

**Yttrande över remissen När behovet får styra- ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandvård, SOU 2021:8****Inledning**

Region Västerbotten tackar för en informativ, grundligt genomförd och välskriven utredning som genomsyras av en tydlig strävan att försöka utveckla det svenska tandvårdssystemet för att gynna en jämlik tandhälsa i befolkningen. Regionen instämmer i stora drag i betänkandet men ifrågasätter eller problematiserar enstaka förslag mer eller mindre omfattande. Sammanfattningen är skriven i ett försök att belysa det vi uppfattar vara avgörande för att lyckas med en framgångsrik reformering av det svenska tandvårdssystemet i syfte att främja jämlik och god tandhälsa i befolkningen.

I Sverige söker patienter hälso- och sjukvård vid behov. Tandvården har en lång tradition av regelbundna besök oavsett närvaro av sjukdom eller inte. Betänkandets förslag lägger grunden till ett helt nytt svenskt tandvårdssystem vilket ska leda tandvården till "att bli mer likt hälso- och sjukvårdens system i syfte att stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader, gynna en regelbunden och förebyggande tandvård och uppnå en mer jämlik tandhälsa och ett mer resurseffektivt tandvårdssystem". Regionen är tveksam till om det är möjligt att bli mer lik hälso- och sjukvården och samtidigt behålla regelbundna besök utan att tillföra tandvårdssystemet mer pengar. Det system som finns idag för finansiering av tandvården gynnar inte heller en utveckling mot lägre självkostnad för patienten eller att fortsatt utveckla preventivt arbete.

Förståelse för hur tandvårdsresurser (offentliga och privata) är fördelade i Sverige, och hur statliga och regionala subventioner fungerar är grundläggande för att kunna utforma ett tandvårdssystem som både är kostnadseffektivt och leder till en mer jämlik tandhälsa.

**Sammanfattning*****Kostnadseffektivitet i tandvård uppnås över tid***

Att tidigt värna barnens tandhälsa är ett av de mest effektiva sätten att skapa en god tandhälsa i befolkningen. Svensk barntandvård är inte jämlik och inte heller lika finansierad mellan regionerna. 13 av 21 regioner redovisar idag ett ekonomiskt underskott för den anslagsfinansierade barntandvården. I betänkandet saknas förslag på hur barntandvård ska samordnas och finansieras så att alla barn i Sverige ska kunna åtnjuta en likvärdig tandvård. Detta omfattar även genomförande av likvärdig och effektiv prevention för en god tandhälsa senare i livet. Att vidareutveckla svensk barntandvård med effektiv prevention är en nationell ekonomisk investering. Vi finner det anmärkningsvärt att betänkandet inte beaktar dessa omständigheter närmare i sin analys av hur en jämlik tandvård ska åstadkommas på ett kostnadseffektivt sätt. All regional tandvård bör åläggas nationell samordning inklusive framtagandet av ramverk, nationella riktlinjer samt beakta barnkonventionen.

***Förmåga att nå grupper med störst behov***

Att förebygga sjukdomsutveckling inom tandvården är ett välprövat arbetssätt. Socioekonomisk tyngd är en riskfaktor för utveckling av flertalet sjukdomar så som hål i tänderna (kariessjukdom), diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar bland flera. Nationellt folkhälsoarbete inom ramen för jämlik tandvård är en självklarhet inte bara för en förbättrad tandhälsa och hälsa utan även för att hushålla med framtida

Hälsa- och sjukvårdsnämnden

2021-06-08  
HSN 438-2021

resurser och kostnader. I betänkandet saknas konkreta förslag på hur prevention och folkhälsoarbete ska kunna bedrivas likvärdigt nationellt för att gagna de mest utsatta och marginaliserade invånarna i samhället, vilka är överrepresenterade i sjukdomsförekomst, och ofta saknar regelbundna tandvårdskontakter. Betänkandet fördjupar sig inte i dessa frågor och saknar förslag på finansiering och samordning av prevention och folkhälsoarbete. Det är viktigt att tillföra särskilda utvecklingsmedel för att genomföra särskilda utvecklingsåtgärder och satsningar till befolkningsgrupper/områden där många invånare till exempel avstår från tandvård.

