. Dessa skulle då bättre spegla behandlingens möjliga komplexitet. Fördelen med en sådan lösning är en enklare implementering; inga nya åtgärder och mindre ändringar i administrativa system.

Den lösningen ger dock inte samma precision i ersättningen som en särskild åtgärd. De okomplicerade rotfyllningarna skulle gynnas och då dessa är betydligt fler är revisionsbehandlingar leder det till betydande kostnadsökningar i det statliga tandvårdsstödet.

En annan lösning vore att ta fram en ny grundåtgärd för fullständig revisionsbehandling, dvs. per tand och inte per kanal, som skulle rapporteras separat. Det skulle skapa en tydlig differentiering mellan primärbehandling och revisionsbehandling. TLV har dock bedömt att alternativet skulle vara mindre exakt vad gäller ersättningen, då tidsåtgången varierar avsevärt beroende på antal kanaler. Det skulle därmed riskera under- eller överkompensation beroende på tandens anatomiska förutsättningar.

Konsekvenser:

Patient:

- Fler tänder kan bevaras: Genom att öka det ersättningsgrundande beloppet vid revisionsbehandlingar kan de bli mer ekonomiskt tillgängliga för patienter.
- Mindre invasiv vård: Revision av en rotfyllning är generellt ett mindre ingrepp än extraktion och implantat/fast protetik som kan vara alternativa behandlingar.
- Det kan bli fler och längre besök: Revision av rotfyllningar är ofta tidskrävande och kan kräva flera besök på tandklinik.

Behandlare och företag:

- Ökade möjligheter att erbjuda revisionsbehandlingar eftersom patienterna får mer tandvårdsstöd jämfört med nuvarande regler.

Ekonomiska konsekvenser för tandvårdsstödet:

Enligt Försäkringskassans statistikdatabas är omgörningsfrekvensen ca 2,4 % för tänder rotfyllda efter 2008 räknat per rotkanal. Det revideras även rotfyllningar som gjordes innan 2008 vilket därmed ingår i statistiken för rotfyllda tänder men dessa kan inte ses som en omgörning i statistiken. Det rotfylldes ca. 340 000 rotkanaler enligt statistik från Försäkringskassan för år 2024. Antalet rotfyllningar har minskat ca 35% sedan 2009. Mycket högt räknat om ca. 5% av dessa blir revisionsbehandlingar kommer det att innebära en ökad kostnad för tandvårdsstödet, genom den nya tilläggsåtgärden, på ca. 6,3 miljoner kronor per år efter beaktande av den högsta subventionen på 90%. Alla revisionsbehandlingar sker dock inte inom särskild tandvårdsersättning. Beräkningen av kostnaden har inte reducerats med andra högre kostnader för alternativa behandlingar som utförs exempelvis extraktion och efterföljande rehabilitering. Det innebär att nettoeffekten bedöms vara kostnadsneutral på sikt.

IT-stöd:

En ny åtgärd kräver programmering av Försäkringskassan och journalsystemsleverantörerna. Regler för högst fyra tilläggsåtgärder per tand under samma ersättningsperiod kräver implementering i IT stöden. Försäkringskassans algoritmer kan behöva hantera att antalet rapporterade kanaler motsvarar rimliga kliniska scenarier.

Övergångsbestämmelser:

En övergångsbestämmelse med följande formulering tillämpas alltid för föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd och kommer att kunna tillämpas även för den föreslagna ändringen ”För åtgärder som har slutförts före ikraftträdandet tillämpas de föreskrifter som gällde vid tidpunkten för slutförandet.”

TLV bedömer inte att det finns behov av ytterligare övergångsbestämmelse.

Uppföljning:

Försäkringskassan bör följa upp med efterhandskontroller hur åtgärden används med tanke på den potentiellt höga kostnaden för tandvårdsstödet. Med specifik åtgärd för revisionsbehandling kan den statistiskt också följas upp över tid vilket är data vi inte har tillgång till idag.

Förändringar i vårdgivares debiteringsmönster, uppföljningsrutiner och patienters erfarenheter av regeländringen bör också följas upp.

