



Rektor

Socialdepartementet
s.remissvar@regeringskansliet.se
s.hc.@regeringskansliet.se

Yttrande över betänkandet SOU 2024:70 Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård

Karolinska Institutet har beretts möjlighet att lämna synpunkter på Socialdepartementets remiss av betänkandet SOU 2024:70 Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård (ert dnr S2024/O1892). KI överlämnar härmed sitt yttrande.

Yttrandet har utarbetats av Karin Garming Legert, grundutbildningsansvarig, specialist orofacial medicin, Joannis Grigoriadis, specialist oral protetik, Anastasios Grigoriadis, specialist oral protetik, Peggy Näsman, specialist endodonti och Bodil Lund, prefekt, specialist käkkirurgi, samtliga vid institutionen för odontologi.

Beslut i detta ärende har fattats av undertecknad rektor Annika Östman Wernerson i närvaro av universitetsdirektör Veronika Sundström efter föredragning av samordnare Radmila Mičić. Närvarande var också Medicinska Föreningens ordförande Patrik Blomberg.

Annika Östman Wernerson

Radmila Mičić

Bilaga



Yttrande över betänkandet SOU 2024:70 Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård

Karolinska Institutet (KI) anser att den föreslagna tandvårdsreformen har potential att medföra flera positiva förändringar, men den har också utmaningar. Att tandvård prioriteras och att god munhälsa betonas som en viktig del i allmänhälsa är behövligt och viktigt. Det är också utmärkt att det tas krafttag mot oseriösa aktörer och kriminalitet i tandvården.

KI menar att utredningen delvis missar syftet med utredningens uppdrag att föreslå hur tandvårdens högkostnadsskydd kan förstärkas för att mer efterlikna det i övrig vård, och där äldre med sämst munhälsa prioriteras. Utredningens förslag innebär att alla patienter över 67 år betalar 10 procent av kostnaden för tandvård utifrån referenspriset. KI menar att det är behandlingsbehovet som ska styra subventionerad vård. KI ser därför positivt på att utredningen framför att det på sikt bör övervägas om stödet ska baseras på en munhälsoprofil i stället för ett ålderskriterium. Det är först när ett sådant stöd införs som det kommer de mest sjuka och svaga till godo, oavsett ålder.

Det är anmärkningsvärt att undersökning och förebyggande åtgärder, vilket patienter kanske känner minst motivation till att betala, inte omfattas av förstärkt tandvårdsersättning. Den rehabiliterande och habiliterande vården bygger på en väl fungerande förebyggande och hälsofrämjande vård och bör således vara en självklar del av ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård. Förebyggande tandvård behöver således prioriteras/subventioneras för både +67 och för yngre då de med hjälp av den förebyggande tandvården eventuellt slipper mer omfattande behandlingar senare i livet.

Högkostnadsskyddet bör täcka patientens samtliga kvarvarande tänder, till skillnad från utredningens förslag att sjukdomsbehandlande åtgärder och smärtbehandling kan ges för alla tänder medan ny fast tandstöd

protetik bakom tandposition 5 undantas från bestämmelserna om tiotandvård. Utredningens förslag innebär att en rotbehandling av tanden subventioneras men inte den protetiska behandlingen om det är en tand bakom tand 5. För sådan behandling gäller i stället det befintliga högkostnadsskyddet. Detta kan medföra att patienter med begränsade resurser inte kan välja att betala för ny fast protetik med risk för frakturer av de viktiga tuggtänderna. Ett modernt högkostnadsskydd bör rimligen omfatta patientens samtliga kvarvarande tänder. Ett undantag för vissa tandpositioner medför en ökad risk att patienter väljer att extrahera tänder som behandling.

Reformen innebär en ekonomisk lättnad för äldre patienter som har begränsade resurser. Detta kan öka tillgången till vård och uppmuntra fler äldre att söka behandling, särskilt de med sämre munhälsa som ofta har större vårdbehov. Med ett förstärkt högkostnadsskydd kan fler patienter ha råd att genomgå mer avancerade behandlingar, vilket kan leda till en ökning av remisser till specialisttandvården. En ökad tillströmning av patienter kan ge fler möjligheter för handledning av ST-tandläkare (specialisttandläkare under utbildning). Detta innebär att fler patienter med varierande och komplexa behov blir tillgängliga för praktisk utbildning, vilket stärker ST-tandläkarnas kliniska erfarenhet och förbereder dem bättre för framtida utmaningar under deras kliniska karriär.

Den ökade efterfrågan på tandvård kan leda till överbelastning i systemet, inte minst på specialisttandvården, vilken redan är pressad av personalbrist och administrativa krav. Redan idag råder brist på vissa specialistkompetenser inom tandvården. Om behovet av specialisttandvård ökar utan att fler specialister utbildas, kan detta förvärra bristen och leda till sämre tillgänglighet. En prisreglering kan också innebära ökad administration för specialistkliniker, särskilt om det krävs fler intyg, dokumentation och uppföljning för att hantera ersättningssystemet. Om specialisttandvården måste hantera ett ökat patientflöde utan att få tillräckliga resurser kan det leda till att kvaliteten på vården påverkas negativt, exempelvis genom kortare behandlingstider eller färre resurser för komplexa fall. Vidare kan reformens fokus på ökade

resurser till äldre patienter leda till att det blir svårare för yngre patienter med specialistbehov att få tillgång till vård, vilket i sig kan skapa obalans i vården.

Det är positivt att det särskilda tandvårdsbidraget (STB) höjs från högst 600 kronor till högst 1 000 kronor per halvår och att giltighetsperioden förlängs till ett år, då det tandvårdsbidrag som ges idag i många fall inte räcker för att understödja regelbunden förebyggande tandvård som dessa patienter behöver. Dessutom är giltighetsperioden idag många gånger för kort hos den sköra patienten som kan ha svårt att ta sig till tandvården.

Föreslagen prisreglering riskerar få till följd att det inte finns tillräckligt med patienter över 67 års ålder för studentbehandling då samma låga pris erbjuds på samtliga övriga tandvårdskliniker där tandbehandlingarna går fortare och utförs av legitimerade tandläkare. Redan idag är det en utmaning att få tillräckligt och lämpligt patientunderlag till utbildningen. Detta riskerar att påverka kvaliteten på klinisk utbildning.

För att stimulera till en mer geografisk fördelning av tandläkare i Sverige, som idag är starkt överetablerade i storstäder, föreslås en högre ersättning till vårdgivare utanför storstaden. Den ojämna fördelningen av tandläkare i landet är ett komplext problem som inte har en enkel lösning.

Tandvårdsreformen kommer att påverka privattandvården och kan även få oönskade effekter t ex i glesbygd där 10 procent eller 20 procent högre ersättning kanske lika fullt inte kompenserar de priser man normalt håller. Det kan få effekter på antalet tandläkare som lämnar yrket eller landet. Denna grupp är redan oroväckande stor (ref Nationella planeringsstödet). Det är bra att priserna regleras, men man bör vara observant på effekterna. Privattandvården utgör 50 procent av tandvården i Sverige.

Det finns även en risk att tandvårdsreformen kommer medföra att svensk tandteknik tappar mark då fler beställningar för tandteknik troligen

kommer att skickas utomlands. Detta kommer i sin tur medföra att kompetens i tandteknik inom landet förloras.

Signature page

This document has been electronically signed
using eduSign.

eduSign