

Till statsrådet och chefen för socialdepartementet

Genom regeringsbeslut den 12 juni 1997 bemyndigades statsrådet Margot Wallström att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag om en ny inriktning på tandvårdsförsäkringen.

Den 23 juni 1997 förordnades undertecknad, riksdagsledamoten Karin Olsson, som särskild utredare. Som sekreterare förordnades förre tandvårdsdirektören i Stockholms läns landsting Bertil Koch och anställdes byråsekreteraren Eva-Lena Englund, Riksförsäkringsverket. Konsulten Carl-Filip Hammar har också varit knuten till sekretariatet.

En grupp av sakkunniga förordnades den 8 september 1997 att ingå i utredningen. Den har bestått av ekonomen Solveig Allard-Ringborg, Landstingsförbundet, avdelningschefen Bjarne Almström, Riksförsäkringsverket, utredningssekreteraren Olof Björlin, Sveriges Pensionärsförbund, kanslirådet Per-Olof Bürén, Socialdepartementet, cheftandläkaren Sten Arne Enocksson, Tjänstetandläkarföreningen, utredaren Agneta Funseth, Sveriges Konsumentråd, förbundsordföranden Leif Leisnert, Sveriges Tandläkarförbund, utredaren Karin Lund, Handikappförbundens Samarbetsorgan, tandläkaren Krister Sandström, Sveriges Privattandläkarförening, tandvårdschefen Leena Schönberg, Landstingsförbundet, medicinalrådet Hans Sundberg, Socialstyrelsen, leg. tandhygienisten Anitha Wijkström, Sveriges Tandhygienistförening och kanslirådet Birgitta Wittorp, Socialdepartementet. Som expert förordnades den 3 oktober 1997 enhetschefen Birgitta Sundeman, Riksförsäkringsverket. Den del av utredningsuppdraget som avser uppföljning m.m. har bedrivits i en mindre expertgrupp under medicinalrådet Hans Sundbergs ledning. Den 3 oktober 1997 förordnades tandvårdsdirektören Raimo Pälvärinne, Landstingsförbundet och leg. tandläkaren Bengt Franzon, Sveriges Privattandläkarförening, som experter i denna grupp.

Jag överlämnar härmed betänkandet *Tänder hela livet – nytt ersättningsystem för vuxentandvård*. Jag ansvarar ensam för utredningens förslag och andra ställningstaganden. De sakkunniga och experterna har medverkat med sin expertis inom respektive område, lämnat viktigt

underlag och givit värdefulla synpunkter under utredningsarbetets gång.

Särskilda yttranden har lämnats av sakkunniga S. Allard-Ringborg, B. Almström, S. A. Enocksson, A. Funseth, K. Lund, K. Sandström och H. Sundberg.

Utredningsarbetet är härmed slutfört.

Stockholm i januari 1998

Karin Olsson

/Bertil Koch
Eva-Lena Englund

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	9
<i>1 Inledning</i>	21
1.1 Uppdraget.....	21
1.2 Utredningens arbetsätt.....	22
<i>2 Bakgrund</i>	25
2.1 Den nuvarande tandvårdsförsäkringen.....	25
2.1.1 Försäkringens syfte, tillkomst och utveckling.....	25
2.1.2 Den reviderade åtgärdstaxan.....	28
2.1.3 Aviserad förändring av försäkringen.....	29
2.1.4 Försöksverksamhet med fastprissystem inom tandvårds- försäkringen.....	29
2.2 Förslaget till stöd åt särskilda patientgrupper.....	33
2.2.1 Förslagen i rapporten Tandvårdsförsäkring i omvandling.....	33
2.2.2 Remissinstanserna.....	37
2.3 Ekonomiskt bistånd till tandvård.....	39
2.4 Frivilliga tandvårdsförsäkringar.....	41
2.5 Tandvård i Norden och övriga EU- och EES-länder.....	42
2.5.1 Översikt.....	42
<i>3 Aktuella frågor</i>	45
3.1 Tandhälsa/Tandtillstånd.....	45
3.1.1 Tandhälsan hos barn och ungdomar.....	46
3.1.2 Kostnaderna för barn- och ungdomstandvården.....	48
3.1.3 Tandhälsan hos vuxna.....	48
3.2 Tandvårdsefterfrågan hos vuxna.....	53
3.3 Tandvårdsförsäkringens effekt på tandhälsa och tandvårdsefterfrågan.....	58
3.4 Målet för tandvården.....	60
3.5 Ersättningssystemets effekter.....	61
3.6 Tillgången på tandvårdspersonal.....	62
3.7 Osäkerhet om framtiden.....	64

3.8	Arvodesnivån	65
3.9	Konkurrensförhållandena	67
3.10	Rättsreglerna	68
4	<i>Mål och principer</i>	71
4.1	Samverkan mellan staten, landstingen och kommunerna ..	71
4.2	Principer inom WHO	73
4.3	Ett tandhälsoinriktat stöd	74
4.4	Tandvård vid särskilda behov	77
4.5	Bastandvård åt alla vuxna	79
4.6	Ekonomiskt stöd vid en ökad budgetram	81
4.6.1	Stöd vid höga behandlingstkostnader	81
4.6.2	Infektions- och inflammationsbehandling	82
4.6.3	Utökat stöd till bastandvård	83
5	<i>Former för stödet</i>	85
5.1	Bastandvård åt alla vuxna	85
5.1.1	Ersättning för ett åtagande	91
5.2	Tandvård vid särskilda behov	95
5.2.1	Tandvård åt boende på sjukhem m.m.	95
5.2.2	Tandvård som ett led i en kortvarig sjukdomsbehandling	98
5.2.3	Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionshinder	99
5.2.4	Hjälpmedel	101
5.3	Eventuellt stöd vid höga behandlingstkostnader	102
5.4	Tandvård inom sjukvårdens ersättningssystem	103
5.5	Utökat stöd för bastandvården	104
6	<i>Kostnader och ersättningsnivåer</i>	105
6.1	Översikt	105
6.2	Beräkningar	106
6.2.1	Bastandvård åt alla	106
6.2.2	Utökad stöd till tandvård vid väsentligt ökade vårdbehov under en lång tid till följd av sjukdom eller funktionshinder	110
6.2.3	Kommentarer till beräkningarna i rapporten Tandvårds- försäkring i omvandling	111
6.2.4	Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till boende på sjukhem m.m.	112
6.2.5	Tandvård som ingår som ett led i en sjukdoms- behandling under en begränsad tid	113
6.2.6	Bidrag till informationsinsatser och genomförande	114

7	<i>Administration och genomförande</i>	115
7.1	Vårdgivaren – ett tandvårdsföretag	115
7.2	Riksförsäkringsverket/försäkringskassorna	118
7.2.1	Bastandvård	118
7.2.2	Tandvård vid långvarig sjukdom m.m.	121
7.3	Landstingen	123
7.3.1	Resurser från staten till landstingen	123
7.3.2	Uppsökande verksamhet	125
7.3.3	Tandvård åt boende på sjukhem m.m.	126
7.4	Genomförande	127
8	<i>Uppföljning m.m.</i>	131
8.1	Nationella resurser	131
8.1.1.	Befintliga resurser	131
8.1.2	Behovet av en ny nationell resurs	134
8.2	Uppföljning av ett nytt ersättningsystem	135
8.2.1	Hälsoutveckling	135
8.2.2	Vårdkvalitet	136
8.2.3	Kostnader	137
8.3	Effektivisering av tandvården	138
8.4	Utvärdering av odontologisk metodik	139
8.5	Finansiering av uppföljningen	141
8.6	Kompetenscentra	142
9	<i>Författningskonsekvenser och lagförslag</i>	145
9.1	Översikt av författningsfrågorna	145
9.2	Fri prissättning för vårdgivaren och återbäring till patienten	146
9.3	Bastandvårdsabonnemang	146
9.4	Tandvård inom landstingets ansvarsområde	147
9.5	Vårdgivarbegreppet	148
9.6	Förslag till lagändringar	149
9.6.1	Ändring i 4 § tandvårdslagen (1985:125)	149
9.6.2	Ändring i 8 § samt ny 8a § i tandvårdslagen	150
9.6.3	Ändring av 15a § tandvårdslagen	151
9.6.4	Ändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring	152
	<i>Särskilda yttranden</i>	155
Bilaga 1	Kommittédirektiv	165
Bilaga 2	Tandvård i norden och övriga EU- och EES-länder	171
Bilaga 3	Exempel på ersättningsbelopp	183

Sammanfattning

Inledning

Utredningen har enligt sina direktiv haft till uppgift att lämna förslag om en ny inriktning på tandvårdsförsäkringen. Uppdraget innebär att dels med utgångspunkt i vad som föreslogs i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* (Ds 1997:16) lämna förslag till ett bättre ekonomiskt stöd till personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov, dels lämna förslag till ett ekonomiskt stöd för övriga vuxna genom en mer tandhälsoinriktad utformning av stödet än det nuvarande.

Det anges i direktiven att förslagen i *Tandvårdsförsäkring i omvandling* skall vara en utgångspunkt för arbetet, även om förslagen i denna del kan behöva ändras och anpassas till den tillkommande delen av stödet som avser övriga vuxna. Det nya stödet skall enligt direktiven vara tandhälsoinriktat och stimulera till ett ökat ansvarstagande för patienten. Det bör vara juridiskt och administrativt enkelt. Konkurrensneutralitet skall så långt det är möjligt råda mellan offentlig och privat tandvård. I utredningsarbetet ingår att beräkna och lämna förslag till storleken av subventionerna i den föreslagna modellen. Budgetramen uppgår till högst 1,4 miljarder kronor för år 1999. Utredningen skall också analysera behovet av en nationell resurs för uppföljning m.m. av tandvården. De juridiska effekterna av förslagen skall belysas.

Föreliggande utredning har letts av den särskilda utredaren riksdagsledamoten Karin Olsson. För utredningens förslag och andra ställningstaganden svarar den särskilda utredaren ensam. Sekretariatet har bestått av f.d. tandvårdsdirektören i Stockholms läns landsting Bertil Koch, byråsekreteraren vid RFV Eva-Lena Englund och konsulten Carl-Filip Hammar. Till utredningen har varit knuten en grupp av sakkunniga och experter med representanter från Handikappförbundens Samarbetsorgan, Landstingsförbundet, Riksförsäkringsverket, Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Konsumentråd, Sveriges Pensionärsförbund, Sveriges Privattandläkarförening, Sveriges Tandhygienistförening, Sveriges Tandläkarförbund och

Tjänstetandläkarföreningen. Den del av utredningsuppdraget som berör uppföljning m.m. har bedrivits i en särskild expertgrupp under ledning av medicinalrådet Hans Sundberg, Socialstyrelsen.

Bakgrund

Den allmänna tandvårdsförsäkringen infördes år 1974. Det främsta syftet var att göra nödvändig tandvård ekonomiskt tillgänglig för alla medborgare. Vid tidpunkten för tandvårdsförsäkringens införande fanns hos många omfattande och otillfredsställda tandvårdsbehov.

Under perioden fram till år 1996 genomfördes flera utredningar med förslag om förändringar av tandvårdsförsäkringen och dess principiella uppbyggnad. Dessa utredningar var framför allt föranledda av behovet att ändra inriktningen på statens stöd till vuxentandvård, eftersom utgifterna ökat väsentligt samtidigt som befolkningens tandhälsa avsevärt förbättrats. Bortsett från flera ändringar av ersättningsgränser och -nivåer, såsom införandet av en självrisk år 1994, kom emellertid ingen större förändring av tandvårdsförsäkringens uppbyggnad till stånd under denna period. Den 15 oktober 1996 infördes en reviderad åtgärdstaxa. Antalet debiteringsbara åtgärder minskades liksom möjligheterna till tidsdebitering. De särskilda taxorna för tandsköterskor, tandhygienister och tandtekniskt arbete och material togs bort.

Regeringen aviserade i 1996 års ekonomiska vårproposition en omstrukturering av tandvårdsförsäkringen fr.o.m. år 1998. Samtliga subventioner skulle avskaffas med undantag för ett ekonomiskt stöd till vissa särskilda patientgrupper som till följd av sjukdom eller funktionshinder har ett ökat tandvårdsbehov. En arbetsgrupp inom Socialdepartementet under ledning av riksdagsledamoten Karin Olsson redovisade i mars 1997 förslag till utformning av stödet i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling*. I 1997 års ekonomiska vårproposition aviserade regeringen att en ny inriktning på tandvårdsförsäkringen, som även omfattade övriga vuxna, skulle gälla fr.o.m. år 1999. Med anledning härav tillkallades som särskild utredare nämnda Karin Olsson. Det är resultatet av denna utredning som redovisas i detta betänkande.

Regeringen har under perioden 1991–1997 medgivit en försöksverksamhet med fastprissystem inom tandvårdsförsäkringen. Verksamheten bedrivs f.n. (december 1997) vid två folktandvårdskliniker i Göteborgs kommun och i Bohuslandstinget. T.o.m. år 1996 pågick försöksverksamhet också vid en folktandvårdsklinik i Bromölla i Kristianstads läns landsting.

Förslaget till stöd åt särskilda patientgrupper

I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* lämnades flera förslag om ekonomiskt stöd till personer som på grund av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov.

Uppsökande verksamhet. Utredningen föreslog att landstingen i samråd med kommunerna skulle se till att patienter inom äldre och handikappomsorgen som behöver särskilt stöd erbjuds tandvård genom uppsökande verksamhet i form av munvårdsbedömning, erbjudande om kontakt med tandvård vid behov m.m.

Särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid. Utredningen föreslog att för särskilda tandvårdsinsatser som behövs som ett nödvändigt led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid skulle bestämmelserna om avgifter i den öppna hälso- och sjukvården gälla. Stödet skulle vara grundat på den enskilde patientens behov.

Insatser vid långvariga och väsentligt ökade tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder. Dessa patienter skulle enligt utredningens förslag erhålla ett särskilt ekonomiskt stöd för sin tandvård. Mot en självrisk på 800 kronor per år skulle all nödvändig tandvård erhållas, dock inte protetik behandling. För protetik avsågs subventionen bli 50 procent av arvodet. Stödet föreslogs bli administrerat av försäkringskassan.

Hjälpmedel. Sådana hjälpmedel som är av central betydelse för den långsiktiga tandvården för funktionshindrade personer föreslogs bli omfattade av tandvårdsförsäkringens ersättningsbestämmelser eller ersättas av landstingen.

Kompetenscentra. Utredningen föreslog att kunskap om tandvårdsbehov i samband med bl.a. sällsynta medicinska tillstånd skulle samlas vid särskilda kompetenscentra.

Tandhälsoundersökningar för 20–25-åringar. I utredningen föreslogs att personer i åldrarna 21, 23 och 25 år skulle erhålla ett särskilt, riktat ekonomiskt stöd till undersökning och vissa förebyggande insatser. Syftet med detta stöd var förhindra att det blir ett avbrott i de regelbundna tandvårdsbesöken hos de unga vuxna när de lämnat den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården.

Oral kirurgi. Undersökningen föreslog att endast sådana oralkirurgiska åtgärder som kräver ett sjukhus resurser skall omfattas av den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler.

Ett sextiototal myndigheter, organisationer och enskilda lämnade via remissvar synpunkter på förslagen i *Tandvårdsförsäkring i omvandling*.

Den 1 januari 1998 träder en ny socialtjänstlag i kraft. Med de nya reglerna torde det bli svårare att erhålla ekonomiskt bistånd till tandvård.

Under senare år har det införts flera frivilliga, privata tandvårdsförsäkringar. Dessa har emellertid inte blivit tillräckligt lönsamma för försäkringsbolagen varför de flesta numera har upphört.

Aktuella frågor

Utredningen redogör i kapitel 3 för aktuella frågor inom tandvården.

Utredningen konstaterar att flera undersökningar visar att tandhälsan blir allt bättre, både hos barn, ungdomar och vuxna. Av de vuxna över 50 år har många omfattande lagningar i tänderna. De äldsta har allt fler tänder i behåll och total tandlöshet blir allt mer sällsynt. Olika undersökningar visar att tandhälsan är beroende av sociala och ekonomiska faktorer. Sjuka och funktionshindrade löper större risk än andra att få sämre tandhälsa.

Besöksfrekvensen hos tandvården är relativt hög. Detta visas i flera studier. Omkring 90 procent av de vuxna har besökt tandvården under den sista tvåårsperioden. Under de senaste åren har dock allt fler patienter skjutit upp de regelbundna kontrollerna och angelägen vård har avböjts eller ersatts med billigare alternativ. Detta gäller framför allt för unga vuxna och för låginkomsttagare. Var tredje ålderspensionär med låga inkomster har inte besökt tandvården de senaste två åren.

Det är svårt att se tydliga samband mellan tandvårdsförsäkringen och den förbättrade tandhälsan. Tandvårdsförsäkringen har dock möjliggjort en hög teknisk standard inom svensk tandvård. Det är heller inte entydigt att de försämrade villkoren i tandvårdsförsäkringen orsakat den minskade efterfrågan på tandvård.

Utgångspunkten för tandvårdsförsäkringen då den infördes år 1974 var att den skulle gälla alla vuxna och omfatta alla behandlingar. Den utformades så att den subventionerade tandvården åt alla från den första debiterade kronan i tandläkararvodet. Statsfinansiella skäl har medfört att de ekonomiska villkoren för patienterna försämrats under åren. Efter den 1 oktober 1997 beräknas endast cirka 20 procent av de som behandlas under ett år få stöd från försäkringen.

Alla typer av ersättningssystem påverkar på ett eller annat sätt omfattningen av och inriktningen på den tandvård som utförs. Ett system som ger vårdgivaren betalt per utförd åtgärd stimulerar till utförandet av många åtgärder och till en hög produktivitet. Men målet bör också vara att ersättningssystemet skall ge goda hälsoeffekter, dvs. ha en hög effektivitet.