Uppföljningen kan initieras redan efter 6 till 12 månader efter införandet för att kontrollera tillämpningen och efterlevnad av reglerna till exempel med efterhandskontroller. En långsiktig uppföljning kan ske 2 till 5 år efter införandet för att utvärdera systemeffekter som regeländringens bestående påverkan på tandvårdsstödet, utveckling av vårdkvalitet över tid, de långsiktiga kostnadseffekterna och påverkan på tillgänglighet och jämlikhet i tandvård. Till detta behövs samråd med professionen och andra myndigheter.

Förslag:

505	<p>Revisionsbehandling, tilläggsåtgärd per rotfylld rotkanal</p> <p><u>Åtgärden tillämpas vid revisionsbehandling av tidigare rotfyllda rotkanaler.</u></p> <p><u>Antalet kanaler som behöver revisionsbehandling ska vara dokumenterat med befintlig röntgen.</u></p> <p><u>Åtgärden är endast ersättningsberättigande tillsammans med åtgärd 501–504 under samma dag med samma behandlare.</u></p> <p><u>Åtgärden är ersättningsberättigande högst fyra gånger per tandposition och ersättningsperiod.</u></p>
-----	---

7. Utökning – Ny tilläggsåtgärd 524 vid multipla stiftborttagningar

Konsekvensutredning

Beskrivning av problemet:

Ett av de mer tids- och precisionskrävande jobben inom tandvården kan vara när en behandlare måste borra bort ett cementerat stift i en rotkanal för att exempelvis komma åt en infektion under roten.

Tandvårdsstödet har för närvarande en åtgärd för borttagning av stift i rotkanal, åtgärd 523, oavsett antal stift i tanden. Det kan vara enkelt att ta bort ett stift men är ofta en mycket tidskrävande behandling. Tänder med flera rötter kan ha fler än ett stift vilket gör stiftborttagningen mer komplicerad. Den extra tid och extra kostnad det kan medföra innebär ofta att patienten får betala ett högre pris för stiftborttagning men utan statligt stöd när flera stift ska tas bort. Det kan leda till att patienter väljer bort vävnadsbesparande behandling.

Det är därför motiverat att patienten får möjlighet till ökat tandvårdsstöd när fler än ett stift per tand behöver avlägsnas.

Föreslagen ändring:

TLV föreslår en tilläggsåtgärd till åtgärd 523 *Stiftborttagning* som kan nyttjas till ytterligare ett eller två stift i rotkanaler. Antalet stift som ska avlägsnas ska kunna styrkas med röntgendokumentation.

Åtgärden ska endast vara ersättningsberättigande tillsammans med åtgärd 523 under samma dag med samma behandlare.

Alternativa lösningar:

I stället för en ny åtgärd har TLV övervägt att höja referenspriset för all stiftborttagning (åtgärd 523) så att det även täcker behandlingar med flera stift. Fördelen med detta är att ingen ny rapporteringskod behövs och implementeringen för vårdgivare, Försäkringskassan och systemleverantörer blir enkel.

Lösningen saknar dock precision ur ersättningssynpunkt då behandling av enstaka, okomplicerade stift överkompenseras då referenspriset skulle behövas att minst dubblas, vilket skulle leda till att tandvårdsstödet blir mindre kostnadseffektivt.

Konsekvenser:

Patient:

- Ökad tillgång till adekvat behandling: Patienter med fler än ett stift i en tand får mer statligt tandvårdsstöd. Det kan leda till ökat incitamentet att försöka spara en rotfylld tand i stället för att extrahera den. Det ligger i linje med 3 § tredje stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd att så långt som möjligt bevara munnens vävnader.

Behandlare och företag:

- Dokumentationskravet kan komma att skapa något ökad administrativ börda som dock bedöms vara proportionerlig mot den ersättningen som åtgärden innebär.
- Ger mer möjlighet att erbjuda god tandvård till lägre kostnad för patienterna

Ekonomiska konsekvenser för tandvårdsstödet:

Det görs ca 1 500 stiftborttagningar per år inom tandvårdsstödet. En bråkdel av dessa omfattar fler än ett stift. TLV uppskattar att det innebär en kostnad på under 100 000 kronor för tandvårdsstödet. Beloppet

har uppskattats utifrån potentiellt antal nya stiftborttagningar multiplicerad med referenspriset för åtgärden, multiplicerad med högst statligt stöd (90%). Beloppet har slutligt avrundats till jämnt tiotal.