Det av regionerna inrättade nationella programområdet för tandvård (NPO-tandvård) bör genomföra en behovsinventering i syfte att fastställa hur tandvårdens utvecklings- och förändringsbehov ser ut, vilka aktörer som bör medverka i olika delar, hur samverkan med övrig hälso- och sjukvård kan utvecklas samt om det är motiverat med särskilda utvecklingsmedel för tandvården. Direktiven till NPO tandvård bör förtydligas i syfte att beakta redan pågående och/eller avslutade statliga utredningar eller riktade satsningar, exempelvis SoU 2020;19 samt God och Nära Vård.

#### *Tandvård i regional eller kommunal regi*

Tandvård som kommer att inrymmas under regionernas ansvar och finansiering bör styras med kunskapsstödsstyrning, nationella riktlinjer och kunskapsdokument från instanser som NPO, SBU och Socialstyrelsen. Samma skäl, syfte och mål som utredningen har för tandvårdssystemet i stort bör eftersträvas även för de delar som regioner och kommuner kommer att ansvara för enligt betänkandet.

#### *Genomlysning av det statliga tandvårdsstödet*

För att erbjuda vård och behandling efter behov, av god kvalitet och i överensstämmelse med vetenskap så som i övrig hälso- och sjukvård så krävs mer genomgripande förändringar än de som föreslås i betänkandet. Tandvårdens mest kraftfulla styrverktyg är det statliga tandvårdsstödet och utformning av detsamma. Tandvårdsstödet består av "åtgärder" som i huvudsak är styckvisa ersättningar för insatser i enskilda tänder. Samtidigt som hälso- och sjukvården utvecklas mot ett alltmer holistiskt förhållningssätt är tandvårdens nav alljämt ett ersättningsystem uppbyggt på åtgärder av enskilda tänder. Detta trots att diagnos och behandling av exempelvis parodontit och kariessjukdom omfattar individen och vad den behöver göra för att hålla enskilda tänder friska.

Tandvårdsstödet behöver förändras och bli ett ersättningsystem där åtgärder är prissatta i relation till individens diagnos och inte till den enskilda tandens tillstånd. I betänkandet saknas problematisering av tandvårdsstödet utformning i relation till diagnostik, behandling och vilka dynamiska effekter sådana förändringar skulle få på såväl kostnader som tandhälsa. Vi finner det olyckligt att en sådan gedigen utredningen inte har fördjupat sig i tandvårdsstödet utformning och dess betydelse för utveckling av modern tandvård.

#### *Behovsstyrning av tandvård för jämlik tandhälsa*

Region Västerbotten ställer sig i grunden positiva till att införa ett system med tandhälsoplan och att avgiften för de åtgärder som ingår i tandhälsoplanen ska ha en låg, fast patientavgift, t ex utredningens föreslagna 200 kr för vuxna patienter, i syfte att minska de ekonomiska trösklarna för förebyggande och hälsofrämjande undersökningar.

Ett nationellt enhetligt verktyg för behovsstyrning av tandvård behövs för att differentiera mellan patienter med eller utan vårdbehov. För detta föreslår

Hälsa- och sjukvårdsnämnden

2021-06-08  
HSN 438-2021

betänkandet ett riskbedömningssystem. Det saknas klargörande om vilken risk som avses; risk för sjukdom eller ekonomisk risk? Riskbedömning av odontologiska sjukdomstillstånd vilar på otillräcklig vetenskaplig grund och är därför osäkra att använda för fördelning av subventioner.

Tandvårdens basundersökning är utformad för att särskilja mellan friska och sjuka individer men inte för att genomföra fördjupad utredning, diagnostik och individuell vårdplanering av patienter med karies och parodontit. Därför saknas inte alltför sällan korrekt diagnos och individuell vårdplanering av dessa patienter vilka fortsätter att konsumera tandvård. Enligt behovs- och solidaritetsprincipen ska tilldelning av resurser styras av vårdbehovet. Ett enhetligt nationellt bedömningsverktyg för behovsstyrning av tandvård bör utvecklas, det vill säga för bedömning av det faktiska vårdbehovet.

En översiktlig tandhälsoplan innehåller inte en fördjupad undersökning av sjukdomstillstånd eller en individuell behandling i relation till diagnos. Då betänkandet inte redogör för vilka åtgärder i tandhälsoplanen som avses subventioneras i relation till diagnos behöver förslaget utvecklas. Betänkandet bör utvecklas rörande riskbedömning och tandhälsoplan och ta hänsyn till behovet av fördjupad undersökning, korrekt diagnostik och individuell vårdplanering av patienter med omfattande vårdbehov. Detta gäller oavsett om patienten är ett barn eller en vuxen.