År 1995 fanns det omkring 8 900 yrkesverksamma tandläkare och omkring 2 100 tandhygienister i landet. År 2010 kommer det att finnas ca 2 000 färre yrkesverksamma tandläkare än i dag. Antalet räcker under vissa förutsättningar till för framtidens vårdbehov. En viktig sådan är att tandläkarna koncentrerar sin verksamhet till sådant som enbart de kan utföra, och att tandhygienister och tandsköterskor utför det som deras kompetens medger. Både tandläkarresurserna och kostnaden för tandvårdsförsäkringen varierar mellan storstadsområdena och landet i övrigt.

Ett problem i svensk tandvård är osäkerheten om framtiden. Tandvårdsförsäkringens ersättningsregler har ändrats tio gånger sedan 1974. Många förslag till större principiella förändringar har tagits fram men förslagen har inte fått parlamentariskt stöd. Osäkerheten skapar stagnation i branschen och patienternas möjligheter att överblicka kostnaderna för sin tandvård försvåras.

Tandvårdstaxans arvodesnivå anses av vissa inte ha utvecklats i takt med kostnadsökningarna inom branschen. Detta sägs ha lett till minskade investeringar i lokaler, utrustning och personalutveckling. Någon priskonkurrens som ger en bild av de verkliga kostnaderna för att driva tandvård har emellertid inte funnits.

De ekonomiska villkor som gäller för den som offentlig förvaltning drivna folktandvården och de privata tandvårdsföretagen är delvis olika. Detta skapar olika konkurrensförhållanden. Vissa administrativa förändringar har genomförts under senare år i syfte att utjämna dessa. Skillnader kvarstår dock.

Möjligheterna för en patient att överklaga beslut om ekonomisk ersättning är större för vård inom den allmänna försäkringen än när det gäller vård som ges enligt de regler som gäller för öppen hälso- och sjukvård.

Mål och principer

I kapitel 4 behandlas mål och principer för statens ekonomiska stöd till tandvård.

Flera författningar påverkar tandvården. Både statliga bestämmelser och beslut i landsting och kommuner påverkar människors möjligheter att få den tandvård de behöver. Det är viktigt att staten, landstingen och kommunerna samverkar så att samhällets stöd till tandvård blir så effektivt som möjligt.

Enligt World Health Organization är förebyggande vård att föredra framför behandling. Individerna skall motiveras att göra så mycket som möjligt själva för att förvärva och upprätthålla oral hälsa.

Enligt direktiven skall utredningen föreslå en ersättningsmodell som är mer hälsoinriktad än nuvarande. Tandvårdsförsäkringen har allt mer kommit att inriktas på att enbart ge stöd till den dyrbarare tandvården för en liten del av befolkningen. Utredningen har funnit att stödet bör ha till främsta syfte att bidra till en förbättrad tandhälsa hos hela befolkningen så att tandvårdsbehovet på sikt minskar och kostnaderna därmed också minskar både för enskilda och för samhället. Tandvård som har samband med sjukdom och funktionshinder är ett prioriterat område. Ett stöd till hälsobevarande tandvård för alla medborgare sätts före ett stöd vid behandling av omfattande redan uppkomna skador. Stödet bör vara utformat så att det utifrån medvetna prioriteringar kan byggas ut när samhällsekonomin så tillåter.

Utredningen föreslår att de som bor på sjukhem m.m. skall bli uppsökta och erbjuda bedömning av sitt tandtillstånd och få individuell rådgivning m.m.. De skall också få ett ekonomiskt stöd till den nödvändiga tandvården. *Boende på sjukhem m.m.* är den sammanfattande benämningen som utredningen använder för den målgrupp som avses komma i fråga för denna stödform. Den består av personer som bor på sjukhem, ålderdomshem, i servicehus eller i gruppboende och har tillsyn en stor del av dygnet. Till målgruppen hör även personer i eget boende som har så stora behov av vård och/eller omsorg att boendet kan likställas med boende på sjukhem e.d. Det väsentliga för att avgöra om en person skall få ett särskilt stöd för sin tandvård är emellertid inte boendeformen utan det individuella vårdbehovet.

Vidare föreslår utredningen att alla vuxna skall få ett ekonomiskt stöd till den vardagliga, hälsobefrämjande tandvården. En särskild satsning skall göras på vuxna 20–29 år som under senare år i högre grad än övriga vuxna skjutit upp sina tandvårdsbesök av kostnadsskäl. Utredningen anser att den största faran för befolkningens tandhälsa på lång sikt ligger i att efterfrågan på regelbunden tandvård under senare år tycks ha minskat.

Om den ekonomiska ramen för statens stöd till tandvård kan utökas utöver 1,4 miljarder kronor pekar utredningen på några angelägna områden för ytterligare stöd. De är ett högkostnadsskydd vid behandling av helt tandlösa käkar, ett högkostnadsskydd vid all protetisk behandling, införande av patientavgifter som inom den öppna sjukvården vid behandling av infektioner och inflammationer i munnen, ersättning för undersökningar inom bastandvården även för dem som är över 29 år samt högre fasta ersättningsbelopp inom bastandvården.

Former för stödet

En närmare beskrivning av formerna för det ekonomiska stöd till tandvård som utredningen föreslår finns i kapitel 5.

Alla vuxna föreslås få ett ekonomiskt stöd till bastandvård. Bastandvården omfattar all tandvård utom undersökningar, protetiska åtgärder och tandreglering. 20–29-åringar skall även få stöd som täcker undersökningar. Stödet skall utbetalas som ett fastställt krontalsbelopp (*grundbelopp*) per utförd åtgärd och motsvara 30 procent av dagens tandläkararvode (december 1997).

Som ett alternativ till det åtgärdsbaserade ersättningssystemet skall finnas en möjlighet för patient och vårdgivare att avtala om ett tandvårdsabonnemang. Patienten betalar då en fast avgift till vårdgivaren för all bastandvård som behövs under en tvåårsperiod. Vårdgivaren får ett fast ersättningsbelopp för åtagandet från försäkringskassan. Beloppet skall motsvara en bedömd genomsnittlig normalinsats av bastandvård under en tvåårsperiod.

Utredningen föreslår att prisregleringen av vårdgivararvodena avskaffas. Genom detta ökar konkurrensen inom tandvården och skillnaderna mellan offentlig och privat sektor minskar.

Beträffande amalgam pekar utredningen på en möjlighet att minska användningen, nämligen att inte betala tandvårdsersättning för fyllningar av amalgam.

Vissa grupper har särskilda tandvårdsbehov. Utredningen föreslår att boende på sjukhem m.m. skall erbjudas en avgiftsfri bedömning av sitt muntillstånd m.m. och få den nödvändiga tandvården utförd mot avgifter som inom den öppna hälso- och sjukvården. Avgifterna skall medräknas i det tak på f.n. 900 kronor per tolv månadersperiod som beslutas av riksdagen.

Tandvård som är ett led i en kortvarig sjukdomsbehandling under en begränsad tid skall också betalas med avgifter som inom den öppna hälso- och sjukvården.

Vid ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård till följd av sjukdom eller funktionshinder skall patienten få ersättning för all erforderlig tandvård inklusive protetik. Ersättningen, som benämns *förhöjt belopp*, skall uppgå till 60 procent av dagens tandläkararvode. För s.k. tränings- och behandlingshjälpmedel som behövs för den långsiktiga tandvården för personer med ett långvarigt ökat behov av tandvård p.g.a. sjukdom eller funktionshinder, bör ersättning lämnas.

Om den ekonomiska ramen blir större än 1,4 miljarder kronor kan det föreslagna ersättningssystemet byggas ut så att stöd även ges för implantat och andra protetiska ersättningar. Ett stöd vid höga behandlingskostnader kan utformas så att tandvårdsersättning även lämnas för

protetiska åtgärder m.m.. Av utgiftsmässiga skäl bör stödet inte inträda förrän den protetiska behandlingen nått en viss omfattning.

Kostnader och ersättningsnivåer

I kapitel 6 redovisar utredningen de beräkningar som har genomförts.

Enligt utredningens direktiv skall bedömningarna och beräkningarna grundas på att den totala utgiftsramen för det statliga stödet till vuxentandvården uppgår till högst 1,4 miljarder kronor för år 1999. De beräkningar som gjorts visar att de stödmodeller som utredningen föreslagit bedöms rymmas inom den angivna utgiftsramen. En förutsättning för att stödet skall rymmas inom denna är att ersättningsnivåerna inom bastandvården (grundbeloppen) motsvarar 30 procent av nuvarande arvode enligt förordningen om tandvårdstaxa. För de som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård till följd av sjukdom eller funktionshinder bedömer utredningen att de förhöjda ersättningsbeloppen bör motsvara 60 procent av gällande arvode. I författningstext måste försäkringsersättningen uttryckas som ett fastställt krontalsbelopp per åtgärd, eftersom utredningen föreslår att arvodesättningen skall bli fri. I och med att detta krontalsbelopp fastställts är det i fortsättningen frikopplat från vårdgivararvodena. Det bör ankomma på RFV att föreslå framtida förändringar av ersättningsbeloppen. På RFV bör också ankomma att fastställa det ersättningsbelopp som skall gälla för bastandvårdsabonnemanget. Detta belopp måste beräknas med ledning av den för respektive åtgärd gällande subventionen och fastställas som ett totalbelopp som motsvarar en bedömd genomsnittlig insats av bastandvård under två år.

Utredningen understryker att det föreligger stora svårigheter att med tillfredsställande säkerhet uttala sig om framtida kostnader. Ett stort problem är den bristande tillgången på heltäckande statistiskt underlag. Ett annat problem är att det beräkningsunderlag som utredningen använt för bastandvårdsmodellen avser all utförd tandvård under ett år. Detta förhållande medför överlappningar när kostnaderna för tandvården åt de särskilda grupperna skall uppskattas. Det är svårt att med precision bestämma storleken på dessa överlappningar.

Administration och genomförande

Utredningens överväganden vad avser administration och genomförande av de förslag som förts fram redovisas i kapitel 7. På grund av den korta tid som stått till utredningens förfogande har frågorna inte kunnat

penetreras i detalj och förankras hos berörda myndigheter och organisationer. Vad som redovisas skall därför ses som tänkbara exempel på lösningar.

Utredningen anser att ett tandvårdsföretag eller folktandvården, och inte den enskilda yrkesutövaren, skall vara ekonomiskt och administrativt ansvarigt inför försäkringskassan eller landstinget. Det professionella odontologiska ansvaret gentemot patienten har dock den enskilda tandläkaren eller tandhygienisten.

Anslutningsbegränsningen till tandvårdsförsäkringen för tandläkare bör tas bort. Möjligheterna att bedriva näringsverksamhet skulle öka och konkurrensförhållandena mellan offentlig och privat sektor skulle bli jämnare om försäkringsanslutningen och rätten att få ersättning från försäkringen gällde ett tandvårdsföretag i stället för en enskild person.

Patienten bör få en tandvårdsräkning där de ersättningsberättigade åtgärderna finns upptagna liksom ersättningens storlek för dessa. Vårdgivarens arvode behöver dock enbart anges för åtgärderna tillsammans. Vid ett tandvårdsabonnemang behöver inte de enskilda behandlingsåtgärderna beskrivas. De åtgärder som inte berättigar till ersättning bör också skrivas på tandvårdsräkningen och det totala arvodet för dessa tas upp. Uppgiften om arvodet behöver dock inte meddelas till försäkringskassan. Det är viktigt att bl.a. konsekvenserna av den fria prissättningen följs upp.

För tandvård vid långvarig sjukdom m.m. skall förhandsprövning göras hos försäkringskassan. Prövningen bör avse dels om de medicinska förutsättningarna är sådana att ett väsentligt ökat tandvårdsbehov föreligger, dels vilka behandlingsåtgärder som är nödvändiga samt under hur lång tid det ökade behovet förväntas föreligga. För bastandvård är det inte befogat med krav på förhandsprövning.

Utredningen utgår från att arbetet med att datorisera hanteringen av tandvårdsräkningar vid försäkringskassorna påskyndas. På detta sätt kan stora administrativa vinster göras både för vårdgivare och försäkringskassor.

För ersättningen till den tandvård som utredningen föreslår skall ligga under landstingens ansvar behöver staten och landstingen sluta ett särskilt avtal. Garantier bör därvid skapas för att medlen används till de ändamål de är avsedda för.

Landstingen bör teckna avtal eller överenskommelser med privata vårdgivare respektive folktandvården om hur den uppsökande verksamheten skall fungera och vilka ersättningar som skall utbetalas för den efterföljande nödvändiga tandvården. Avtal/överenskommelser behövs också för den tandvård som skall vara ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid.

Om utredningens förslag genomförs blir det fråga om väsentliga systemförändringar. Ett omfattande förberedelsearbete behövs. Detta gäller både den författningsmässiga regleringen samt utformningen av nya administrativa rutiner såväl vid försäkringskassorna som inom landstingen. Behovet av information till patienter och vårdgivare är också mycket stort. Vissa informationsinsatser behöver samordnas för att de skall få ett likartat innehåll. För att understryka vikten av förberedelsearbetet och informationsinsatserna avsätter utredningen 14 miljoner kronor av utgiftsramen till dessa ändamål som ett engångsbelopp.

Uppföljning m.m.

I direktiven anges att en viktig del av utredningens uppdrag är att lämna förslag till hur det nya ersättningssystemet skall följas upp vad avser ett antal variabler. Behovet av en nationell resurs för att stödja det lokala arbetet med att effektivisera tandvården skall analyseras. I kapitel 8 redovisas utredningens överväganden härvidlag.

Det finns redan i dag flera nationella resurser för uppföljning av hälso- och sjukvården. I mindre utsträckning har dessa även följt upp tandvård. Någon ny resurs för enbart tandvård bör enligt utredningens mening inte tillskapas. I stället bör de befintliga, som Riksförsäkringsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Sjuk- och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) och Socialstyrelsen, få i uppdrag att utöka uppföljningen inom tandvårdens område. Information om befintlig och ny metodik, om forsknings- och utvecklingsarbete m.m. bör i ökad utsträckning spridas via internet.

Det är viktigt att effekterna av ett nytt ersättningssystem noggrant följs upp vad gäller hälsoutveckling och vårdkvalitet. Även kostnaderna, både för patienterna, staten och landstingen måste följas upp. Utredningen anser att det så snart som möjligt bör genomföras en undersökning av den vuxna befolkningens tandvårdsvanor och tandtillstånd. Uppdraget bör ges till Socialstyrelsen.

Det pågår ett omfattande effektiviseringsarbete inom tandvården. Resultatet och erfarenheterna sprids inte på ett systematiskt sätt. Kunskaper och erfarenheter inom Spri bör utnyttjas bättre.

Endast ett kompetenscentrum i landet bör finnas för tandvård vid sällsynta medicinska tillstånd eller vid små eller mindre väl kända odontologiska funktionshinder. Det befintliga Mun-H-Center inom Bohuslandstinget bör få ställning av nationellt kompetenscentrum och få statligt bidrag för verksamheten.

Författningskonsekvenser och lagförslag

Utredningen redogör i kapitel 9 för de författningskonsekvenser som följer av förslagen samt de lagändringar som behövs. Det förutsätts att fortsatt beredning av de juridiska delarna sker inom Socialdepartementet inför avlämnande av proposition om det ekonomiska stödet för tandvård.

Utredningens förslag om ersättningssystem för vuxna i allmänhet utgår från ett grundalternativ med en åtgärdsförteckning av nuvarande typ. Detta alternativ kan därför grundas på bestämmelser av det slag som redan finns i lagen (1962:381) om allmän försäkring respektive förordningen (1973:638) om tandvårdstaxa. För den fria prissättningen är det enligt utredningen önskvärt med ett uttryckligt lagstöd, innefattande även vissa villkor till patientens skydd. Ett förslag till lagtext lämnas i form av en ändring i 4 § tandvårdslagen (1985:125).

Möjligheten till bastandvårdsabonnemang kräver ingen särskild lagstiftning. För den tandvård som utredningen föreslår skall ligga inom landstingens ansvarsområde behöver vissa ändringar göras i tandvårdslagen.

De ändrade reglerna för anslutning till försäkringen genom ett nytt vårdgivarbegrepp kräver ändring i lagen om allmän försäkring.

På flera av de punkter som utredningen berör har förslag tidigare lämnats i prop. 1995/96:119 *Reformerad tandvårdsförsäkring*.

1 Inledning

1.1 Uppdraget

Enligt regeringens direktiv (dir. 1997:86) skall utredningen lämna förslag om en ny inriktning på tandvårdsförsäkringen. Uppdraget innebär att med utgångspunkt i förslagen i den i mars 1997 avlämnade rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* (Ds 1997:16), och med beaktande av remissutfallet, lämna förslag till ett bättre ekonomiskt stöd för vuxna personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov. Därtill innebär uppdraget att lämna förslag till ett ekonomiskt stöd för övriga vuxna genom en mer tandhälsoinriktad utformning av tandvårdsförsäkringen än nuvarande.

Som allmänna utgångspunkter för utredningens arbete anges i direktiven att förslagen i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* skall utgöra en utgångspunkt för utredningens arbete, även om denna del av stödet – för att kunna kopplas samman med det övriga stödet – kan behöva ändras i vissa avseenden. Det nya stödet skall vara tandhälsoinriktat och bör stimulera till ett ökat ansvarstagande från patienten vad gäller tandhälsan. Ett mål bör vara att i möjligaste mån underlätta för patienten att få överkomliga tandvårdskostnader över tiden. På lång sikt bör målet vara att åstadkomma en bättre samordning av avgiftsreglerna för öppen sjukvård och tandvård. Det nya ersättningssystemet skall vara så enkelt som möjligt från juridisk och administrativ synpunkt. Det bör i möjligaste mån ge förutsättningar för ett avskaffande av nuvarande detaljbestämmelser om anslutning av vårdgivare och om arvoden. Konkurrensneutralitet bör så långt det är möjligt råda mellan offentlig och privat tandvård och patienterna skall fritt kunna välja vårdgivare i det nya systemet. Det nya tandhälsoinriktade stödet bör utgå från en enhetlig grundmodell för alla patienter även om graden av ekonomiskt stöd kan variera mellan olika patienter. Stödet bör främja effektivitet inom tandvården, medverka till att utveckla arbetssätt och kompetens och stimulera till investeringar. Frågan om att av miljöskäl avveckla användningen av amalgam som tandfyllningsmaterial skall beaktas av utredningen.