På sikt kan vårdgivare vara mer benägna att utföra komplett stiftborttagning i stället för alternativa behandlingar (till exempel extraktion). Det kan minska behovet av mer kostsamma protetiska ersättningar eller implantat – för vissa patientgrupper kan det ge potentiell kostnadsneutralitet eller besparing på längre sikt.

IT-stöd och Försäkringskassans efterhandskontroller:

En ny åtgärd kräver programmering av Försäkringskassan och journalsystemsleverantörerna. Åtgärden ska som endast vara ersättningsberättigande i kombination med åtgärd 523 samma dag med samma behandlare.

Riskbaserade efterkontroller kan behöva inriktas på avvikande mönster (ex. ovanligt höga frekvenser av åtgärden per klinik och behandlare).

Övergångsbestämmelser:

En övergångsbestämmelse med följande formulering tillämpas alltid för föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd och kommer att kunna tillämpas även för den föreslagna ändringen ”För åtgärder som har slutförts före ikraftträdandet tillämpas de föreskrifter som gällde vid tidpunkten för slutförandet.”

TLV bedömer inte att det finns behov av ytterligare övergångsbestämmelse.

Uppföljning:

Målet för uppföljningen bör vara att säkerställa att åtgärden leder till ökad träffsäkerhet i ersättning utan att skapa överutnyttjande. Patientnyttan behöver också följas.

Uppföljningen kan initieras redan efter 6 till 12 månader efter införandet för att kontrollera kvalitativ och kvantitativ tillämpning och efterlevnad av reglerna. Förändringar i vårdgivares debiteringsmönster bör också följas upp på kort sikt. Andel åtgärd 523 som följs av åtgärd 524 samt genomsnittligt antal åtgärd 524 per tand är indikatorer som kan följas upp.

En långsiktig uppföljning av tillämpningen kan ske 3 år efter införandet för att utvärdera påverkan på tandvårdsstödet, utveckling av vårdkvalitet över tid och de långsiktiga kostnadseffekterna.

För att svara på frågor om vårdkvalitet, tillgänglighet och jämlikhet i tandvården behöver samråd med professionen (särskilt endodontister) och andra myndigheter inleddas i samband med den långsiktiga uppföljningen.

Förslag:

<u>524</u>	<p>Stiftborttagning, tillägsåtgärd per ytterligare stift</p> <p>Åtgärden tillämpas för avlägsnande av stift i tänder med fler än ett stift.</p> <p>Antalet stift ska vara dokumenterat med befintlig röntgen.</p> <p>Åtgärden är endast ersättningsberättigande tillsammans med åtgärd 523 under samma dag med samma behandlare.</p> <p>Åtgärden är ersättningsberättigande högst två gånger per tandposition och ersättningsperiod.</p>
------------	---

8. Förtydligande – Åtgärd 861–863 och 865

Konsekvensutredning

Beskrivning av problemet:

Den senaste utvecklingen av 3D-skrivarteknik inom tandteknik har resulterat i fler alternativ av både material och metoder för framställning av protetiska konstruktioner. TLV har mottagit frågor angående materialval för helkåksimplantat-broar, åtgärd 861–863, 865. Frågeställarna önskar ett klagörande kring åtgärdstexten, som specificerar att broskelettet för helkåksimplantaten kan tillverkas med 3D-teknik.

Åtgärd 861–863 och 865 avser en *permanent* implantatstödd bro, vilket innebär att den ska tillverkas av material avsett för långvarig användning. Enligt allmän uppfattning bör en implantatbro ha en livslängd på minst 10 år, med en potentiell livslängd på upp till 20–30 år, beroende på skötsel och vilket material som används. De mest hållbara materialen som för närvarande används är titan eller kobolt-krom med proteständer, titan eller kobolt-krom med påbränt porslin eller fullzirkonia (för metallfria alternativ).