#### *Ett nytt högkostnadssystem*

Region Västerbotten ställer sig positiva till att i högre grad subventionera patientens kostnader för tandvården. Tandvård bör ses som en del av hälso- och sjukvården, utan att för den delen överge sin inriktning på preventivt arbete. Tanderna är en del av kroppen och tandhälsa och allmän hälsa går inte att särskilja från varandra. Allmän och subventionerad vård är ett effektivt sätt att skapa en mer jämlik hälsa och en mer jämlik tillgång till vård då det behövs. Region Västerbotten ställer sig därför positiva till utredningens alternativ 1, det vill säga en förändring till ett system med subvention efter mönster från hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. En sådan förändring ställer dock krav på mer genomgående förändringar i tandvårdens ersättningssystem, och en förflyttning från ersättning för enskilda åtgärder till ersättning för patientansvar, motsvarande det ansvar primärvården har för sitt upptagningsområde och listade patienter. Närmast till hands, och som utredningen nämner, är att utgå från hur offentliga och privata aktörer hanteras i det fria vårdvalet för primärvård. Ett förändrat högkostnadsskydd i riktning mot de högkostnadsskydd som finns inom hälso- och sjukvård utan förändringar ersättningssystemet kommer med stor sannolikhet bli kostnadsdrivande utan att för den skull bidra till en mer jämlik och rättvis tillgång till tandvård.

#### **Region Västerbottens ställningstagande till betänkandets olika förslag**

Regionen kommenterar endast betänkandets förslag i vilka vi inte instämmer i eller vill problematisera. För dessa anges kapitelnumrering och en kortfattad beskrivning av varför förslaget ifrågasätts.

#### **7.4.3 Privata vårdgivare ska vid anmodan samverka med regionen i planeringen av tandvården**

Förslaget är otydligt och uppfattas av regionen som tandlöst. Privatpraktiserande tandläkare kombinerar sitt eget försörjningsansvar med vårdgivaransvaret. Förslaget behöver utredas vidare för att identifiera hinder, målsättning, prioriteringsordning och hur kravställning på regioner och privata aktörer ska genomföras.

#### **7.4.5 Tandvårdens utvecklings- och förändringsarbete bör stimuleras**

Det av regionerna inrättade nationella programområdet för tandvård (NPO tandvård) bör genomföra en behovsinventering i syfte att fastställa hur tandvårdens utvecklings- och förändringsbehov ser ut, vilka aktörer som bör medverka i olika delar, hur samverkan med övrig hälso- och sjukvård kan utvecklas samt om det är motiverat med särskilda utvecklingsmedel för tandvården. Direktiven till NPO tandvård bör vara tydliga att de ska beakta redan pågående och/eller avslutade statliga utredningar eller riktade satsningar, t.ex. SoU 2020;19 God och Nära Vård. Viktigt att tillföra särskilda utvecklingsmedel för att genomföra särskilda utvecklingsåtgärder och satsningar till befolkningsgrupper/områden där många invånare till exempel avstår från tandvård.

#### **7.4.6 Vårdgivarens ansvar för information till patienten tydliggörs**

Instämmer men uppfattar inte någon egentlig skillnad mot dagens system. Den informationsskyldighet som idag åligger vårdgivaren är redan omfattande och reglerad i Tandvårdslagen, Patientsäkerhetslagen och även i TLV:s föreskrifter. Det tar tid att informera patienten om tandvårdens ersättningssystem på ett seriöst sätt. Avgörande för ett realistiskt genomförande är ifall tiden för information av ersättningssystemet är finansierad – vilket inte är fallet idag. Informationen i tandhelsoplanen måste komma patienten och i förekommande fall även närstående och omvårdnadspersonal till del då uppsöksverksamheten i regional regi upphör enligt förslaget och därmed försvinner även munvårdskorten. Föreskrifter och kravställande på vårdgivaren behövs angående detta. Regionen anser också att informationsskyldigheten i större utsträckning kan hanteras via att journalsystem sammankopplas med andra digitala system med som Försäkringskassans Mina sidor och 1177.se vilket tillgängliggör information för den enskilde på ett enkelt sätt.

#### **7.4.9 Avgifter vid uteblivande samt ersättning för tandvård som inte är regionens ansvar**

Regionen anser att det bör fastställas nationella riktlinjer som fastslår vilken ambitionsnivå som ska ligga som grund för den av regionen finansierade barn- och ungdomstandvården. Regionen ansluter sig till utredningens förslag om att avgifter för uteblivande liksom priset för vård som inte anses nödvändig ska beslutas av regionfullmäktige, vilket idag redan sker i regionen.