För den tillkommande delen av ersättningssystemet för tandvård som berör övriga vuxna patienter består uppdraget i att lämna förslag

om en tandhälsoinriktad grundmodell – eller om så bedöms motiverat – två alternativa grundmodeller. I första hand bör övervägas om subventionerna från försäkringen kan lämnas i form av fasta belopp per tidsenhet och behandlad patient. På motsvarande sätt bör patienterna betala fasta avgifter till vårdgivaren som denne fastställer, såvida inte utredningsarbetet leder fram till någon annan bedömning.

I utredningsarbetet ingår vidare att beräkna och lämna förslag till storleken av subventionerna i det ersättningssystem som föreslås. Utredningen skall föreslå vilka behandlingsåtgärder som skall omfattas av ett stöd. Bedömningarna och beräkningarna skall grundas på att den totala utgiftsramen för det nya stödet till vuxentandvård uppgår till högst 1,4 miljarder kronor för år 1999. Enligt direktiven ingår i utredningsuppdraget även att föreslå hur administrationen av det föreslagna ersättningssystemet skall utformas och att göra en beräkning av de administrativa kostnaderna.

En viktig del i utredningsarbetet är enligt direktiven att föreslå hur uppföljningen av det föreslagna ersättningssystemet skall ske. Utredningen skall överväga behovet av en nationell resurs för att effektivisera tandvården och för att bl.a. utvärdera befintlig och ny odontologisk metodik.

De juridiska effekterna av förslagen skall belysas med avseende på behov av lagändringar och eventuell kompletterande lagstiftning liksom av författningsbehov i övrigt.

1.2 Utredningens arbetssätt

Utredningen har arbetat under benämningen Utredningen Ny inriktning på tandvårdsförsäkringen.

Sex sammanträden, varav ett internatsammanträde, har hållits med dem som av regeringen förordnats som sakkunniga respektive experter. Företrädare för följande organisationer har härvidlag deltagit i arbetet: Handikappförbundens Samarbetsorgan, Landstingsförbundet, Riksförsäkringsverket, Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Konsumentråd, Sveriges Pensionärsförbund, Sveriges Privattandläkarförening, Sveriges Tandhygienistförening, Sveriges Tandläkarförbund och Tjänstetandläkarföreningen. Den del av utredningsuppdraget som berör uppföljning och kompetenscentra m.m. har bedrivits i en särskild expertgrupp under ledning av medicinalrådet Hans Sundberg, Socialstyrelsen. I gruppen har ingått representanter från Landstingsförbundet, Riksförsäkringsverket och Sveriges Privattandläkarförening.

Utredningsarbetet inleddes med ett idéseminarium. Syftet med idéseminariet var att få en överblick över de trender som kan skönjas inom

den svenska tandvården, de problem som finns eller kan förväntas uppkomma och de idéer till utformning av den framtida tandvårdsförsäkring som finns hos olika intressenter. Ett trettiootal organisationer, myndigheter och intresseföreningar inom tandvårdens område deltog.

Utredaren och sekreterarna har företagit en studieresa till Danmark. Syftet med studieresan var att erhålla en närmare orientering om hur det danska systemet för vuxentandvård är organiserat och finansierat. Utredningen träffade representanter för Amtsrådsföreningen, Dansk Tandlægeforening och Sundhedsstyrelsen.

Synpunkter på ersättningssystemet m.m. har under utredningsarbetets gång vid sammanträffanden framförts av Dentallaboratoriernas Riksförening, Svenska Tandsköterskeförbundet, Tandteknikerförbundet och Tandvårdsskadeförbundet. Utredningen har också erhållit skrivelser med förslag m.m. från en rad andra intresseorganisationer.

I direktiven till denna utredning finns angivet att utredaren skall beakta direktiven till samtliga kommittéer och särskilda utredare om att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50), pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23), redovisa jämställdhetspolitiska aspekter (dir. 1994:124) samt om att redovisa konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir. 1996:49). Utredningen har inte funnit att förslagen medför någon påverkan vad avser regionalpolitik, jämställdhet eller brottslighet och brottsförebyggande arbete.

Direktiven om obligatorisk prövning av offentliga åtaganden har beaktats av utredningen under arbetets gång. Direktiven innebär att bl.a. att utredaren skall ange de bakomliggande målen för den verksamhet som utreds och förutsättningslöst pröva om åtagandet bör vara en offentlig angelägenhet. Resultatet av prövningen skall utgöra en utgångspunkt för kommitténs fortsatta överväganden, t.ex. om lämpliga medel för att nå målen. Utredaren skall även ange en lämplig nivå för verksamheten, t.ex. statlig eller kommunal. Om förslag lämnas som påverkar den kommunala sektorns verksamhet och ekonomi skall en bedömning göras om den så kallade finansieringsprincipen är tillämplig. Principen innebär att kommuner och landsting inte skall åläggas nya uppgifter utan att de samtidigt får möjlighet att finansiera dessa med annat än höjda skatter.

Avslutningsvis bör framhållas att utredningsarbetet bedrivits i den formen att gruppen av sakkunniga och experter tjänstgjort som ett viktigt diskussionsforum. De sakkunniga och experterna har medverkat med sin expertis inom respektive område och lämnat viktigt underlag och givit värdefulla synpunkter under utredningsarbetets gång. Den särskilda utredaren ansvarar emellertid ensam för utredningens förslag och andra ställningstaganden.

2 Bakgrund

I detta kapitel tecknas en bakgrund till utredningens arbete. Kapitlet innehåller avsnitt som handlar om den nuvarande tandvårdsförsäkringens syfte, tillkomst och utveckling och den reviderade tandvårdstaxan som trädde i kraft den 15 oktober 1996. Av regeringen aviserad förändring av försäkringen berörs. Den försöksverksamhet med fastprissystem inom tandvårdsförsäkringen som bedrivits beskrivs översiktligt. En sammanfattning ges av de förslag till stöd åt särskilda patientgrupper som lades fram i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling*. Även remissvaren på denna rapport berörs. Kapitlet innehåller också avsnitt om förutsättningarna för ekonomiskt bistånd till tandvård, frivilliga tandvårdsförsäkringar och en översikt av systemen för ekonomisk ersättning för tandvård i Norden och övriga EU- och EES-länder.

2.1 Den nuvarande tandvårdsförsäkringen

2.1.1 Försäkringens syfte, tillkomst och utveckling

Den allmänna tandvårdsförsäkringen infördes år 1974 efter förslag från 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring (SOU 1972:81). Syftet var att göra nödvändig tandvård ekonomiskt tillgänglig för den breda befolkningen och att integrera tandvård som en angelägen del av den allmänna sjukförsäkringen. Vid denna tidpunkt förelåg omfattande otillfredsställda reparativa tandvårdsbehov hos en stor del av befolkningen. Införandet av en allmän tandvårdsförsäkring innebar bl.a. att en tandvårdstaxa infördes med reglerade arvoden för angivna åtgärder. Patientavgiften beräknades som en procentuell andel av det sammanlagda arvodet för behandlingen. Taxan var uppdelad i skilda avdelningar för tandläkare, tandhygienister, tandsköterskor samt för tandtekniska arbeten.

1978 års tandvårdsutredning hade att utreda bl.a. frågan om en patienttaxa frikopplad från vårdgivarnas arvoden. Utredningen fann dock

stora nackdelar med ett sådant system och föreslog att procentmodellen alltså borde gälla. En nyhet återfanns i betänkandet, nämligen tanken på ett enhetspris per individ (SOU 1982:50, bilaga 2, Sundberg). I övrigt föreslog 1978 års tandvårdsutredning betydande förenklingar och korrigeringar i tandvårdstaxan.

Förslagen från utredningen var avsedda att tillämpas fr.o.m. år 1984. Dock krävdes att Riksförsäkringsverket (RFV) kompletterade och bearbetade förslaget. RFV:s förslag, benämnt Rev-Tax, låg till grund för den reviderade taxa som regeringen fastställde med tillämpning fr.o.m. den 1 februari 1987. Antalet åtgärder i tandvårdstaxan för tandläkare och tandtekniker minskades och särskilda taxor infördes för tandhygienister och behöriga tandsköterskor. Reduktionen av tandläkar- och tandteknikeråtgärderna medförde att fler behandlingsmoment än tidigare kom att hänföras till tidsdebiterade åtgärder.

Tandvårdstaxans konstruktion har i huvudsak, med undantag för vissa smärre korrigeringar, varit oförändrad mellan år 1987 och hösten 1996 även om höjningar av patientens kostnadsandel genomförts vid flera tillfällen i anslutning till besparingar i statsbudgeten.

Under perioden 1987–1990 erhöll RFV ett par regeringsuppdrag med uppgift att föreslå en alternativ taxeutformning. Det senare av dessa avsåg s.k. bastandvård till fast pris för patienten och med fast ersättning till vårdgivaren per individ (kapitation). Regeringen bedömde dock att ytterligare underlag borde inhämtas genom försöksverksamhet varför två försöksprojekt initierades. Utgångspunkten för dessa projekt var att ersättningen från tandvårdsförsäkringen skulle beräknas som ett visst fast belopp per patient som omfattades av försöket.

Med riksdagens medgivande utfärdade regeringen år 1991 bestämmelser om sådan försöksverksamhet vid en klinik vid folktandvården i Bohus läns landsting, en i Kristianstads läns landsting och en i Göteborgs kommun. Försöksverksamheten i Kristianstads län avslutades vid utgången av år 1996, de andra pågår fortfarande.

Behovet av ett annorlunda arvodes- och ersättningssystem än den befintliga åtgärdstaxan kom emellertid att framstå som allt mer angeläget. Genom den prestationsrelaterade ersättningen hade incitament skapats för tandläkarna till en maximering av antalet åtgärder per tidsenhet med en hög tandvårdsproduktion och stora utgiftsökningar för staten som följd. Samtidigt hade befolkningens tandhälsa avsevärt förbättrats. Även den minskade användningen av amalgam och inriktningen mot andra, dyrare material bidrog till kostnadsökningarna. Hösten 1992 tillsattes inom Socialdepartementet en sakkunnig med uppgift att se över försäkringen och föreslå alternativa lösningar som byggde på olika former av kombination av åtgärdstaxa och fasta ersätt-

ningar från tandvårdsförsäkringen per individ. Utredningen kom att benämnas Översyn av tandvårdsförsäkringen (ÖTF).

I rapporten *Premietandvård – en effektivare tandvårdsförsäkring* (Ds 1993:18) redovisades resultatet av den översynen. Det föreslogs att två parallella system skulle införas, dels ett med fast årlig ersättning per patient från försäkringen till tandläkaren och fri prissättning avseende patientavgifter (premietandvård), dels ett med en enhetlig förenklad åtgärdstaxa. Patienten skulle fritt kunna välja mellan de olika systemen. Förslaget kompletterades i juli 1993 på vissa punkter, bl.a. med detaljförslag om ett s.k. särskilt högkostnadsskydd samt om särskilt stöd för vissa patientgrupper.

I juli 1993 uppdrog regeringen åt RFV att utarbeta ett detaljerat förslag till ny åtgärdstaxa enligt de riktlinjer som föreslogs i nämnda rapport. Det framhölls att åtgärdstaxan behövde förändras och förenklas i flera avseenden. Härvid angavs behov av nya subventionsnivåer, ny åtgärds- och arvodesstruktur – inklusive inarbetande av ersättning för tandtekniskt arbete och material i arvodesbeloppen, nya principer vad gäller bl.a. styckeprisarvoden, högkostnadsskydd, lägsta effektiva omhändertagningsnivå samt lägsta godtagbara standard med koppling till en merkostnadsprincip. RFV överlämnade sitt förslag *Ny tandvårdstaxa* (RFV Redovisar 1993:5) till regeringen i november 1993.

I januari 1994 överlämnade regeringen till riksdagen propositionen *Förändrat ersättningssystem för tandvård* (prop. 1993/94:93). Propositionens förslag om riktlinjer för det förändrade ersättningssystemet överensstämde i huvudsak med vad som framkommit i rapporten *Premietandvård – en effektivare tandvårdsförsäkring*. Riksdagen beslöt att godkänna de i propositionen föreslagna riktlinjerna. Regeringen överlämnade därefter till riksdagen proposition 1993/94:221, vilken innehöll förslag till lagändringar och ytterligare redovisning för hur ett förändrat ersättningssystem för vuxentandvård avsågs bli utformat.

Riksdagsbehandlingen blev omfattande och slutade med att riksdagen i juni 1994 avslod den sistnämnda propositionen och upphävde beslutet om godkännande av riktlinjerna. Riksdagen uttryckte som sin mening bl.a. att den föreslagna formen för premietandvårdsavtal innebar en betydande otrygghet för patienten. I riksdagsbeslutet ingick emellertid en anmodan till regeringen att återkomma med ett nytt förslag.

Efter fortsatt beredning inom Socialdepartementet överlämnade regeringen i januari 1996 till riksdagen propositionen *Reformerad tandvårdsförsäkring* (prop. 1995/96:119). I propositionen föreslogs åter att ett system med dels s.k. premietandvård, dels tandvård enligt åtgärdstaxa skulle införas. Denna gång innehöll propositionen även ett lagförslag om premietandvård vilket behandlats av lagrådet. En annan

skillnad var att valfrihet mellan premietandvård och åtgärdstaxa skulle gälla även för vårdgivarna. Propositionen återkallades den 9 februari 1996 sedan det visat sig att den sannolikt inte skulle få stöd av en riksdagsmajoritet.

Regeringen redovisade därefter i 1996 års ekonomiska vårproposition (prop.1995/96:150) sin avsikt i fråga om tandvårdsförsäkringens framtida utveckling genom att föreslå en väsentlig begränsning och omstrukturering av denna från år 1998. Regeringen bedömde det nödvändigt att bl.a. av besparingsskäl fullfölja det i prop. 1995/96:119 aviserade förändringsarbetet angående tandvårdstaxan. Samtidigt angavs att en reviderad tandvårdstaxa för allmäntandvård och specialisttandvård skulle införas den 1 oktober 1996. RFV fick i april 1996 regeringens uppdrag att utarbeta ett förslag till en sådan reviderad taxa. Den av regeringen slutligt fastställda tandvårdstaxan (1996:919) trädde i kraft den 15 oktober 1996.

2.1.2 Den reviderade åtgärdstaxan

Den åtgärdstaxa som infördes i oktober 1996 skiljer sig avsevärt från de tidigare genom att den utgår från de principer som ursprungligen föreslogs i rapporten *Premietandvård – en effektivare tandvårdsförsäkring* och som därefter ingått i de beskrivningar som lämnats i propositioner m.m.

Förändringen innebar i princip att den åtgärdsförteckningen omformades genom att vissa åtgärder sammanfördes och att samtliga behandlingsmoment, inklusive tandtekniskt arbete och kostnaden för tandtekniskt material för en viss behandlingsåtgärd, samlades under en åtgärdsrubrik med ett arvode. På detta sätt begränsades antalet åtgärder kraftigt, från ca 140 till omkring 40. Möjligheten till tidsdebitering minskades. Med den nya taxan infördes principen om lägsta godtagbara standard i förening med en s.k. merkostnadsprincip enligt vilken patienten själv får svara för kostnaden för vård utöver lägsta godtagbara standard. Även principen om lägsta effektiva omhändertagandennivå infördes. Den innebär att arvode för en behandlingsåtgärd inte skall beräknas för högre kompetens än vad som normalt erfordras för att utföra åtgärden.

Försäkringens budgetram har successivt sänkts från 3,8 miljarder kronor år 1993 till ca 1,8 miljarder för år 1997 för den reviderade taxan. För år 1998 är budgetramen 1,4 miljarder kronor. Sänkningarna har främst åstadkommit genom införandet av en s.k. självrisk och en minskning av subventionsnivåerna. Hänsyn har också tagits till en viss nedgång i efterfrågan.

Efter införandet av den reviderade taxan i oktober 1996 betalar patienten hela arvodet för behandlingen, inklusive kostnad för tandtekniskt arbete och material, upp till och med ett självriskbelopp, då 700 kronor, för en behandlingsperiod på ett år. För behandlingskostnader däröver lämnas försäkringsersättning med 35 procent upp till 13 500 kronor och med 70 procent för behandlingskostnader över sistnämnda belopp. I arvodena ingår inte kostnaden för ädla metaller eller för dentala gjutmetaller vid fast protetik. Dessa kostnader betalas i sin helhet av patienten. Självrisken höjdes den 1 oktober 1997 från 700 till 1 300 kronor.

2.1.3 Aviserad förändring av försäkringen

Regeringen aviserade i 1996 års ekonomiska vårproposition (prop. 1995/96:150) en begränsning och omstrukturering av tandvårdsförsäkringen fr.o.m. år 1998. Samtliga subventioner i försäkringen skulle avskaffas med undantag för ett ekonomiskt stöd till vissa s.k. särskilda patientgrupper. Härmed avsågs grupper som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov. För ändamålet avsattes i budgetpropositionen för år 1997 en årlig kostnadsram om högst 1 miljard kronor för år 1998 och en arbetsgrupp under ledning av en sakkunnig tillsattes inom Socialdepartementet för att utarbeta förslag med den nämnda inriktningen. Den sakkunniga redovisade sitt uppdrag i mars 1997 då rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* (Ds 1997:16) överlämnades.

I 1997 års ekonomiska vårproposition (prop. 1996/97:150) aviserade regeringen en ändrad inriktning på tandvårdsförsäkringen fr.o.m. år 1999. Den nya inriktningen innebär dels att i enlighet med den tidigare avsiktsförklaringen införa ett bättre ekonomiskt stöd till vuxna personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov, dels ge övriga vuxna ett ekonomiskt stöd genom en mer tandhälsoinriktad utformning av tandvårdsförsäkringen än den nuvarande. Med anledning härav beslutade regeringen tillkalla en särskild utredare och fastställde direktiv för utredningsarbetet (dir. 1997:86). Det är resultatet av det arbetet som redovisas i denna rapport.