Ett keramiskt skelett i zirkoniumoxid fräses i specialiserade dentala fräsmaskiner, medan titan och kobolt-krom oftast 3D-printas med hjälp av industriella laserskrivare som smälter samman fint metallpulver. Dessa metoder möjliggör en högre precision och bättre mekaniska egenskaper jämfört med traditionellt gjutna broskelett. I åtgärd 861–863 och 865 specificerar TLV att broskelettet kan vara gjutet, fräst eller framställt med 3D-teknik, vilket omfattar de metoder som nämnts ovan.

Det är viktigt att klargöra detta i ljuset av att protetiska konstruktioner också görs av nya kompositmaterial (som kan vara förstärkta med keramiska partiklar) och olika polymerer (som bioplast PEEK) med hjälp av 3D-skrivarteknik. Dessa material kan vara fördelaktiga att använda som interimslösningar medan den slutgiltiga konstruktionen inväntas, eller som en långtidstemporär lösning.

Föreslagen ändring:

Åtgärdstexten för åtgärd 861–863 och 865 kompletteras med förtydligande att broskelettet ska vara framställt i metall eller helkeramik.

Alternativa lösningar:

Den lösning som TLV bedömer skulle kunna vara ett alternativ att överväga är att införa särskilda åtgärder för icke-permanenta broar tillverkade i polymerer eller hybridkeramer avsedda för temporärt bruk. Det ger möjlighet att lämna ersättning för moderna temporära lösningar och begränsar inte innovationsincitamentet vad gäller utveckling av nya material.

Samtidigt är myndighetens uppdrag att, med stöd av lagar och förordningar, bedöma vilka behandlingar som ska omfattas av det statliga tandvårdsstödet. Anledningen till att TLV i dagsläget väljer att inte ta fram fler åtgärder för helkåksimplantatbroar tillverkade i andra material än metall eller helkeramik är att subventionssystemet ska baseras på tandvård som inte strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialstyrelsens nationella riktlinjer har ännu inte bedömt lämpligheten av hybridkeramer och biopolymerer i helkåksimplantatlösningar. I situationer där det vetenskapliga underlaget och den kliniska praxisen inte fullt ut stödjer en behandlingsmetod tillämpar TLV alltid ett mer försiktigt införande i regelverket.

Tandstödda och implantatstödda 3D-printade kronor och broar i hybridkeramer har nyligen införts i tandvårdsstödet som semipermanenta lösningar. Myndigheten avser att följa utvecklingen inom området och kommer att utreda användningen av dessa material på nytt även för permanenta konstruktioner.

Konsekvenser:

Patient:

Positiva konsekvenser:

- Ökad tydlighet kring vilka material som omfattas av högkostnadsskyddet.
- Säkerställd kvalitet och hållbarhet i permanenta lösningar (10–30 års livslängd).
- Minskad risk för att få temporära material i permanenta konstruktioner vilket säkerställer patientsäkerheten.

TLV ser ingen påverkan på olika patientgrupper (allergiker, äldre, personer med funktionsnedsättning) eller geografiska skillnader i tillgång till olika material och tekniker.

Behandlare och företag:

Administrativa konsekvenser för behandlare:

- Behov av uppdaterad kunskap hos vårdgivarna om vilka material som omfattas. Vi bedömer konsekvensen som ringa för de vårdgivare som följer regelverket (i stort sett samtliga).
- Tydligare riktlinjer kan minska frågor och tolkningsproblem.

Verksamhetsmässiga konsekvenser:

- Påverkan på materialval vid pågående behandlingsplanering. Risken bedöms som minimal eftersom regeländringarna träder i kraft cirka sex månader efter beslut. Denna marginal bedöms ge vårdgivarna tillräcklig tid att vid behov justera pågående behandlingsplaner.
- Möjlig påverkan på samarbete med tandtekniska laboratorier.

Tandtekniska laboratorier:

- Tydligare specifikationer kan underlätta produktionsplanering.
- Möjlig påverkan på investeringar i olika tillverkningstekniker.
- Konkurrenssituation mellan olika tillverkningsmetoder och material kan påverkas.