#### **8.9.2 Riskbedömning av barn och unga vuxna**

Ett verktyg som bedömer det faktiska vårdbehovet är viktigt och vore användbart i nationell barntandvård.

Förtydligande behövs, avses riskbedömning av ekonomisk risk eller risk för sjukdomsutveckling? Exempelvis så bygger dagens frisktandvårdssystem på ekonomisk risk för framtida behandlingkostnader. För riskbedömning av odontologiska sjukdomstillstånd finns idag endast otillräckligt vetenskapligt underlag. Patienter med faktiskt vårdbehov bör åtnjuta subventioner i första hand i enlighet med behovs- och solidaritetsprincipen.

#### **9.2.1 Enhetlig individuell riskbedömning**

Behovsstyrd fördelning av statligt tandvårdsstöd är viktigt att åstadkomma. Det faktiska vårdbehovet ska utgöra grunden för subventionering av undersökning, diagnostik och behandling. Risk för kostnader eller att eventuellt utveckla sjukdom ska inte styra rätten till subventionerad tandvård utan det faktiska sjukdomstillståndet. Därför förespråkar regionen en utveckling av enhetlig bedömning av individuellt vårdbehov. Se även 8.9.2

### 9.2.2 Tandhälsoplan ska ersätta ATB, STB och undersökningsprotokoll

Förslaget behöver förtydligas. Förtydligande behövs gällande vilka åtgärder som är förbestämda till 200 kr i tandhälsoplanen. Det framgår inte om tandhälsoplanen är tänkt att motsvara en fullständig undersökning. Dagens basundersökning är otillräcklig för diagnostik och vårdplanering av patienter med stora vårdbehov. Det är mycket viktigt att patienter med omfattande vårdbehov får subventionering för fördjupad utredning, diagnostik och individuell vårdplanering.

Det finns en uppenbar risk för dynamiska effekter om subventionerade åtgärder i tandhälsoplanen kan kombineras med andra åtgärder. Detta leder troligtvis till rigiditet i systemet till nackdel för patienten, inte minst om avståndet till tandvården är långt. Likaledes är det viktigt att subventionen till vårdgivaren inte uppmuntrar till att runda hörn eller välja bort patienter. Utformningen måste främja att undersökningen får hög kvalitet.

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

Bra och önskvärd målsättning, se även 9.2.1 och 9.2.2.

En skriftlig behandlingsplan kräver underlag vilket tar tid och genererar administration. Kostnadstäckning behövs för genomförande.

Tandhälsoplanen är inte ett behandlingsförslag för patienter med stora vårdbehov då dessa behöver utredas i en fördjupad undersökning för att fastställa diagnos och behandling.

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

- Se 9.2.1
- Risk finns att de munhygienråd som presenteras i tandhälsoplanen på Mina Sidor, Försäkringskassan, inte kommer omsorgspersonalen till del – detta behöver säkras. Även att det medför risk för ökad administration inom såväl tandvård som Försäkringskassan.
- Utredningens adressering av privata vårdgivares befolkningsansvar för tandvård är för svagt formulerad i utredningen. Här bedöms lagstiftning krävas för en förändring som leder till ett ökat ansvarstagande från privata vårdgivare.
- Den tilltänkta ökade kännedomen om det selektiva statliga stödet kräver en massiv informationsinsats med Försäkringskassan, Socialstyrelsen och SKR som ansvariga för detta och även i samarbete med vårdgivarna.
- Enligt betänkandet förskjuts ansvaret för den regionala uppsöksverksamheten till kommunen – detta ansvar behöver mer detaljerat beskrivas och kvaliteten säkras.
- Att informera om tandhälsoplan för patienter i det selektiva statliga långvariga stödet för basal tandvård kräver tid därför måste tid för information vara beräknad i ersättningen.
- Tandhälsoplan med förklarande information ska vid behov finnas. Detta medför en ökad arbetsbörda för vårdgivaren för denna patientgrupp och bör motsvaras av en skälig ersättning för detta.
- Vårdgivaren behöver förses med nödvändiga kommunikationsverktyg i det elektroniska IT-systemet. Oro för att det saknas IT-stöd, infrastruktur samt kompetens för genomförande av gemensamt IT-system för generell och selektivt stöd.