2.1.4 Försöksverksamhet med fastprissystem inom tandvårdsförsäkringen

Efter riksdagens medgivande år 1991 inledde regeringen en försöksverksamhet med alternativa ersättningssystem inom vuxentandvården. Verksamheten reglerades genom en särskild förordning (1991:1234).

Syftet med försöksverksamheten var att få underlag för en reformering av tandvårdstaxan med inriktningen att försäkringsersättningen skulle beräknas i form av ett visst belopp per patient (kapitationsersättning). Försöksverksamhet bedrivs för närvarande (december 1997) vid två kliniker, i Göteborgs kommun (Sociala huset) och i Bohuslandstinget (Tanumshede), under namnet Frisktandvården. T.o.m. år 1996 pågick försöksverksamhet också inom Kristianstads läns landsting, det s.k. Bromölla projektet. I det följande ges en översiktlig beskrivning av försöken.

Frisktandvården

Sedan hösten 1991 pågår i vid en klinik i Göteborg och en i Tanumshede försök med premiebaserad s.k. frisktandvård. Cirka 3 500 patienter omfattas år 1997 av verksamheten. Frisktandvården och den vanliga allmäntandvården ingår som integrerade delar i den tandvård som bedrivs vid de aktuella klinikerna inom folktandvården. Huvudmännen har ansökt hos regeringen om att få fortsätta sin verksamhet med frisktandvård som alternativ till dagens taxebundna tandvård inom respektive kommun och landstingsområde.

Frisktandvårdens vårdideologi bygger på en hälsobevärande modell för vård. Målet med projektet är att pröva om väsentliga vinster kan göras, vad avser tandhälsa och tandvårdskostnader, om en alternativ ersättningsmodell tillämpas. Den traditionella ersättningsmodellen innebär att vårdgivaren erhåller tandvårdsersättning från försäkringskassan per utförd åtgärd. Inom frisktandvården tillämpas ett kapitationssystem där ersättningen betalas som ett fast belopp per patient. Beloppet är för närvarande (december 1997) 250 kronor per år för patienter under 40 år och 590 kronor för patienter som är 40 år och äldre. Från den 1 januari 1998 gäller lägre ersättningsbelopp, 185 kronor för patienter under 40 år och 437 kronor för de som är över 40 år. Sänkningen innebär en anpassning till de minskade subventionerna inom tandvårdsförsäringen i övrigt.

Då försöket startade år 1991 kunde patienter över 20 år som hade sammanlagt minst 16 egna tänder och som inte hade någon obehandlad tandsjukdom ansluta sig till frisktandvården. Denna begränsning gäller numera inte. Från årsskiftet 1994/95 till årsskiftet 1996/97 medgavs ingen anslutning av nya patienter. Sedan den 1 januari 1997 är det åter möjligt att ansluta sig till frisktandvården.

En patient i frisktandvården betalar en årspremie som täcker det normala tandvårdsbehovet. Om en patient erhåller protetisk behandling betalar denne hälften av kostnaden för tandtekniskt arbete och material.

Ädla metaller och vid fast protetik gjutmetaller betalas i sin helhet av patienten.

Premien är beroende av i vilken vårdgrupp/riskgrupp patienten placeras i. Under den tid frisktandvården funnits har premierna höjts tre gånger.

Premiebelopp i frisktandvården

År	Premiebelopp per riskgrupp	
1991	300/650/1000 kr/år	(3 grupper)
1994	330/675/1020 kr/år	(3 grupper)
1997	390/590/840/990/1380/1880 kr/år	(6 grupper)

Inplacering i riskgrupp sker efter en undersökning och riskbedömning som omfattar bl.a. en bedömning av anamnes, karies- och parodontit-risk samt förekomst av restaurationer. Därefter tillgodoses eventuella föreliggande behandlingsbehov mot ersättning och patientavgift enligt åtgärdstaxan, s.k. nollställning. Omkring 60 procent av patienterna placeras i de lägsta riskgrupperna, 30 procent i mellanriskgrupperna och knappt 10 procent i de högsta grupperna. När en patient bestämt sig för att gå med i frisktandvården utformas gemensamt med denne ett program för egenvård. En förutsättning för att frisktandvårdens försäkringsmoment skall gälla är att patienten följer egenvårdsprogrammet.

Akuttandvård ingår även i det fall den utförs av annan tandläkare än den som arbetar inom projektet. I de fall detta inte är möjligt ersätter frisktandvården nödvändiga och skäliga kostnader för behandling av annan vårdgivare. För tandskada till följd av olycksfall gäller reglerna inom den allmänna tandvårdsförsäkringen.

Den s.k. frisktandvårdens ansvarsnämnd, med representanter för de lokala försäkringskassorna samt folktandvården i Bohuslandstinget respektive i Göteborgs kommun, inrättades för att hantera eventuella tvister mellan frisktandvården och patienterna. Hittills (december 1997) har inga tvister uppkommit.

Både patienter, personal och administratörer uppger att resultaten från frisktandvårdsprojektet hittills har varit positiva. Klinikernas patienter visar en utveckling mot en god tandhälsa och de anslutna patienternas sjukdomsutveckling är låg. Behovet av sådan reparativ tandvård, som är en följd av att tidigare utförda reparationer måste göras om, har dock inte minskat. Uppföljningen sker löpande och utvecklingen i fråga om tandhälsa och kostnader jämförs med utvecklingen inom två andra kliniker med liknande patientunderlag inom Göteborgs kommun respektive Bohuslandstinget. Resultaten hittills visar att både tandhälsoutveckling och kostnadsutveckling är något gynnsammare vid för-

söskklinikerna. En slutlig utvärdering skall göras när försöksverksamheten har avslutats.

Bromölla projektet

I ett projekt, som bedrevs vid folktandvårdskliniken i Bromölla under åren 1992–1996, prövades en modell med fast årlig ersättning från försäkringskassan per färdigbehandlad patient. Syftet med försöket var att utreda om en ersättningsmodell med fast ersättning per individ kunde medverka till att dämpa kostnaderna för tandvård och samtidigt bibehålla en hög vårdkvalitet och uppnå tandhälsförbättringar. Ersättningen var oberoende av hur omfattande behandlingen varit. Under tiden 1992–1995 var ersättningen 800 kronor per patient och år. År 1996 sänktes ersättningen till 320 kronor. Sänkningen var en följd av att de beräknade verkliga kostnaderna för försäkringen sjunkit påtagligt. Ekonomisk uppföljning visar att både patientkostnad och beräknad försäkringsersättning, dvs. den ersättning som skulle ha betalats om tandvårdstaxan hade tillämpats, minskade under den tid som försöket pågick. Alla klinikens vuxna revisionspatienter omfattades av försöket.

Patienterna erhöll ett s.k. tandhälsokort med information om t.ex. antal tänder, antal lagade tänder, antal fördjupade tandköttsfickor och antal ”hål” som lagats under den senaste behandlingsperioden. För resultatuppföljningen till klinikens ledning och till personalen utarbetades en s.k. klinikprofil där kliniken jämförde sina resultat dels med egna tidigare resultat, dels med övriga klinikers inom landstinget. En jämförelse med landstingets övriga kliniker år 1994 visade att Bromöllakliniken hade flest antal färdigbehandlade vuxna patienter per tandläkare.

En undersökning som gjordes år 1992 visade att samtliga patienter var mycket nöjda eller nöjda med den behandling och det bemötande de fått. Alla patienter utom en ansåg att de fått all den vård de önskat. Ytterligare en undersökning gjordes i slutet av år 1994. Även i denna fick Bromöllakliniken ett gott resultat jämfört med andra medelstora kliniker i landstingsområdet.

För att belysa frågan om kapitationsersättning leder till underbehandling genomfördes en studie där ett antal slumpvis utvalda patienter som behandlats vid Bromöllakliniken undersöktes av oberoende och opartiska tandläkare. Man fann inget som tydde på att den prövade ersättningsmodellen påverkade tandhälsan negativt eller att underbehandling förekom.

Enligt slutrapporten har syftena med försöksverksamheten uppnåtts. Klinikens ekonomiska utfall uppges också ha varit positivt under försöksperioden. Försöket uppges vidare ha stimulerat till tandhälsoin-

riktad vård och fler patienter har kunnat få behandling med mindre tandläkarinsatser.

Patienten betalade själv avgift enligt gällande tandvårdstaxa.

2.2 Förslaget till stöd åt särskilda patientgrupper

Regeringen aviserade, som nämnts tidigare, i 1996 års vårproposition (prop. 1995/96:150) en begränsning och omstrukturering av tandvårdsförsäkringen fr.o.m. år 1998, innebärande att samtliga subventioner skulle avskaffas med undantag av ett stöd till vissa s.k. särskilda patientgrupper. Härmed avsågs grupper som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov. I syfte att närmare utreda och analysera det nya stödet tillsattes under hösten 1996 en arbetsgrupp inom Socialdepartementet under ledning av riksdagsledamoten Karin Olsson. I gruppen ingick representanter för Handikappförbundens Samarbetsorgan, Landstingsförbundet, Nordisk förening för handikapptandvård, Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Sveriges Pensionärsförbund, Sveriges Tandhygienistförening, Sveriges Tandläkarförbund och Socialdepartementet. Utredningens förslag och andra ställningstaganden redovisades i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* (Ds 1997:16).

I direktiven till denna utredning anges att förslagen om stöd till särskilda patientgrupper som presenterades i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* skall vara utgångspunkt för den nya inriktningen på tandvårdsförsäkringen, även om denna del av stödet – för att kunna kopplas samman med det övriga stödet – kan behöva ändras i vissa avseenden. I det följande lämnas en sammanfattning av förslagen och remissvaren.

2.2.1 Förslagen i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling*

Uppsökande verksamhet

I utredningen konstaterades att vissa vuxna på grund av sjukdom eller funktionshinder saknar initiativförmåga till kontakt med tandvården. Tandhälsan är generellt sett sämre hos dessa personer än hos befolkningen i övrigt och för att tänderna skall kunna behållas krävs att den

dagliga munvården fungerar väl och att tandhälsokontroller görs regelbundet.

Därför föreslogs att landstingen, i samråd med kommunerna och andra berörda huvudmän och vårdgivare, skulle se till att patienter inom äldre- och handikappomsorgen som behöver särskilt stöd erbjuds tandvård genom uppsökande verksamhet, i regel en gång per år. I verksamheten avsågs ingå munvårdsbedömning, ett erbjudande om hjälp att vid behov komma till tandvården samt handledning av vård- och omsorgspersonal, så att denna kan hjälpa personer som behöver och vill ha hjälp med den dagliga munvården.

Den uppsökande verksamheten föreslogs bli avgiftsfri för de uppsökta personerna och för kommunerna, och landstingen skulle erhålla kompensation från staten – via tandvårdsförsäkringen – för att kunna finansiera verksamheten. Om en person dessutom skulle erhålla behandling såsom lagningar eller proteser, avsågs vården inte bli avgiftsfri.

Den uppsökande verksamheten skulle få bedrivas både av folktandvården och av privata vårdgivare.

Särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid

För vissa patienter är behandling inom tandvården ett nödvändigt led i en total sjukdomsbehandling och insatserna medicinskt motiverade.

I nuvarande tandvårdsförsäkring är sådan vård som omfattas av 9 § tandvårdstaxan (1973:638) avgiftsfri för patienten och försäkringskassan betalar i dessa fall hela behandlingskosten. Detta gäller för vård som utförs till följd av medfödd missbildning, defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet, avvikande reaktion mot dentala material, tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall eller muntorrhet på grund av strålbehandling eller Sjögrens syndrom. För behandlingar som har samband med andra sjukdomar än de uppräknade gäller tandvårdsförsäkringens vanliga ersättningsregler, med undantag för viss oralkirurgisk behandling där patienten betalar avgifter som i den öppna hälso- och sjukvården.

I *Tandvårdsförsäkring i omvandling* föreslogs, att för särskilda tandvårdsinsatser som behövs som ett nödvändigt led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, skall bestämmelserna om avgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen gälla. Huruvida en patient kan hänföras till denna kategori borde avgöras av behandlingsbehovet och inte som nu enligt fastställda diagnoskriterier.

Exempel på tandvårdsinsatser som avsågs kunna komma i fråga var i princip all behandling, som i dag kan hänföras till 9 § tandvårdstaxan, utom muntorrhet som föreslogs ingå i stödet för långvarigt sjuka. Även gruppen extremt tandvårdsrädda, där rädslan är så stor att patienterna inte förmår uppsöka tandvården förrän en akut situation uppstår, skulle enligt förslaget föras till den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Detsamma gällde för de patienter som erhåller utbyten av tandfyllningar som ett led i en medicinsk rehabilitering, förutsatt att utbytet sker som ett led i en utrednings- eller behandlingsplan under ledning av läkare med erforderlig kompetens.

Utredningen poängterade att även andra behandlingsinsatser än de ovan nämnda kunde komma i fråga för denna form av stöd. Patienten skulle ha frihet att välja vårdgivare inom den offentliga eller den privata tandvården.

Insatser vid långvariga och väsentligt ökade tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder

Utredningen konstaterade att en långvarig sjukdom eller ett bestående funktionshinder kan medföra stora risker för tandhälsan. Sjukdomen, funktionsnedsättningen, medicineringen m.m. kan innebära att motståndskraften mot karies och andra tandsjukdomar minskar. Därför föreslogs att personer, som på grund långvarig sjukdom eller funktionshinder har ett väsentligt ökat tandvårdsbehov, skulle ges rätt till ett särskilt ekonomiskt stöd. Deras tandvårdskostnader skulle motsvara vad övriga personer i genomsnitt betalar för sin tandvård. Ett tak för patienternas avgifter, en slags självriskmodell där patienten betalar hela kostnaden för utförd tandvård, exklusive protetik, upp till 800 kronor per tolv månadersperiod borde enligt utredningen införas. För protetiska arbeten skulle patienten betala halva kostnaden. Stödet avsågs administreras av försäkringskassorna och RFV.

Utredningen preciserade inte några närmare definitioner på situationer där denna stödform borde gälla utan ansåg att detta skulle ske i ett senare beredningsarbete inom Socialdepartementet och tillsammans med Socialstyrelsen och RFV.

Då rätten till denna stödform inte, enligt förslaget, skulle bygga på medicinska diagnoser utan baseras på följder av sjukdom och funktionshinder, var utredningens uppfattning att sambandet mellan sjukdom respektive funktionshinder och tandvårdsbehov måste bedömas i varje enskilt fall. Behovet av tandvård och inte patientens tillhörighet till en bestämd diagnosgrupp borde vara den väsentliga bedömnings-

grunden. Även när det gällde de långvariga tandvårdsbehoven skulle patienten kunna välja mellan offentlig tandvård och privat.

Hjälpmedel

Utredningen fann det rimligt att sådana hjälpmedel, som är av central betydelse för den långsiktiga tandvården för funktionshindrade personer, borde omfattas av tandvårdsförsäkringens ersättningsbestämmelser eller bekostas av landstingen.

Kompetenscentra

Kunskap om tandvårdsbehov hos personer med sällsynta medicinska tillstånd eller med små eller mindre kända funktionshinder borde enligt förslaget samlas på särskilda kompetenscentra på några olika platser i landet. Socialstyrelsen avsågs för detta ändamål årligen erhålla statliga medel i syfte att bidra till kunskapsinsamling, kunskapspridning och metodutveckling.

Tandhälsundersökning för 20-25-åringar

Utredningen innehöll ett förslag om att personer i åldrarna 21, 23 och 25 år skulle erhålla en särskild stimulans att uppsöka tandvården. Innebörden av detta förslag var att personer i dessa åldrar skulle få sig till-sända information om betydelsen av regelbundna tandkontroller tillsammans med ett erbjudande om att för en fast, låg avgift erhålla en undersökning inklusive förebyggande insatser, information samt terapiförslag med kostnadsberäkning. Patientavgiften borde enligt förslaget vara cirka 200 kronor och vårdgivaren avsågs få resterande del av arvodet ersatt från försäkringskassan via tandvårdsförsäkringen.

Som skäl till förslaget anfördes att erfarenheter visar att det ofta blir ett avbrott i de regelbundna tandvårdsbesöken hos de unga vuxna. I dessa åldrar har man nyligen och oftast med en god tandstatus lämnat den fria ungdomstandvården samtidigt som de ekonomiska förutsättningarna på grund av t.ex. studier och arbetslöshet ofta är begränsade, varför andra utgifter än tandvård prioriteras. Om de unga vuxna i ökad utsträckning avstår från tandvårdsbesök riskeras att deras vanligen goda tandstatus snabbt försämras med stora framtida behandlingsbehov som följd. Såväl samhällsekonomiska som individuella vinster kan enligt utredningen uppnås om tandhälsan regelbundet kontrolleras och förebyggande åtgärder sätts in på ett tidigt stadium.

Oral kirurgi

Utredningen konstaterade att oralkirurgiska åtgärder i dagens system ersätts på tre olika sätt. För åtgärder som utförs av allmänpraktiserande tandläkare, privatpraktiserande specialister utan rätt till förhöjt arvode samt av folktandvårdens specialister gäller den arvodesnivå som överensstämmer med taxan för allmäntandvård. För specialister med rätt till förhöjt arvode gäller en särskild, högre arvodesnivå. Slutligen finns i bilaga 2 till tandvårdstaxan en förteckning över oralkirurgiska behandlingar som, om de ges vid specialisttandpoliklinik eller motsvarande inom folktandvården eller vid odontologisk fakultet, faller under bestämmelserna om avgifter vid besök i den öppna hälso- och sjukvården. Gällande regler innebär att patientens kostnad för oralkirurgisk behandling blir olika beroende av vilken vårdgivare som uppsöks.

Utredningen ansåg att endast sådana oralkirurgiska åtgärder som kräver sjukhusresurser skulle omfattas av den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler. Som exempel nämndes behandling av käkfrakturer, käkledskirurgi, rekonstruktiv kirurgi och anomalikirurgi. Annan oral kirurgi borde enligt förslaget administreras och betalas som övrig tandvård.