Materialleverantörer:

- Innovationsincitament för utveckling av nya material kan dämpas.
- Små och stora företag kan påverkas olika beroende på produktportfölj. Större leverantörer brukar ha flera materialkategorier i sitt sortiment och kan därmed lättare styra kunder mot godkända alternativ och fortsätta sälja andra material till temporära konstruktioner. Mindre företag är ibland nischade och därmed arbetar uteslutande med vissa produkter. Om deras huvudprodukter inte längre används för permanenta broar (endast temporära) förlorar de tillgång till en del av marknaden.

Ekonomiska konsekvenser för tandvårdsstödet:

- Minskade kostnader för omprövningar och överklaganden när TLV:s åtgärdstext inte lämnar tolkningsutrymme. Oklarheter leder till olika situationer där vårdgivare ifrågasätter eller får avslag på ersättning. Ett förtydligande av materialkraven minskar sådana oklarheter.
- Färre frågor och tolkningstvister kan minska administrativ börda.
- Inga ökade kostnader eftersom priserna i tandvårdsstödet redan idag beräknas på metall och helkeramik.

IT-stöd:

Ändringen kräver ingen programmering av Försäkringskassans IT-system.

Övergångsbestämmelser:

Kungörandet av föreskrifterna där ändringen beskrivs, sker cirka sex månader innan ikraftträdandet. Det ger tillräcklig tid för information och anpassning av pågående eller planerade behandlingar.

De implantatstödda åtgärderna anses vara slutförda i tandvårdsstödet när konstruktionen är utlämnad. Det är då åtgärdsrapporteringen kan ske till Försäkringskassan. Det är reglerna vid tiden för slutförandet/inrapporteringen som gäller. Det finns därmed inget behov av övergångsbestämmelser.

Uppföljning:

En kortsiktig uppföljning kan ske inom 6–12 månader efter ikraftträdandet genom att utvärdera mängden av frågor eller tolkningsproblem som inkommer till TLV. Den långsiktiga uppföljningen behöver inledas redan efter de två första åren från ikraftträdandet med syftet att följa utvecklingen av nya material och tekniker. Detta kan garantera att hållbarhetsfrågor kring olika material granskas grundligt, samtidigt som samhällsekonomiska aspekter fortsatt beaktas.

Förslag:

861	Implantatstött bro i överkäke på fyra implantat Åtgärden tillämpas för helkäksimplantat med fräst, gjutet eller med 3D-teknik framställt broskelett i metall eller helkeramik . Åtgärden får kombineras med åtgärd för industriellt framställd eller fräst distans som skruvas fast separat. I åtgärden ingår broskruv samt i förekommande fall protetisk cylinder och annan distans- eller kopplingskomponent än industriellt framställd eller fräst distans som skruvas fast separat.
862	Implantatstött bro i överkäke på fem implantat Åtgärden tillämpas för helkäksimplantat med fräst, gjutet eller med 3D-teknik framställt broskelett i metall eller helkeramik . Åtgärden får kombineras med åtgärd för industriellt framställd eller fräst distans som skruvas fast separat. I åtgärden ingår broskruv samt i förekommande fall protetisk cylinder och annan distans- eller kopplingskomponent än industriellt framställd eller fräst distans som skruvas fast separat.
863	Implantatstött bro i överkäke på sex eller fler implantat Åtgärden tillämpas för helkäksimplantat med fräst, gjutet eller med 3D-teknik framställt broskelett i metall eller helkeramik . Åtgärden får kombineras med åtgärd för industriellt framställd eller fräst distans som skruvas fast separat. I åtgärden ingår broskruv samt i förekommande fall protetisk cylinder och annan distans- eller kopplingskomponent än industriellt framställd eller fräst distans som skruvas fast separat.
865	Implantatstött bro i underkäke på fyra eller fler implantat Åtgärden tillämpas för helkäksimplantat med fräst, gjutet eller med 3D-teknik framställt broskelett i metall eller helkeramik . Åtgärden får kombineras med åtgärd för industriellt framställd eller fräst distans som skruvas fast separat. I åtgärden ingår broskruv samt i förekommande fall protetisk cylinder och annan distans- eller kopplingskomponent än industriellt framställd eller fräst distans som skruvas fast separat.