### 10.5.2 Bedömning av möjliga nackdelar med förslaget

Nödvändig individuell bedömning om tillhörighet och lämplig behandling kommer inte att ha samma "skräddarsydd" precision i ett statligt tandvårdssystem helt knutet till

Hälso- och sjukvårdsnämnden

2021-06-08  
HSN 438-2021

Försäkringskassan. Idag finns en ömsesidig dialog mellan vårdgivare och bedömningstandläkare vid förhandsbedömd tandvård inom regionala tandvårdsstödet. Det möjliggör en nödvändig anpassning av tandvårdsåtgärderna till den enskilde individen. Detta utrymme saknas i det nya systemet. Försäkringskassans regelverk utgår enligt betänkandet helt från föreskrifter med tillstånd och åtgärder på gruppnivå vilket är en förenklad syn av det faktiska individuella vårdbehovet.

#### **10.5.4 Myndigheternas ansvar för utveckling, reglering och administration**

Digitalisering och nödvändig effektivisering av tandvården enligt de förändringar som utredningen föreslår idag saknas på många håll. Torts massiv utveckling inom digitalisering brottas regionen med olika IT- system inte är kompatibla med varandra, såväl inom tandvården som mot Hälso- och sjukvård. Det försvårar integrering av tandvården med hälso- och sjukvården.

Se även 9.2.1

#### **10.5.5 Hur det statliga tandvårdsstödet ska kunna fungera för patienter i behov av selektivt stöd**

Minst 2 besök behövs för tillhörighetsprövning, såvitt inte kommunen har gjort bedömningen. Dessutom i 2 olika högkostnadsskyddssystem. Idag krävs endast 1 besök (hälso- och sjukvård) för tillhörighetsprövning inom regionernas tandvårdsstöd. Förslaget medför större börda på patienter/närstående som ska hantera meddelanden från Försäkringskassan och slutföra nödvändiga vårdbesök. Detta utgör en risk för att fullständigt underlag inte inkommer för prövning av tillhörighet. Systemet bör därför göras så enkelt och tydligt som möjligt för patienter/närstående med utgångspunkt från de speciella omständigheter som råder för denna kategori patienter inom det selektiva stödet.

Systemet för tillhörighetsprövning bör göras så enkelt och tydligt som möjligt för patienter/närstående med utgångspunkt från de speciella omständigheter som råder för denna kategori patienter inom det selektiva stödet.

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

Detta förutsätter att systemet för prövning om tillhörighet respektive skriftlig tandhälsoplan görs så enkel, tydlig och tidsbesparande som möjligt för att den något ökade arbetsbördan hos behandlaren inte ska bli ett hinder för att patienten provas.

#### **10.5.10 Fortsatt fast åtgärdsersättning till vårdgivaren för patienter med selektivt stöd**

Förutsätter att det selektiva stödet får en särskild taxa då dessa patienter ofta är mer tids- och resurskrävande.

#### **10.6.4 Tandvård som omfattas av basal tandvård för lång tid**

Behovet av sjukdomsbehandling, inte en odefinierad risk, skall vara är föremål för ersättning.

#### **10.7 Uppsökande verksamhet upphör**

Risk för försämrad hälsa hos brukarna då kompetensbrist och hög personalomsättning föreligger inom kommunal omsorg.

Krav skall finnas hos kommunerna att som rutin alltid använda ROAG (Revised Oral Assessment Guide) vid bedömning.

Hälsa- och sjukvårdsnämnden

2021-06-08  
HSN 438-2021**10.7.1 Regionens ansvar för munvårdsutbildning till personal inom kommunalt finansierad omsorgsverksamhet ska upphöra**

Se avsnitt 10.7

**10.8.4 Tandvård som omfattas av selektivt stöd för viss behandling under viss tid**

Ett mer detaljerat regelverk än i nuvarande regionernas tandvårdsstöd föreslås, vilket kan bidra till mer jämlik tandvård och tandhälsa.

10.9 Särskilt tandvårdsbidrag upphör

Se 9.2.1

**10.10 Regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov**

Risk för att ojämlikhet kvarstår för grupper inom regionalt tandvårdsstöd på grund av det kommunala självstyret samt att administrationen inte är samordnad.

Socialstyrelsens roll i sammanhanget bör starkt betonas för att åstadkomma så jämlik vård som möjligt. Rörlig åtgärdsbaserad ersättning kräver någon form av kontroll.