2.2.2 Remissinstanserna

Rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* remissbehandlades under våren 1997. Sextio myndigheter, organisationer och enskilda lämnade synpunkter.

Många av remissinstanserna framförde synpunkter inte bara på förslagen i utredningens rapport, synpunkter som redovisas i det följande, utan även på utformningen av ekonomiskt stöd till tandvården i ett vidare perspektiv.

RFV hade uppfattningen att det faktiska tandvårdsbehovet skall vara styrande för rätten till ersättning vilket enligt verkets mening innebär att den allmänna tandvårdsförsäkringen med ett allmänt högkostnads-skydd skall behållas. Socialstyrelsen bedömde att utredningens förslag medför mycket stora förändringar som kommer att få konsekvenser för hela den vuxna befolkningen. Styrelsen ansåg att utredningens verklig-hetsbild i flera avseenden var felaktig och onyanserad, och förordade en fördjupad analys av situationen inom tandvårdsområdet. Ett överfö-rande av ekonomiska medel till landstingen avvisades generellt av bl.a. Sveriges Privattandläkarförening och Praktikertjänst AB, som ansåg att stödet till tandvården även i fortsättningen skulle administreras av för-

säkringskassorna. Den motsatta uppfattningen innehades av bl.a. Landstingsförbundet och flera landsting.

Flertalet remissinstanser ställde sig i princip positiva till utredningens förslag om uppsökande verksamhet, som innebar att landstingen i samråd med kommunerna skulle se till att patienter inom äldre- och handikappomsorgen som behöver särskilt stöd erbjuds ett sådant. Sveriges Privattandläkarförening och Praktikertjänst AB delade dock inte denna uppfattning utan pekade på risken för att privata vårdgivare i praktiken inte kommer att få möjlighet att utföra denna typ av tandvård.

Utredningens förslag angående särskilda tandvårdsinsatser som led i en sjukdomsbehandling under kortare tid, där bestämmelserna om avgifter i den öppna hälso- och sjukvården avsågs gälla och där landstingen skulle svara för administrationen av stödet, stöddes av de flesta remissinstanserna. Det avvisades dock av Sveriges Privattandläkarförening, som kritiserade förhållandet att ansvaret för dessa patienter avsågs flyttas till landstingen och ersättning för vården lämnas till landstingen som ett icke specialdestinerat statsbidrag. Privattandläkarföreningen ansåg att stödet till ifrågavarande patientgrupper mycket väl kan inordnas i en försäkringslösning som administreras av försäkringskassan. Även Föreningen Sveriges Förtroendetandläkare och Praktikertjänst AB var avvisande till att landstingen skulle ges ansvaret för huvuddelen av de berörda grupperna. RFV framhöll att de patienter som enligt utredningens förslag skulle få sin rätt till tandvård prövad inom sjukvårdens ram, inte omfattas den besvärsordning som gäller för den allmänna försäkringen.

Flertalet av remissinstanserna stödde också förslaget om insatser vid långvariga och väsentligt ökade tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder. Förslaget innebar att patienterna mot en avgift på ca 800 kronor per tolv månadersperiod skulle få rätt till all tandvård med undantag för protetik, som avsågs bli subventionerad till 50 procent. Stödet skulle administreras av RFV och försäkringskassorna. Verket ansåg att förslaget var mindre bra då det riskerar medföra en omfattande administration och därmed bli kostsamt. Flera landsting framförde tillsammans med Landstingsförbundet åsikten att landstingen bör få administrera även detta stöd. Socialstyrelsen ansåg att principen att det ekonomiska stödet inte skulle baseras på diagnoser utan på följderna av sjukdom eller funktionshinder var bra, men att tillämpningen kan bli besvärlig varför det krävs väl utformade anvisningar för försäkringskassorna för att rättssäkerheten skall kunna upprätthållas. Mot denna stödform vände sig Sveriges Privattandläkarförening som i stället förordade ett enhetligt högkostnadsskydd.

Beträffande förslaget om hjälpmedel till funktionshindrade var det endast ett mindre antal remissinstanser som yttrade sig och nästan

samtliga tillstyrkte utredningens förslag att hjälpmedel som är av central betydelse för den långsiktiga vården skall omfattas av det ekonomiska stödet. RFV ansåg emellertid att den som ordinerar hjälpmedel också bör bära kostnaden för dessa.

Med undantag för Praktikertjänst AB var alla som yttrade sig över utredningens förslag att inrätta några s.k. kompetenscentra i landet, och att Socialstyrelsen för detta ändamål skulle tillföras medel, i princip positiva.

Flertalet remissinstanser var positiva till förslaget om subventionerade tandvårdsundersökningar för 20-25-åringar. RFV ansåg att systemet, i syfte att stimulera till konkurrens, borde utformas så att försäkringsersättningen är oberoende av patientavgiften. Konsumentverket var också positivt till förslaget och ansåg att det vore önskvärt att stödet kunde utvidgas till ytterligare riskgrupper. Några remissinstanser var tveksamma, däribland Socialstyrelsen som angav att det inte finns några studier som visar att tandhälsan i dessa åldrar kraftigt försämras på grund av uteblivna tandvårdsbesök. Sveriges Tandläkarförbund ansåg inte att denna satsning är nödvändig, en uppfattning som delades av bl.a. Praktikertjänst AB och Sveriges Privattandläkarförening.

Nästan samtliga remissinstanser som yttrade sig om förslaget angående oral kirurgi, som innebar att endast sådana insatser som kräver sjukhusresurser skulle omfattas av den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler, var positiva. Dock framfördes i flera remissvar att reglerna måste bli tydliga så att gränsdragningsproblem undviks.

Konkurrensverket avlämnade inget remissvar angående rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling*. Verket har emellertid till nuvarande utredning framfört som sin uppfattning att det är angeläget att förutsättningar skapas för en konkurrens på lika villkor mellan folk-tandvård och privattandvård och att anslutningsbegränsningen inom tandvårdsförsäkringen tas bort.

2.3 Ekonomiskt bistånd till tandvård

I samband med tillkomsten av socialtjänstlagen (SoL, 1980:620) utarbetades rekommendationer om vilka bidragsnivåer som kommunerna borde tillämpa. Den av Socialstyrelsen rekommenderade bruttonormen upptog tio poster som avsåg att täcka behovet av försörjning. Beloppen utgick från Konsumentverkets kostnadsberäkningar för hushållsutgifter. Nödvändig tandvård ingick som en post. Begreppet nödvändig tandvård kunde, i förekommande fall, innebära även större bettsaneringar.

I oktober 1996 ändrade Socialstyrelsen sina rekommendationer till kommunerna angående socialbidragen. (SOSFS 1996:22(S)). Förändringarna innebar dels att färre poster nu ingår i normen, dels att normbeloppen sänktes. Behovet av de poster som lagts utanför normen varierar starkt mellan olika individer och över tiden. Socialstyrelsen har därför bedömt att dessa poster inte bör schabloniseras på riksnivå. De poster som lyfts ur socialbidragsnormen avser kostnader för läkar- och tandvård, medicin samt möbler, husgeråd, radio och TV. I rekommendationerna betonas att den enskilde alltid har rätt att få en ansökan om bistånd till kostnader utanför normen prövad, och att prövningen skall ske utifrån en helhetsbedömning av den enskildes situation och behov.

Socialstyrelsen har i Södermanlands, Östergötlands och Jönköpings län genomfört ett projekt i syfte att studera effekterna av de förändrade socialbidragsreglerna. Resultatet av studien presenteras i rapporten *Socialbidrag på ändrade villkor* (Socialstyrelsen, oktober 1997.) Av de undersökta kommunerna är det mer än 70 procent som använder Socialstyrelsens rekommenderade normkonstruktion för socialbidragen. Omkring 60 procent av kommunerna använder de rekommenderade normbeloppen. I studien presenteras resultat som visar att flertalet undersökta kommuner har sänkt sina normbelopp under perioden juni 1996 till april 1997.

Den förändring som, av de undersökta kommunerna, bedöms ha påverkat den enskilde klienten mest är borttagandet av tand- och läkarvård, medicin samt möbler och husgeråd från bidragsnormen. Antalet klienter som söker socialbidrag utöver normen har ökat som en effekt av förändringarna av socialbidragen. Läkar- och tandvård samt medicin är den post som mest frekvent är föremål för ansökningar över normen. Även de som beviljas socialbidrag över norm har ökat. Samtliga av de undersökta kommunerna ger socialbidrag till en del av tandvårdskostnaderna efter det att en särskilt anlitad tandläkare har bedömt behovet hos den enskilde. Det vanligaste är nu att bidrag beviljas till akuta åtgärder. I studiens intervjuavsnitt uppger 41 procent av de tillfrågade hushållen att de avstått från tandvård av ekonomiska skäl. Intervjuerna visar, enligt rapporten, att en stor andel av hushållen har problem med sina tänder och att de har problem med att få ersättning för tandvård.

Den 1 januari 1998 träder en ny socialtjänstlag i kraft, med en riksnorm för socialbidrag. Antalet poster för vilka en klient har absolut rätt till bistånd begränsas. Den schabloniserade riksnormen skall täcka hushållets normala kostnader för livsmedel, kläder och skor, lek och fritid, hälsa och hygien, förbrukningsvaror samt dagstidning, telefon och TV-licens. Rätten till bistånd omfattar dessutom skäligena kostnader för boende, hushållsel, arbetsresor, hemförsäkring, läkarvård, akut tandvård, glasögon samt medlemskap i fackförening och arbetslös-

hetskassa, under förutsättning att dessa kostnader kan styrkas. Den enskildes rätt att överklaga beslut avser riksnormen samt de ytterligare uppräknade posterna. Biståndsansökningar som avser behov utöver dessa poster kan inte överklagas. Det står dock kommunen fritt att ge bidrag till sådana behov även efter den 1 januari 1998. Som exempel på ändamål för bistånd nämns i förarbetena till ändringen även mer omfattande tandvård (prop. 1996/97:124).

De nya reglerna innebär en snävare tolkning av rätten till ekonomiskt bistånd. För tandvårdens del har det tidigare utvecklats en praxis som har inneburit att begreppet "skälig levnadsnivå" i princip inneburit rätt till nödvändig tandvård. Med begreppet nödvändig tandvård har kunnat avses även större saneringar av bettet, även om kommunerna under den senaste tiden blivit mer restriktiva i sina bedömningar. Med de nya regler som gäller från den 1 januari 1998 är kommunerna endast skyldiga att lämna bistånd för akut tandvård. Huruvida en klient kommer att kunna erhålla bidrag till en mer omfattande tandvård blir beroende av den enskilda kommunens bestämmelser.

2.4 Frivilliga tandvårdsförsäkringar

I takt med att subventionerna inom tandvårdsförsäkringen minskat har det införts frivilliga, enskilda tandvårdsförsäkringar. Flera försäkringsbolag har i samarbete med olika vårdgivarorganisationer tagit fram nya försäkringslösningar. Både inom privattandvården och inom folktandvården i vissa landsting har patienter erbjudits att teckna privata försäkringar som komplement till den allmänna tandvårdsförsäkringen. De frivilliga försäkringarna har hittills inte varit så efterfrågade. Detta torde bero på de villkor i fråga om en god tandhälsa som från början ställs på den enskilde för att få teckna en sådan försäkring och på de förhållandevis höga premier som måste betalas om inte självriskan skall bli för hög. För närvarande (december 1997) erbjuder två försäkringsbolag privata tandvårdsförsäkringar. Det har tidigare funnits flera men dessa är nedlagda på grund av bristande lönsamhet. Enligt uppgift till utredningen är fler nedläggningar att vänta inom en snar framtid. Eftersom sannolikheten för att den händelse som utlöser försäkringen skall inträffa i stor utsträckning är känd från början blir det svårt att konstruera en försäkring som inte utnyttjas felaktigt. När en privat tandvårdsförsäkring väl är tecknad har varken patienten eller den behandlande tandläkaren några direkta incitament att hålla tillbaka behandlingskostnaderna. Något försäkringsbolag är därför inne på tanken att bygga ut t.ex. gruppförsäkringar eller hemförsäkringar med en tandvårdsdel. Flera vårdgivarorganisationer erbjuder i samarbete med

banker eller finansbolag också patienter lån och avbetalningsplaner för att fördela tillfälligt höga tandvårdskostnader över en längre tidsperiod.

2.5 Tandvård i Norden och övriga EU- och EES-länder

2.5.1 Översikt

En sammanställning av hur tandvården fungerar i EU- och EES-länderna har gjorts i rapporten *EU Manual of Dental Practice 1997*, publicerad av Dental Liason Committee in the EU. I det följande ges en översikt. En närmare beskrivning med redovisning per land återfinns i bilaga 2 till detta betänkande.

Även om variationerna är stora mellan olika länder vad avser hur systemen för tandvård är utformade, finns det ändå vissa gemensamma drag. Kännetecknande för flertalet västeuropeiska länder är att andelen privatpraktiserande tandläkare är hög i förhållande till tandläkare verksamma i offentligt bedriven tandvård. Andelen varierar från 100 procent privatpraktiker i Luxemburg, Nederländerna och Portugal till 59 procent i Norge, 53 procent i Finland och 44 procent i Sverige. Tandläkartätheten, mätt som antalet invånare per tandläkare, varierar mellan 2 688 i Spanien och 908 i Grekland. Den svenska tandläkartätheten, 1 011 invånare per tandläkare, är en av de högre i de undersökta länderna.

I de länder där den offentliga tandvården har någon omfattning är den ofta inriktad på att ge vård till speciella, definierade grupper som t.ex. barn och handikappade samt personer med socioekonomiska problem.

I samtliga undersökta länder är tandvård, i avsevärt större utsträckning än annan hälso- och sjukvård, finansierad via direkta patientavgifter. Varje land har emellertid också ett eller flera system där invånarna via specialdestinerade försäkringsinbetalningar eller allmänna skatter bidrar till tandvårdens finansiering. Finansiering via allmänna skatter är den mindre vanliga varianten och förekommer främst i Danmark, Storbritannien och Sverige.

I de länder där den offentliga sektorn antingen erbjuder ekonomiskt stöd till tandvård eller i egen regi producerar vård, i regel för vissa definierade patientgrupper, är det vanligen en begränsad "bastandvård" som utförs. I regel ingår undersökning, viss förebyggande behandling och fyllningsterapi, medan dyrare behandlingar såsom kronor och broar undantas. Barn är den grupp som oftast har tillgång till fri eller sub-

ventionerad tandvård. Andra grupper som kommer i fråga är t.ex. patienter ineliggande på sjukhus, krigsveteraner, studenter och funktionshindrade.

Den dominerande formen för ersättning till tandläkaren är betalning per utförd behandlingsåtgärd, oavsett om ett offentligt organ, en sjuk-kassa, ett privat försäkringsbolag eller patienten själv betalar. I den utsträckning en tredje part såsom staten eller en sjukkassa är medfinans- siär, finns vanligen någon form av centralt fastställd förteckning (taxa) som anger vilka belopp som får tas ut för olika typer av åtgärder. Be- loppet är i bland flexibla beroende på t.ex. åtgärdens svårighetsgrad. Det är också vanligt med någon form av förhandsprövning, framför allt vid dyrare protetiska behandlingar och tandreglering. I nästan alla länder gäller att om patienten betalar hela behandlingskostnaden själv, utan inblandning från tredje part, är prissättningen helt fri. I flertalet länder är det endast det fåtal tandläkare som arbetar vid sjukhus, odontologiska fakulteter eller inom den offentligt ordnade tandvården som är anställda och avlönade. I övrigt är tandläkarna egna företagare.

Av andra yrkeskategorier än tandläkare är tandtekniker och tand- hygienister vanligen formellt erkända. Krav på formell utbildning, i vilken utsträckning andra yrkesutövare än tandläkare får arbeta i munnen på patienten samt hur ansvarsutkrävandet ser ut, varierar i viss utsträckning mellan olika länder.

I ett fåtal länder finns regleringar som påverkar vårdgivarnas möj- ligheter att upprätta en tandläkarmottagning, detta i syfte att garantera en viss geografisk spridning.

3 Aktuella frågor

3.1 Tandhälsa/Tandtillstånd

Tandhälsan blir allt bättre hos både barn, ungdomar och vuxna. 57 procent av 19-åringarna är helt kariesfria på tändernas sidoytor. Bland de vuxna har åldersgruppen över 50 år omfattande lagningar i tänderna. De äldsta har allt fler tänder i behåll. Total tandlöshet blir alltmer sällsynt. Tandhälsan är beroende av sociala och ekonomiska faktorer. Sjuka och funktionshindrade har ofta sämre tandhälsa än övriga.

Med hjälp av epidemiologi kan t.ex. fördelningen av hälsa och sjukdom i en bestämd grupp studeras. *Beskrivande epidemiologi* är betydelsefull vid vårdplanering. Med epidemiologiska undersökningar kan *frekvensen*, dvs. förekomsten av en sjukdom vid ett givet tillfälle beskrivas. En frekvensstudie är vanligen av s.k. tvärsnittstyp och beskriver sjukdomen hos en grupp individer vid ett visst tillfälle. Sådana studier är värdefulla då tandhälsan hos olika grupper skall jämföras. Även *aktiviteten* hos en sjukdom kan beskrivas genom epidemiologiska studier. Då mäts den mängd sjukdom som utvecklas under en viss tidsperiod. I s.k. *analytisk epidemiologi* studeras effekten av olika åtgärder på en sjukdom. Så har t.ex. effekten av olika förebyggande åtgärder mot karies utvärderats med analytisk epidemiologi.

Genom epidemiologiska undersökningar mäts och studeras således sjukdomsförekomst och sjukdomsutveckling i tänder och omgivande vävnader. Men i dagligt tal används begreppet tandhälsa eller munhälsa när resultaten presenteras och diskuteras. Även förekomsten av fyllningar och andra tandersättningar samt skador på dessa restaureringar mäts i epidemiologiska undersökningar. Tand- eller munhälsa är egentligen motsatsen till sjukdom. Begreppet tand- eller muntillstånd används därför ibland för att mera neutralt beskriva både hälsa och sjukdom. I detta betänkande används emellertid oftast det traditionella begreppet tandhälsa.

3.1.1 Tandhälsan hos barn och ungdomar

Socialstyrelsen har sedan år 1985 följt utvecklingen hos barn och ungdomar genom sammanställningar av uppgifter från tandvårdshuvudmännen. Följande uppgifter om tandhälsan hos barn och ungdomar har hämtats från Socialstyrelsens meddelandeblad nr 13/97.

Andelen barn som inte har någon karies i det primära bettet (mjölkttänderna) har ökat för 3- och 6-åringar mellan åren 1985 och 1996. Bland 6-åringarna har också den andel som inte har några kariesskador ökat mellan åren 1990 och 1996. Förskolebarnen drabbas numera inte av kariesskador i någon större utsträckning. Det finns dock stora skillnader i kariesförekomsten hos förskolebarnen mellan de olika landstingen. Inom storstadsområdena är tandhälsan mindre god, vilket kan förklaras av att sociala problem är vanligare där och av den större invandringen dit.

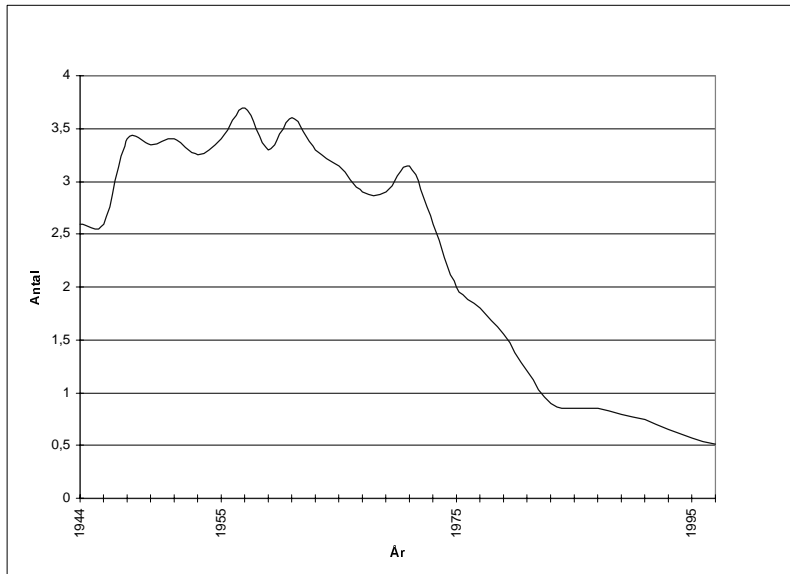
Den procentuella andelen kariesfria 12-åringar har ökat kraftigt mellan åren 1985 och 1995. Medelvärde för antalet kariesskadade och fyllda tänder har samtidigt minskat. På riksnivå uppgick detta medelvärde år 1996 till 1,2 tänder. Målet enligt World Health Organisation (WHO) är högst 2,0 kariesskadade och fyllda tänder år 2000. Sverige har alltså redan uppnått detta internationella mål.

Uppgifterna om 19-åringarna är speciellt intressanta eftersom de visar resultatet av landstingens organiserade vård för barn och ungdomar under 20 år och tillståndet det sista året som behandlingen är avgiftsfri. Medelvärde för antalet kariesskadade och fyllda tänder minskade med närmare fyra tänder mellan åren 1985 och 1996. Andelen individer som är helt kariesfria på tändernas sidoytor (approximalytorna) har ökat med ca 20 procentenheter mellan åren 1985 och 1996. År 1996 var 57 procent av de undersökta 19-åringarna helt kariesfria approximalt. Även andelen individer med många approximala kariesskador har minskat. De approximala skadorna är de som framför allt ger upphov till framtida vårdbehov. Många fyllningar behöver göras om på grund av att nya kariesskador uppkommer i kanten på fyllningarna eller på grund av att fyllningarna går sönder.

Det måste framhållas att vad som i dessa undersökningar anges som karies är s.k. manifest karies, som inte enbart är begränsad till tandens emalj utan även når in i tandbenet (dentinnet) och i allmänhet kräver att en fyllning behöver göras. Primärkaries, som är en ytligare form, har inte registrerats. Även primärkaries kräver behandling.

Ett synbart exempel på hur tandhälsan förbättrats hos skolbarnen sedan 1940-talet är den s.k. Stockholmskurvan i följande figur över antalet nya fyllningar per skolbarn och år.

Antalet nya fyllningar per skolbarn och år i Stockholmsområdet under perioden 1944–1996 (Källa: Tandvårdsstaben, Stockholms läns landsting)



Kurvans utseende torde vara representativt för hela landet även om siffervärdena är olika. Ökningen av antalet fyllningar i slutet på 1940-talet är en följd av att ransoneringarna upphörde och sockerkonsumtionen ökade. Nedgången efter 1950-talet beror på den samlade effekten av utbyggnaden av folktandvården, förbättrade kunskaper om orsaker till karies och hur sjukdomen förebyggs samt kanske allra mest fluorosköljningarna och på senare tid det ökade bruket av fluortandkräm. En ytterligare effekt har även de ändrade kriterierna för när en kariesskada i tanden anses kräva åtgärd med fyllning haft. Numera behandlas ytligare kariesskador oftast med fluorpreparat i stället för med fyllningar.

Förbättringen av tandtillståndet hos barn och ungdomar förväntas fortsätta att om än i långsammare takt än hittills.

3.1.2 Kostnaderna för barn- och ungdomstandvården

Barn- och ungdomstandvården finansieras helt av landstingen. Tidigare utgick statsbidrag för verksamheten, men detta är sedan ca tio år borttaget.

Det är svårt att få en rikstäckande uppgift om kostnaderna för barn- och ungdomstandvården på grund av att redovisningssystemen är olika inom huvudmannaområdena. Stockholms läns landsting har emellertid en detaljerad kostnadsredovisning för olika verksamheter inom tandvården. Med utgångspunkt från denna kan kostnaderna för hela riket uppskattas.

Av redovisningen för Stockholms läns landsting år 1996 framgår, att kostnaderna för barn- och ungdomstandvården under detta år uppgick till omkring 840 kronor per inom länet bosatt person till och med 19 års ålder. Beloppet är enligt uppgift från Landstingsförbundet någorlunda representativt för landet som helhet. Motsvarande uppgifter från alla de senaste 20 åren saknas. Med utgångspunkt från beloppet för år 1996 kan totalkostnaderna per person översiktligt beräknas för hela barn- och ungdomsperioden genom att multiplicera beloppet med 20, dvs. det antal år som barn- och ungdomstandvården omfattat. Den sammanlagda kostnaden blir då omkring 17 000 kronor, räknat i 1996 års penningvärde. Genom besparingar och rationaliseringar under de senare åren har kostnaderna inom alla landsting successivt minskat något från år till år. Det beräknade totalbeloppet torde därför vara lågt uppskattat. I beloppet ingår både allmäntandvård och specialisttandvård. De största kostnaderna för specialisttandvård avser tandreglering. Kostnaden för denna under 20-årsperioden kan uppskattas till drygt 3 000 kronor per individ. Omkring 14 000 kronor har således satsats på att i huvudsak förebygga och behandla kariessjukdomen hos en genomsnittlig 19-åring.

3.1.3 Tandhälsan hos vuxna

Det är betydligt svårare att beskriva tandhälsan och tandhälsoutvecklingen hos vuxna än hos barn och ungdomar. Dels är det inte lika klart vilka mått eller index som är lämpliga, dels finns det få aktuella uppgifter på riksnivå.

Ett mått på hälsa – eller snarare ohälsa – är andelen totalt tandlösa personer i befolkningen. De båda stora tandsjukdomarna karies och tandlossning (parodontit) leder till tandförluster om de inte behandlas i tid och på rätt sätt. Det genomsnittliga antalet kvarvarande tänder i

olika åldrar är också ett mått på tandhälsan, även om det sedan är en annan fråga i vilket skick dessa tänder befinner sig.

Undersökningar på riksnivå

Allmänt sett är tandförluster sällsynta bland yngre vuxna. År 1985 var det genomsnittliga antalet kvarvarande tänder hos 35–39-åringar 26 av 28 möjliga. Visdomständerna medräknades inte. Siffrorna härhör från en undersökning av Richard Håkansson år 1991 (*Tandvårdsvanor och tandstatus bland vuxna i Sverige 1974–1985. Jämförande tvärsnitts- och longitudinella undersökningar*). Det finns inga skäl att anta att personerna i den aktuella åldersgruppen, som nu är 47–51 år, mer än undantagsvis har förlorat någon tand under den gångna tioårsperioden. Gruppen 55–60-åringar hade år 1985 i genomsnitt 15 kvarvarande tänder. Inte heller i den gruppen är det troligt att några stora tandförluster uppstått sedan dess.

När det gäller hur stor andel av tänderna som är försedda med fyllningar eller kronor, visar Håkanssons studie procenttal enligt följande tabell.

Genomsnittlig andel tänder med fyllning eller krona. (Efter Håkansson 1991).

Åldersgrupp	År 1974 procent	År 1985 procent
20–24 år	52,3	33,8
35–39 år	66,2	63,1
55–60 år	66,2	73,8

Tabellen visar att andelen fyllda tänder har minskat kraftigt inom åldersgruppen 20–24 år under de tio åren som studien omfattar. Viss minskning föreligger även inom åldersgruppen 35–39 år medan en klar ökning skett inom åldersgruppen 55–60 år. Detta kan till en del förklaras av att skadade tänder behållits och kommit att ingå i broarbeten i stället för att som tidigare oftare ha tagits bort och ersatts med avtagbara proteser.

Nästan 75 procent av tänderna hos de äldre patienterna är försedda med fyllningar eller kronor. I stor utsträckning kan dessa tänder sitta kvar och fungera livet ut. Men de kräver under tiden en omfattande och ofta dyrbar behandling i form av reparationer, utbyte av fyllningar och protetiska rekonstruktioner för att behålla sin funktion. Omfattande protetiska arbeten behöver oftast göras om efter 10–15 år.

Tänder med fyllningar och kronor kräver också daglig egenvård med munhygieniska åtgärder och fluortillförsel för att inte karies och parodontit skall accelerera och leda till smärtor och tandförluster. För äldre och kroniskt sjuka patienter med nedsatt initiativförmåga och minskad egen förmåga att sköta den dagliga munhygienien ökar risken för skador kraftigt. Detta problem har belysts utförligt i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling*.

Statistiska Centralbyrån (SCB) gör regelbundna undersökningar om levnadsförhållandena (ULF). I ULF mäts tandhälsan vart åttonde år. Som mått på tandhälsa används i ULF avsaknad av egna tänder (tandlöshet), förekomst av enbart egna tänder, nedsatt tuggförmåga samt förekomst av tandprotes och tandimplantat. I *Socialmedicinsk Tidskrift* 1996:6 har Göran Nordström och Hans Sundberg redovisat en jämförelse över tandhälsans utveckling mellan åren 1975 och 1988–1989.

Åren 1988–1989 saknade 6 procent av befolkningen egna tänder, vilket är en halvering sedan år 1975. Trots den kraftiga förbättringen av tandhälsan hos befolkningen i sin helhet så kvarstår de socioekonomiska skillnaderna så gott som oförändrade med något enstaka undantag. Avseende tandlöshet förefaller skillnaderna till och med ha ökat. I gruppen Ej facklärd arbetare minskade andelen tandlösa från 23 procent till 12 procent mellan åren 1975 och 1989, dvs. en minskning till nära hälften. I gruppen Tjänstemän på mellan- och högre nivå minskades andelen tandlösa till mindre än hälften, från 4,5 till 1,8 procent. Vid en regional jämförelse framgår att tandlösheten i storstadsområdena minskat mer än i övriga regioner.

När det däremot gäller förekomsten av enbart egna tänder har arbetarna haft en mer positiv utveckling än tjänstemannagrupperna. Men även om uppgifterna tyder på en betydande utjämning när det gäller detta mått på tandhälsa, är det fortfarande betydande skillnader även i slutet på 1980-talet mellan icke facklärd arbetare och tjänstemän på mellan- och högre nivå. Det har även skett en regional utjämning och särskilt kraftig var förbättringen i regionen Norra glesbygden.

Nedsatt tuggförmåga definieras som att inte alls eller endast med svårighet kunna tugga hårda saker som hårt bröd eller äpple. År 1975 hade 9 procent av befolkningen nedsatt tuggförmåga. Åren 1988–1989 var andelen 6 procent. Den största förbättringen hade skett bland 45-64-åringarna.

Regionala undersökningar

I Jönköping har Anders Hugoson m.fl. under åren 1973, 1983 och 1993 gjort tvärsnittsstudier av tandhälsan hos personer 3–80 år bosatta i Jönköpings kommun.

Antalet tandlösa personer minskade med hälften mellan åren 1973 och 1993 och uppgick då till 8 procent inom åldersgruppen 40–70 år. Medeltalet kvarvarande tänder hade ökat och upp till 50 års ålder var samtliga individer i stort sett fullständigt betandade. Antalet kariesangrepp och fyllningar minskade under 20-årsperioden. En ökning av antalet fyllda tandytor registrerades efter 50 års ålder. Den parodontala hälsan förbättrades under 20-årsperioden. Tandfästet i käkbenet, mätt mellan tänderna hos 40-åringar var år 1993 i nivå med den hos 20-åringar år 1973.

I Dalarna har Erik Uhrbom och Bo Bjerner åren 1983, 1988 och 1993 kartlagt mun- och tandhälsosituationen hos vuxna. De konstaterar att i ett tioårigt perspektiv visar 1993 års resultat mycket stora förbättringar i en storleksordning som torde sakna motsvarighet inom övrig hälso- och sjukvård. Tandvården når också ut bland befolkningen på ett sätt som svarar mot samhällets krav på tillgänglighet. Servicenivån uppfattas som mycket hög av tandvårdens kunder.

Sammanfattningsvis redovisas munhälsoläget för de tre undersökta åldersgrupperna 35, 50 och 65 år på följande sätt.

- *35-åringen* har så gott som samtliga tänder i behåll. Flertalet framtänder är helt olagade. Helt tandlösa personer i denna ålder är extremt sällsynta. Fyllningar förekommer framför allt i sidotänder, ca 75 procent har inga diagnosticerade kariesskador. Enstaka personer har utbredda kariesskador, en procent har grav tandlossning.
- *50-åringen* har nästan alla framtänderna i behåll och de flesta av kindtänderna. 2 procent är helt tandlösa. De tandförsedda har i medeltal 25 tänder kvar. Ca 70 procent har inga diagnosticerade kariesskador. Ett relativt fåtal personer har utbredda kariesskador. Fyllningsterapi är vanligt förekommande i hela bettet men framför allt i sidopartierna. Nära 10 procent har omfattande förlust av tandfäste.
- *65-åringen* har de flesta framtänderna i behåll medan flera tänder förlorats i bettets sidopartier. De tandförsedda har i medeltal 20 tänder. 12 procent är helt tandlösa och partiella, avtagbara proteser finns hos 10 procent. Omfattande fyllningsterapi förekommer hos de flesta. Ca 70 procent har inga diagnosticerade kariesskador. Karies på blottlagda rotytor förekommer om än i låg frekvens. Hos 10 procent förekommer grava förluster av tändernas stödjevävnad.

Arne Halling och Lennart Unell redovisade år 1996 en studie över 50-åringars mun och tandhälsa i Örebro och Östergötlands län år 1992. Syftet med studien var att för 50-åringar belysa mun- och tandstatus, tandvårdsvanor, synen på den egna munhälsan, attityder till tandvård och kostnaden för tandvård. Av resultaten framkom bl.a. att

- majoriteten var nöjda med sina tänder och sin tuggförmåga
- tandlöshet var mycket sällsynt och de flesta hade ett stort antal kvarvarande tänder
- man upplevde sig ha tillgång till god och närbelägen tandvård och 94 procent var nöjda med den tandvård de fått
- var sjunde individ hade haft tandvärk under det senaste året
- befintliga tänder var kraftigt upplagade med olika typer av fyllningsmaterial
- medan hälften av individerna var kariesfria vid senaste tandvårdsbesöket hade var femte individ minst tre tänder som behövde lagas
- fyra av tio hade minst en tand med tandlossning och var åttonde individ hade drabbats av mera omfattande tandlossning
- 50-åringarna går till tandläkaren minst vartannat år
- 37 procent av individerna hade fått amalgamfyllningar det senaste året
- ca 70 procent hade betalt mindre än 1 000 kronor för sin tandvård under år 1992
- tandvårdskostnader över 1 000 kronor var mer än 1,5 gång så vanligt bland rökare som icke-rökare
- 28 procent av männen rökte och 7 procent snusade. Bland kvinnorna var motsvarande siffror 31 procent respektive 0,4 procent.

Undersökarna konstaterade sammanfattningsvis också att tandvärk fortfarande var ett hälsoproblem och att tandhälsotillståndet och upplevelsen av tandhälsan var ojämnt fördelad i befolkningen. Den var sämre för individer med låg utbildning/socialgrupp, ensamstående, invandrare, rökare och dem med nedsatt allmän hälsa.

Sjuka och funktionshindrade

Tandhälsan hos sjuka och funktionshindrade är mindre väl beskriven genom stora urvalsundersökningar. Detta beror på att gruppen är heterogen och att det är svårt att få till stånd de nödvändiga kontakterna och samarbete för att genomföra undersökningarna. Det är därför inte möj-

ligt att ge en bild av tandhälsan med historisk återblick för denna sporadiskt dokumenterade patientgrupp.

Något exempel kan dock lämnas. Gunilla Nordenram redovisar från en konsensuskonferens år 1991 om tandhälsotillståndet hos olika befolkningsgrupper i Sverige att andelen tandlösa inom en geriatriskt institutionsbunden patientgrupp år 1990 var 24 procent (Consensus – Tandhälsotillståndet hos olika befolkningsgrupper i Sverige, Invest-Odont 1991). Uppgifter från Danmark visar liknande andelar. Även inom denna grupp patienter måste man – liksom bland den övriga befolkningen – räkna med att andelen tandlösa har minskat sedan år 1990 och att denna minskning fortsätter.