Anslagsbaserad ersättning kräver inte samma kontroll. I privattandvård är åtgärdsbaserad ersättning smidigast att använda. En nationell samordning och tydliga riktlinjer för vård och enklare förfarande bör eftersträvas. Med statlig finansiering och samordning för denna grupp kanske administrationen kring dessa patientkategorier kan minska och en nationellt mer jämlik och likriktad vård tillhandahållas.

**10.10.1 Målgrupp för regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården**

Instämmer med reservation för att patientgruppen, "Odontologisk utredning och påföljande tandvårdsbehandling som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och dentalt material" (nuvarande grupp S12) bör utgå. Detta på grundval av det förslag som i betänkandet ligger angående ändring i tandvårdslagen 3 § att tandvården värden ska "stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet".

**10.10.2 Regler för tillämpning**

Risk för regionala variationer.

**10.10.3 Behandlingar som omfattas**

Nationella riktlinjer som kunskapsstöd bedöms som alldeles nödvändigt för ökad jämlikhet. Översiktliga regleringar och otydliga anvisningar från statliga myndigheter medför i dagens regionala tandvårdsstöd stora problem. Bedömningar om tillhörigheter till stödet divergerar vilket medför ojämlik tandvård.

**11.1.1 Kommittéförordningens finansieringskrav**

För att uppnå de effekter man är ute efter krävs mer pengar in i systemet.

**11.1.2 Nuvarande reglering av skyddet mot höga kostnader**

Nuvarande system med hög tröskel på 3000 kr är inte jämlikt för de mest ekonomiskt utsatta.

**11.2 Ett högkostnadsskydd mer likt hälso- och sjukvårdens system – vad betyder det?**

Systemet kan också bli värddrivande och leda till ojämlikhet på grund av resursbrist. Statens kostnader kan vara svåra att beräkna. Etableringsrätt och/eller kravställning på privatmarknaden kan behöva ses över.

### 11.2.1 Tandhälsa i det folkhälsopolitiska arbetet

Den nettoeffekt i god och jämlik hälsa tandhälsa som ett utökat generellt högkostnadsskydd i kombination med fri prissättning i ett system där ersättning utgår per åtgärd, är högst osäker. Effekten av högkostnadsskyddets utformning står inte fritt från ersättningsystemet. Ersättningsmodellen behöver göras om för att motverka kontraproduktiva effekter.

### 11.2.4 Alternativa modeller för ett nytt eller justerat högkostnadsskydd

Region Västerbotten förordar alternativ 1. Sänkt tröskel bidrar till att patienter har råd. Likheterna med övrig hälso- och sjukvårds kostnadssystem förenklar för patienten. Allmän och subventionerad vård är ett effektivt sätt att skapa en mer jämlik hälsa och en mer jämlik tillgång till vård då det behövs. Finns dock en uppenbar risk att högkostnadsskydd enligt alternativ 1 i kombination med nuvarande ersättningsystem blir vårddrivande och att resurserna inte räcker till. Resurserna är redan idag ojämnt fördelade över landet och högkostnadsskyddet garanterar inte jämlik tillgång. Risk för utbudsbegränsningar om finansiering inte räcker till.

Alternativ 2 liknar nuvarande system fast med en lägre första tröskel. Skulle kunna bidra till att fler har råd med tandvård och inte samtidigt bli kostnadsdrivande på samma sätt. Innebär endast mindre förändringar till dagens system som är både inarbetat och känt.

Alternativ 3 med sänkt tröskel bidrar till att patienter har råd. I övrigt samma risker som alternativ 1.

Alternativ 4 innebär att vissa sjukdomstillstånd subventioneras och sänker kostnaden för de med störst behov vilket är positivt. Ytterligare utredning krävs för de tillstånd som ska subventioneras. Risk för dynamiska effekter som förskjutning mot vårdande framför förebyggande arbete, men likt alternativ 2 innebär förslaget mindre förändringar till dagens system, som är både inarbetat och känt. Modellen kan vara svår att förstå för både patient och behandlare.

### 11.2.6 Alternativ till ett statligt högkostnadsskydd – kompletterande beräkningar och diskussion

Stor risk att utbudet av tandvård som regionen erbjuder skulle minska i konkurrens med övriga behov inom hälso- och sjukvården. Riskerar att fördjupa de socioekonomiska effekterna och därmed bli kontraproduktivt. Dessa risker framhåller utredning och vi håller med om detta.