I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* konstaterades att risken för att en i övrigt fullt frisk person snabbt skall få försämrad tandhälsa är liten. Däremot kan tänderna snabbt och oväntat komma till skada när man blir sjuk eller får ett funktionshinder. Sjukdomarna i sig kan förorsaka skador i munnen. De indirekta följderna kan också vara betydande. Förvirring i ålderdomen minskar förmågan att sköta munhygien. Sjukdomsbehandling med t.ex. strålning mot huvud- och halsregionen samt medicinering mot oro och depression innebär också stora risker för försämrad tandhälsa.

3.2 Tandvårdsefterfrågan hos vuxna

Omkring 90 procent av de vuxna har besökt tandvården under den senaste tvåårsperioden. Under de senaste åren har unga vuxna och låginkomsttagare minskat besöksfrekvensen. Var tredje ålderspensionär med låga inkomster har inte besökt tandvården de senaste två åren.

En majoritet av befolkningen besöker tandvården regelbundet. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten *Efterfrågan på tandvård inom vuxentandvården under perioden 1990–1995* att några stora förändringar i tandvårdskonsumtionen inte ägt rum under åren 1990–1994. Enligt rapporten finns det dock tendenser till att arbetslöshet och knappa ekonomiska resurser fått en allt större betydelse för om tandvårdsbesök sker eller inte. Under år 1995 antyds ett trenderbrott. Socialstyrelsen finner att konsumtionsmönstret ändrats under detta år vad avser såväl antal patienter som mängden efterfrågad tandvård och typ av tandvård. Arbetslöshet och knappa ekonomiska resurser har nu fått till följd att människor, framför allt i de yngre åldersgrupperna, i minskande omfattning söker tandvård. Många patienter skjuter upp de regelbundna

kontrollerna och angelägen vård avböjs eller ersätts med billigare alternativ. I vilken utsträckning det föreligger ett samband mellan ökade patientavgifter i tandvårdsförsäkringen under framför allt år 1995 och de påvisade förändringarna av tandvårdskonsumtionen, anser sig Socialstyrelsen inte fått något entydigt belägg för. För övrigt konstateras att stora förändringar har skett i samhället innebärande bl.a. ökande egenavgifter för läkarvård och läkemedel och att detta givetvis också påverkar konsumtionen av tandvård.

I följande tabell från SCB:s ULF-undersökningar visas hur stor andel av befolkningen som fått tandvård under de senaste två åren. Undersökningen omfattar endast direktintervjuade personer med eget boende.

Procentuell andel av befolkningen med tandvård under de senaste två åren.

(Källa: SCB:s ULF-undersökningar).

Ålder	År 1990 Procent	År 1995 Procent
25-34	90,4	87,7
35-44	93,1	91,4
45-54	90,8	93,2
55-64	85,3	90,8
65-74	75,6	79,5
Totalt	87,9	89,1

För både år 1990 och år 1995 visar det sig att en mycket hög andel, nära 90 procent, av de vuxna uppgett att de besökt tandvården under de senaste två åren. En liten ökning noteras mellan de båda åren i totalmaterialet. Det tycks dock ha skett en minskning i besöksfrekvensen i de yngre åldrarna. Skillnaderna mellan de båda åren är dock små. Arbetslösa män och personer med små ekonomiska resurser uppger i större utsträckning än andra att de inte besökt tandvården under en tvåårsperiod.

Arbetslöshetens konsekvenser har studerats i ett forskningsprojekt vid Lunds Universitet och Centrum för folkhälsoforskning i Karlstad. Drygt 1 200 arbetslösa svarade på frågor om bland annat tandtillstånd och tandvårdsvanor. 26 procent ansåg sig ha sämre tandhälsa än andra jämnåriga. 57 procent sade sig ha avstått från tandläkarbesök en eller flera gånger på grund av att de inte haft råd med besöken. Personer under 50 år hade i dubbelt så hög grad som de äldre avstått från tand-

läkarbesök av detta skäl. Däremot skilde sig inte 20–29-åringarna från 30–49-åringarna.

Sveriges Tandläkarförbund har tillsammans med Dentallaboratoriernas Riksförening och Föreningen Svensk Dentalhandel i samarbete med Eureka Research låtit genomföra en undersökning om svenska folkets attityder till tandvården (Attityder till tandvård bland Sveriges befolkning 1997. Eureka Research i Stockholm maj 1997). En liknande studie genomfördes år 1994. 1 000 slumpmässigt utvalda personer intervjuades. Studien visade att 86 procent kontrollerade sina tänder regelbundet och att de skulle fortsätta att göra detta även om statens subventioner till tandvården försämras. En förändring iaktogs dock hos låginkomsttagare och unga vuxna upp till 29 år. Denna grupp visade sig i större utsträckning än tidigare och mer än andra grupper ha minskat prioriteringen av ner tandläkarbesöken. Personerna i gruppen uppgav att de i än mindre utsträckning skulle besöka tandvården om subventionssystemet försämrades.

Mot bakgrund av det i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* föreslagna stödet till kontrollbesök för personer under 25 år, tillfrågades även personerna upp till 24 år om hur ett sådant stöd skulle påverka dem. En majoritet uppger att de skulle fortsätta att gå till tandläkaren lika ofta som förut, oberoende av bidrag. 32 procent uppgav att de skulle gå på kontroll endast om de fick bidrag.

Andelen vuxna personer som går till tandläkaren för kontroll en gång per år eller mer har sjunkit något sedan år 1994, även om en stor majoritet varken skjutit upp eller helt avstått från behandling av kostnadsskäl. I studien konstateras att även om de allra flesta regelbundet besöker tandvården, har frekvensen för dessa regelbundna besök minskat en aning mellan åren 1994 och 1997, dvs. revisionsintervallen har förlängts. Bland påverkansfaktorerna för att av kostnadsskäl skjuta upp behandling eller avstå är inkomsten en tydlig sådan. I de tre lägsta inkomstgrupperna, upp till 201 000 kronor i årlig inkomst per hushåll, har andelen som avstått eller skjutit upp behandling ökat från 21 procent år 1994 till 39 procent år 1997. I den allra lägsta gruppen med inkomst upp till 100 000 kronor har 36 procent skjutit upp behandling och 10 procent helt avstått av kostnadsskäl. Åldern är en annan påverkansfaktor. I åldersgruppen 20–24 år uppger 41 procent att de någon gång skjutit upp behandling av kostnadsskäl. Medelålders och äldre har i mindre utsträckning skjutit upp besöken.

De genomsnittliga årliga utgifterna för tandvård har ökat något mellan åren 1994 och 1997 och ligger nu enligt studien i intervallet 501–1000 kronor.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har i sin rapport *Studie av situationen för ålderspensionärer med låga inkomster* (1997:9) även

berört tandvårdskonsumtionen. Uppgifterna kommer från en specialbehandling av ULF-undersökningarna åren 1990–1995.

Enligt rapporten finns det inget som tyder på att pensionärer med låga inkomster – som genomsnittligt har något sämre hälsa än den med högre inkomster – skulle ha tätare läkarkontakter.

Vad som däremot skiljer sig markant beroende på inkomst är tandvårdskonsumtionen. Det finns enligt rapporten en uppenbar risk att tandhygienien eftersätts bland låginkomsttagare. Var tredje ålderspensionär med låga inkomster hade inte besökt tandläkare de senaste två åren. Motsvarande andel bland pensionärer med inkomster över 100 000 kronor var 16 procent. I den högsta inkomstgruppen var det bara ca fem procent som inte hade besökt tandläkare under de senaste två åren.

Fyrlandstingsstudien

Socialstyrelsen har tillsammans med folktandvårdsorganisationerna i Hallands, Kalmar, Norrbottens och Stockholms läns landsting gett SCB i uppdrag att genomföra en intervjuundersökning om tandhälsa, tandvårdsbesök, tandvårdskostnader och betalningsvillighet för tandvård. Målgruppen var personer i åldrarna 20–65 år bosatta i de deltagande landstingen. Intervjuerna genomfördes under september månad 1997. Urvalets storlek var 2 000 individer, 500 i varje landsting. Svarsfrekvensen uppgick till 82 procent.

Av de intervjuade uppgav åtta procent att de var arbetslösa. Inom den gruppen hade fyra procent erhållit socialbidrag under senaste året och av dessa hade 28 procent fått bidrag för tandvård.

På en fråga om senaste besöket hos tandläkare svarade 70 procent att de besökt tandläkare för mindre än ett år sedan. Ytterligare 18 procent angav att besöket skett för mellan ett och två år sedan. Detta innebär att under en tvåårsperiod hade 88 procent besökt tandläkare. Räknat på besök under en tvåårsperiod fanns det ingen skillnad mellan åldersgrupperna 20–29 år och 30–65 år. Däremot var andelen med besök under en tvåårsperiod klart lägre bland dem som uppgett att de var arbetslösa respektive att de hade erhållit socialbidrag. Likaså var andelen som hade gjort tandläkarbesök under en tvåårsperiod lägre bland dem som uppgett den lägsta hushållsinkomsten jämfört med dem som uppgett en hög hushållsinkomst om 335 000 kronor eller mer.

Av de intervjuade uppgav 34 procent att de besökt tandhygienist under den senaste tvåårsperioden. 42 procent hade aldrig besökt en tandhygienist. Andelen med hygienistbesök under en tvåårsperiod var högst i åldrarna över 50 år.

I fråga om tandstatus hade 92 procent enbart egna tänder. De flesta (80 %) var nöjda med utseendet på sina tänder och 92 procent ansåg sig kunna tugga hårda saker som hårt bröd eller äpple.

Under de senaste tolv månaderna hade 30 procent av de intervjuade inte haft någon kostnad för tandvård. Av dem som uppgav sig ha haft sådan kostnad hade 65 procent betalt högst 1 000 kronor. 85 procent av de personer som haft kostnad för tandvård under de senaste 12 månaderna hade betalt upp till 2 000 kronor. I åldrarna över 40 år var tandvårdskostnaderna något högre jämfört med övriga åldrar. Några större skillnader i tandvårdskostnaderna kunde inte urskiljas i förhållande till hushållsinkomsten.

Närmare en fjärdedel av de intervjuade ansåg sig inte ha råd med den tandvård de själva tyckte sig behöva. Denna grupp hade högre tandvårdsutgifter än den grupp som ansåg sig ha råd med den tandvård de själva tyckte sig behöva. De som inte ansåg sig ha råd hade färre tandläkarbesök under ett år och var i större utsträckning missnöjda med utseendet på sina tänder jämfört med gruppen som ansåg sig ha råd. Ca 75 procent av de intervjuade tyckte att tandvård är dyrt jämfört med andra utgifter. Utgifterna specificerades dock inte.

Ett antal frågor ställdes om de intervjuades betalningsvillighet för olika tandbehandlingar. Den första frågan gällde årlig undersökning inklusive diverse förebyggande åtgärder. 78 procent av de tillfrågade var beredda att betala 350 kronor medan 20 procent ville betala mindre än 350 kr. En uppdelning efter ålder visade att personer i åldrarna 20–29 år i större utsträckning (39 %) än i andra åldersgrupper inte var beredda att betala 350 kronor för en undersökning. I förhållande till hushållsinkomst visade det sig att de med den lägsta inkomsten i högre utsträckning än andra inte var beredda att betala den angivna kostnaden för undersökning.

En annan fråga som ställdes till intervjuade i åldrarna 20–35 år var hur mycket man var beredd att betala för en fyllning i en framtand. Ungefär 60 procent var beredda att betala 650 kronor eller mer medan ca 40 procent svarade att man inte ville betala detta belopp. Drygt 60 procent i den grupp som inte ansåg sig ha råd med den tandvård de ansåg sig behöva ville betala mindre än 650 kronor. En högre andel mindre betalningsvilliga personer återfanns i gruppen med de lägsta hushållsinkomsterna jämfört med gruppen med de högsta hushållsinkomsterna.

Till personer i åldrarna 36–50 år ställdes en fråga om man var villig att betala 6 500 kronor för behandling med tandbrygga för att täcka en synlig lucka i tandraden. 42 procent ansåg sig beredda att betala 6 500 kronor eller mer, men 56 procent inte var beredda att betala så mycket. En klart högre andel nej-svar återfanns i gruppen som inte ansåg sig ha

råd med den tandvård de behövde (79 %) liksom i gruppen med den lägsta hushållsinkomsten (68 %).

Den sista frågan om betalningsvilligheten riktades till personer i åldrarna 51–65 år. Den gällde fyra timmars behandling av tandhygienist för tandlossning med risk att annars tappa en eller flera tänder. Kostnaden beräknades till 1 400 kronor. Denna kostnad var 83 procent beredda att betala medan 14 procent svarade nej. Andelen nej-svar blev högre i gruppen som inte ansåg sig ha råd med den tandvård de behövde (24 %) liksom i gruppen med den lägsta hushållsinkomsten (32 %).

3.3 Tandvårdsförsäkringens effekt på tandhälsa och tandvårdsefterfrågan

Det är svårt att se tydliga samband mellan tandvårdsförsäkringen och den förbättrade tandhälsan. Tandvårdsförsäkringen har dock möjliggjort en tandvård med hög teknisk standard i Sverige. Det är heller inte entydigt att de försämrade villkoren i tandvårdsförsäkringen orsakat den minskade efterfrågan på tandvård.

En berättigad fråga är i vilken utsträckning tandvårdsförsäkringen bidragit till den allmänt sett goda tandhälsan hos de vuxna och till att befolkningen så regelbundet besöker tandvården.

Det finns inte någon svensk forskning inom området, som kan ge svar på frågan. I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* gör professorn i samhällsodontologi vid Universitetet i Oslo, Dorthe Holst, en jämförelse mellan Norge och Sverige när det gäller tandhälsa och efterfrågan på tandvård. Norge har inte som Sverige haft en allmän tandvårdsförsäkring. Holst konstaterar att det tycks vara liten skillnad i tandhälsan mellan de båda länderna, uttryckt i de grova mått som tandlöshet och antal kvarvarande tänder utgör. Inte heller när det gäller besök hos tandvården tycks det vara några stora skillnader mellan länderna. Av den norska vuxna befolkningen anger 75 procent att de besökt tandvården under det senaste året.

Dorthe Holst hänvisar också till en norsk undersökning som visar vilka samband som finns mellan den totala konsumtionen och utgifterna för tandvård. Undersökningen pekar på förklaringsfaktorer till dessa samband såsom antal tänder, ålder, familjestorlek, kön, restid till tandläkaren och hushållens inkomst. Äldre personer har högre utgifter för tandvård. Detta har sin naturliga förklaring i att reparationsbehovet

ökar med stigande ålder. När man väl gått till tandläkaren syns inte hushållens inkomst ha någon betydelse för hur mycket pengar man lägger på tandvård. I varje fall finns det inga skillnader som kommer till uttryck i undersökningar som omfattar ett slumpmässigt urval ur befolkningen. Det antal personer som får en mycket kostsam behandling är så litet att det inte fångas upp i en urvalsundersökning.

Holst konstaterar att inkomstskillnaderna mellan hushållen varit relativt små i Norge jämfört med andra västländer. Hon anser att från en välfärdsteoretisk synpunkt är resultatet av undersökningarna över tandvårdskonsumtionen uppmuntrande. En politik med huvudvikten lagd på att utjämna inkomstskillnaderna i befolkningen kan vara en viktig orsak till att sambanden mellan inkomster och efterfrågan/konsumtion av tandvård är så svaga.

Holst anser att det finns grund att anta att den svenska tandvårdsförsäkringen har gett tandvårdspersonalen anledning att erbjuda patienterna en reparativ tandbehandling med en hög teknisk standard och att befolkningen också satt värde på behandlingen. Hon konstaterar emellertid att den fråga som återstår att besvara är om samhällets kostnader för tandvårdsförsäkringen svarar mot nyttan och de uppnådda hälsoresultaten.

Professorn i samhällsodontologi vid University College i London, Aubrey Sheiham, har i en intervju i *Tandläkartidningen* nr 13:1997 uttalat sig om den internationella och den svenska tandvården efter en studieresa i de nordiska länderna. Han konstaterar att tandhälsan har förbättrats kraftigt sedan 1970-talet, men anser att det bara till en del är tandvårdens förtjänst. Den främsta faktorn bakom den förbättrade tandhälsan är enligt Sheiham att fluortandkrämen blivit allmänt spridd.

Sheiham ser tandhälsan som en del av den allmänna hälsan. Han hävdar att förändringar i samhället såsom ökad jämlikhet, ökad andel kvinnor i arbetskraften och ökad utbildningsnivå hos kvinnor har spelat den största rollen för att förbättra hälsan. Ett av de viktigaste bidragen till förbättrad hälsa i Sverige är den politik som förts för att minska inkomstspridningen. Sheiham refererar till en studie han själv deltagit i som gällde varför förekomsten av karies minskat. Forskarna jämförde kariesförekomsten hos de tio procent av befolkningen som tjänade mest respektive minst. I Sverige var skillnaden mellan de båda grupperna liten i jämförelse med andra länder.

Den minskade efterfrågan på tandvård som redovisats i Tandläkarförbundets med fleras Eureka-undersökning och Socialstyrelsens med fleras undersökning om bl.a. efterfrågan och betalningsvillighet, torde till en del kunna förklaras av de höjningar av egenavgifterna i tandvårdsförsäkringen, som successivt gjorts. De allmänna försäkringarna av privatekonomin som många medborgare fått kännas vid under de

senaste åren torde också ha bidragit till att efterfrågan på tandvård minskat. För grupper som redan tidigare hade svag ekonomi, har påfrestningarna blivit allt större, vilket bl.a. lett till att nödvändig tandvård skjutits upp. Handikapporganisationerna framhåller i olika sammanhang att långvarigt sjuka och funktionshindrade ofta generellt sett har en svag ekonomi och att de minskade subventionerna inom tandvården därför blivit särskilt kännbara. Då betydelsen av en god munstatus ofta är extra stor för de berörda grupperna, blir effekterna av utebliven tandvård än större.

3.4 Målet för tandvården

Utgångspunkten för tandvårdsförsäkringen då den infördes år 1974 var att den skulle gälla alla vuxna och omfatta alla slags behandlingar. Alla fick då också ersättning från försäkringen vid tandvård. Från och med den 1 oktober 1997 beräknas endast cirka 20 procent av dem som besöker tandvården under ett år få stöd från försäkringen.

Målet för tandvården anges i 2 § tandvårdslagen (1985:125) och är en *god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen*.

Målet för den nuvarande tandvårdsförsäkringen formulerades redan i direktiven till 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring. Där angavs syftet vara att *genom försäkringen göra en god tandvård tillgänglig för alla till en för alla medborgare överkomlig kostnad*. I proposition 1973:45 med förslag till en allmän tandvårdsförsäkring anförde departementschefen följande: *Utgångspunkten för försäkringsreformen bör vara att tandvårdsförsäkringen skall gälla alla vuxna och omfatta alla slags behandlingar*.

Tidigare i detta kapitel har det redovisats att grupper av medborgare med svag ekonomi avstår från tandläkarbesök eller från rekommenderade behandlingar på grund av de förväntade kostnaderna. De tidigare uppsatta målen tycks inte längre gå att uppfylla. Det har därför ifrågasatts om inte tandvårdsförsäkringen bör ändras så att den bättre överensstämmer med det ursprungligen angivna syftet eller om syftet inte bör ändras så att det bättre överensstämmer med de ekonomiska resurser, som kan beräknas stå till förfogande för tandvårdsförsäkringen.

Med utgångspunkt från förslag i betänkandet *Allmän tandvårdsförsäkring* (SOU 1972:81) utformades försäkringen från början så att den subventionerade tandvården åt alla medborgare från den första debite-

rade kronan i tandläkararvodet. Någon självrisk fanns inte. Högkostnadsskyddet trädde in redan på en låg nivå och vissa åtgärder såsom förebyggande vård och behandling med helprotes hade en förhöjd subvention.

Statsfinansiella skäl har gjort att beloppsgränserna när försäkringsersättningen träder in har höjts och subventionsnivåerna har sänkts efter år 1978. En självrisk för patienterna infördes i tandvårdsförsäkringen under år 1994. Den 1 oktober 1997 höjdes självriskan till 1 300 kronor. RFV uppskattar att på grund härav kommer omkring 80 procent av patienterna som behandlas under ett år inte att få någon tandvårdsersättning från försäkringen, utan de får helt och hållet själva bekosta sin tandvård. En allt mindre andel av befolkningen har genom åren fått ekonomiskt stöd för sin tandvård genom försäkringen och stödet har blivit allt mindre.

3.5 Ersättningssystemets effekter

Ett system som ger vårdgivaren betalt per utförd åtgärd stimulerar till utförandet av många åtgärder till låg kostnad, dvs till en hög produktivitet. Men målet bör också vara att ersättningssystemet skall ge goda hälsoeffekter, dvs. ha en hög effektivitet

Alla ersättningssystem påverkar på ett eller annat sätt omfattningen och inriktningen på den tandvård som blir utförd. Direktiven till denna utredning anger inte tydligt vilka mål det skall finnas för ett ersättningssystem. Det anges dock att det nuvarande systemet med ersättning efter utförda åtgärder tillkom i en tid med stora tandvårdsbehov. Ersättning efter åtgärd fungerar i stor utsträckning som ett ackord – ju fler åtgärder som utförs, desto större blir intäkten för vårdgivaren. Detta stimulerar till en ökad *produktivitet* genom att personal, lokaler och utrustning kan utnyttjas bättre.

Vid fastställandet av en åtgärdstaxa sätts priserna för de olika åtgärderna efter en uppskattning av arbetsinsatser och övriga kostnader. Även om avsikten är att åstadkomma en neutral taxa som inte är vårdstyrande, dvs. lönsamheten för vårdgivaren skall vara densamma vid utförandet av de olika åtgärderna, är det i praktiken inte möjligt att fullt ut nå detta syfte. Vissa åtgärder kommer att betala sig bättre än andra att utföra och inget säger att just de åtgärder som ekonomiskt favoriseras leder till bättre hälsa för patienten. En utgångspunkt är antagandet att vårdgivaren har som mål att maximera sin vinst. Detta är emellertid inte den enda utgångspunkten. Etiska regler hos vårdgivarna gör t.ex.

att patientens intressen bör sättas i första rummet. I vilken utsträckning de ekonomiska incitamenten och de etiska reglerna styr den behandling som blir utförd, går inte att med säkerhet fastställa.

I grunden leder emellertid ett system som bygger på ersättning per åtgärd till ökad produktion av åtgärder och därigenom även till minskad möjlighet för finansären, dvs. staten, att ha kontroll över kostnaderna.

Ett ersättningssystem skall inte enbart stimulera till att vården ges med hög produktivitet. Den bör också bidra till att vården ges på ett ändamålsenligt sätt och ge goda hälsoeffekter för patienten. Ett ersättningssystem bör alltså även leda till hög *effektivitet* dvs. en hög grad av måluppfyllelse.

Nackdelar av annat slag är att en åtgärdstaxa kräver detaljerade bestämmelser med tolkningssvårigheter eller felaktig användning som följd. Detta föder i sin tur ett behov av detaljadministration och detaljkontroll. Slutligen är en sådan taxa till sin natur konserverande och mindre ägnad att främja utveckling av verksamheten.

3.6 Tillgången på tandvårdspersonal

År 2010 kommer det att finnas nära 2 000 färre yrkesverksamma tandläkare än i dag. Antalet är under vissa förutsättningar tillräckligt. En viktig förutsättning är att tandläkarna koncentrerar sin verksamhet till sådant som enbart de kan utföra och att tandhygienister och tandsköterskor utför det som deras respektive kompetens medger.

År 1995 fanns det omkring 8 900 yrkesverksamma tandläkare och omkring 2 100 tandhygienister i landet enligt uppgift i rapporten *Tandhygienisternas framtida uppgifter och kompetens* (Socialstyrelsen, augusti 1997). Antalet tandsköterskor uppgår till omkring 13 000 enligt uppgift från Tjänstemannaförbundet HTF. Antalet yrkesverksamma tandläkare har under de senaste åren minskat med omkring 150 per år och antalet tandhygienister har ökat med 40–50 per år. Socialstyrelsen anser att denna utveckling torde komma att bestå med utgångspunkt i åldersfördelningen inom yrkesgrupperna och den utbildningskapacitet som idag gäller för utbildningen av tandläkare och tandhygienister. Regeringen har i budgetpropositionen för år 1998 bedömt att antalet årligen examinerade inom tandläkarutbildningen på sikt bör minska med 20. År 2010 förväntas antalet yrkesverksamma tandläkare ha minskat till omkring 7 000.

Tandläkarresurserna är ojämnt fördelade över landet. Storstadsområdena Stockholms län, Göteborgs- och Bohuslän samt dåvarande Malmöhus län hade år 1996 omkring en yrkesverksam tandläkare per 810 invånare. I övriga landet var antalet invånare ungefär 1 030 per yrkesverksam tandläkare. Siffrorna är ungefärliga beroende på att underlagen från Landstingsförbundet och RFV inte är helt likformiga.

Kostnaden för tandvårdsförsäkringen för den vuxna befolkningen varierar också mellan storstadsområdena och landet i övrigt. Kostnaden för tandvårdsförsäkringen var år 1996 i storstadsområdena 453 kronor per invånare 20 år och äldre, medan motsvarande belopp för landet i övrigt var 310 kronor. För Norrland var beloppet 298 kronor.

Flera förklaringar har angetts till skillnaderna i försäkringskostnader. Tandläkarna har en tendens att efter utbildningen bosätta sig på utbildningsorterna. Befolkningen i storstadsområdena anses ha högre förväntningar och krav och på utseende och komfort när det gäller tänder och protetiska ersättningar. Den har också bättre ekonomiska möjligheter att tillgodose sina önskemål. Detta leder till större *efterfrågan* på tandvård. En annan förklaring kan vara att den större tillgången på tandläkare medför ett större *utbud* av tandvård. Genom att antalet patienter per tandläkare då blir mindre får tandläkaren ett skäl att söka utföra mera vård. Dyrare tekniska lösningar kan väljas i stället för billigare. Även om patienterna blir allt mer medvetna och ifrågasättande är deras möjligheter att själva bedöma sitt behov av tandvård förhållandevis små, om man undantar den vård som behövs för att åtgärda synliga skador och smärta. Det finns också skillnader i *tandtillståndet*. Andelen personer som saknar egna tänder är större i Norrland.

En bidragande orsak till att tandläkare hellre utför en reparativ åtgärd än avvaktar skadeutvecklingen är att tandläkarutbildningen – åtminstone tidigare, då flertalet av dagens yrkesverksamma tandläkare fick sin utbildning – var inriktad på att uppnå ett perfekt resultat i behandlingen av alla patienter. Det kan också finnas en "rädsla" för att Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd skall kritisera tandläkaren om inte all behandling som går att utföra också blir utförd eller åtminstone erbjuds patienten.

De flesta bedömare är överens om att det minskade antalet tandläkare räcker till för att tillgodose behovet av tandvård i Sverige under överskådlig tid på 2000-talet under förutsättning att

- tandhälsan fortsätter att förbättras
- behovet och utbudet av tandvård minskar
- tandläkarna är geografiskt fördelade över landet i förhållande till
- vårdbehovet
- tandhygienisternas och tandsköterskornas kompetens utnyttjas
- tandvårdslokalerna är ändamålsenliga så att teamarbete underlättas.

I Socialstyrelsens rapport anføres beträffande tandvårdsförsäkringens utformning att den hittills inte direkt stimulerat patienterna till att besöka tandhygienister för regelbunden tandvård. Orsaken härtill anges vara att det inte framgår av patientversionen av tandvårdstaxan att kostnaden för besök hos och behandling av tandhygienist är betydligt lägre än vad motsvarande behandling kostar hos tandläkare. Vidare framhålls att tandhygienisterna inte är anslutna till tandvårdsförsäkringen vilket försvårar deras möjlighet att öppna egen mottagning.

3.7 Osäkerhet om framtiden

Tandvårdsförsäkringens ersättningsregler har ändrats tio gånger sedan år 1974. Många förslag till större principiella förändringar i ersättningssystemet har tagits fram men i riksdagen har inte beslutat i enlighet med förslagen. Osäkerheten om framtiden har skapat stagnation i tandvårdsbranschen.

Sedan tandvårdsförsäkringen infördes år 1974 har ersättningsreglerna förändrats tio gånger, senast den 1 oktober 1997. Alla ändringar har rört sänkningar av subventionerna. Den näst senaste, som skedde den 15 oktober 1996, innebar dessutom en kraftig förändring av åtgärds-taxans konstruktion så att antalet debiterbara behandlingsåtgärder i taxan minskades från ca 140 till omkring 40. Den särskilda taxan för tandtekniska arbeten togs bort. Arvodet för tandtekniskt arbete och material inarbetades i tandläkararvodet. Det arvode tandläkaren skall betala för det tandtekniska arbetet blir resultatet av en prisförhandling mellan tandläkare och tandtekniker. Arvodena konstruerades också så, att de ersatte arbetet enligt principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå.

Flera olika utredningar har genomförts och propositioner med betydande förändringsförslag har förelagts riksdagen. Detta har dock inte lett till några förändringar när det gäller tandvårdsförsäkringens principiella uppbyggnad. De ständiga förändringarna av ersättningsreglerna och de många förslagen om att förändra tandvårdsförsäkringen har

emellertid skapat en stor osäkerhet både hos patienterna och inom tandvårdsbranschen när det gäller framtiden. Osäkerheten leder bl.a. till att patienterna inte kan förutse kostnaderna för att tillgodose sitt tandvårdsbehov och att förändrings- och utvecklingsbenägenheten inom branschen blir liten.

Inte minst inom tandteknikerbranschen har detta blivit tydligt och påverkat investeringsviljan och kompetensutvecklingen. Dentallaboratoriernas Riksförening har redovisat att omsättningen hos laboratorierna successivt har sjunkit något under perioden 1992–1996. Mellan enstaka år är emellertid variationerna stora – mellan åren 1994 och 1995 sjönk t.ex. omsättningen med omkring tio procent. Det finns också en överetablering inom branschen. Det förbättrade tandtillståndet hos befolkningen har också lett till ett minskat behov av protetiska arbeten som kräver tandteknikermedverkan.

Även Praktikertjänst AB, som har omkring hälften av de yrkesverkssamma privattandläkarna anställda, redovisar en mycket låg investeringstakt och anger som orsak de minskande försäkringssubventionerna till tandvården och osäkerheten om framtiden. Praktikertjänst uppger sig nu ha den lägsta investeringstakten sedan år 1973 i en tid när det enligt bolaget föreligger ett stort behov av omstrukturering i tandvården.

Föreningen Svensk Dentalhandel, som är en branschorganisation för de företag som är leverantörer av utrustning och material till svensk tandvård, påpekar att de ständiga förändringarna av ersättningsreglerna leder till komplicerade anpassningsproblem för tandvården med ansevärliga kostnader för varje omställning. Vad branschen sägs behöva är långsiktigt hållbara och tydliga spelregler så att långtidsplanering kan kombineras med den alltid nödvändiga förmågan att kunna korttidsparera.

3.8 Arvodesnivån

Tandvårdstaxans arvodesnivå påstås inte ha utvecklats i takt med kostnadsökningarna inom branschen. Detta sägs ha lett till minskade investeringar i lokaler, utrustning och personalutveckling. Någon priskonkurrens, som ger en bild av de verkliga kostnaderna för att bedriva tandvård, har emellertid inte funnits.

Från och med den 1 oktober 1997 är tandvårdstaxans timarvode för tandläkare 723 kronor per timme. Arvodet skall täcka fasta och rörliga kostnader, bland annat för personal, samt tandläkarens lön. Det är

emellertid endast för ett fåtal åtgärder som arvodering efter tidsåtgång tillämpas. Vanligtvis anges arvodet som ett högsta krontalsbelopp, som får debiteras för en viss åtgärd. Dessa belopp fastställdes ursprungligen utifrån en timkostnad och en beräknad genomsnittlig tidsåtgång för respektive åtgärd. Kostnaderna för tandtekniskt arbete tillkom. Det eftersträvades att vårdgivaren skulle få samma genomsnittliga ersättning per timme oavsett vilken behandlingsåtgärd som utfördes. Taxan skulle vara "neutral" och inte vårdstyrande. I dagens tandvårdstaxa, där även kostnaderna för tandtekniskt arbete ingår i arvodesbeloppen och där det finns en spännvidd i fråga om detaljer i åtgärdernas innehåll, är sambandet mellan timkostnad och arvode inte lika klart som tidigare.

Såväl Landstingsförbundet som Sveriges Privattandläkarförening har i många sammanhang framfört att arvodesnivån är för låg och att den inte speglar de faktiska kostnaderna i verksamheten. RFV, som föreslår regeringen hur tandvårdstaxan skall utformas, tillämpar en kalkylmodell för kostnadsberäkningar som ursprungligen grundas på en omkostnadsundersökning från år 1985. Kritik mot kalkylmodellen har framförts. RFV har också aviserat sin avsikt att se över modellen.

Vilka konsekvenserna har blivit av den tillämpade arvodesnivån går inte helt att klarlägga. Vissa faktiska siffror kan läggas fram men i övrigt får sannolika konsekvenser beskrivas. Minskade investeringar, ökad arbetsintensitet med psykisk press på personalen och minskade satsningar på fortbildning och kompetensutveckling har angetts vara följderna av den otillräckliga lönsamheten inom tandvården. Vidare redovisar flera folk tandvårdsorganisationer öppet ett underskott i den allmänna vuxentandvården. Detta har inte kunnat kompenseras med ökad vårdproduktion, eftersom man tillämpar som verksamhetsidé att minimera vårdkonsumtionen och därigenom minska de enskilda patienternas och tandvårdsförsäkringens kostnader. Kostnaderna för verksamheten har inte heller kunnat minskas så mycket som skulle ha varit nödvändigt för att svara mot intäkterna enligt tandvårdstaxan.

Som jämförelse med tandvårdstaxans arvodesnivå för tandläkare på 723 kronor per timme kan nämnas nivåerna i två andra statligt reglerade taxor. Lantmäritaxan (1971:1101) anger en tidersättning för anlåtande av tjänsteman med en månadslön över 19 000 kronor (t.ex. en lantmätare) på 630 kronor. För "hantlangning" är ersättningen lägst 300 kronor per timme. När "stereofotogrammetiskt instrument" eller annan särskilt dyrbar utrustning används, skall särskild ersättning betalas. För ersättning till offentlig försvarare i domstolar fastställer regeringen en taxa som är baserad på en timkostnadsnorm. Från och med den 1 januari 1997 är timkostnadsnormen 803 kronor. Särskild ersättning kan utgå för onormalt stora kostnader för telefon, kopiering

m.m. Även detta belopp är således större än vad regeringen fastställt för tandläkares timersättning.

De verkliga kostnaderna för att bedriva tandvård kommer emellertid inte fram genom omkostnadsundersökningar eller liknande. Först i en konkurrenssituation där priserna är ett konkurrensmedel ges en riktig bild av vårdgivarnas kostnader.

3.9 Konkurrensförhållandena

Villkoren för privat och offentligt driven tandvård är delvis olika. Detta skapar ojämna konkurrensförhållanden.

En principiell utgångspunkt är enligt Konkurrensverket att de fördelar som konkurrens- och marknadslösningar kan medföra i form av bl.a. ökad valfrihet och effektivare resursutnyttjande så långt som möjligt bör tas till vara även på sådana områden som det allmänna funnit anledning att reglera. Av detta följer att regleringar inte bör begränsa konkurrensen mer än vad som är nödvändigt för att skydda de intressen som motiverar regleringen. Konkurrensverket har år 1993 belyst de speciella problemen inom tandvården i rapporten *Konkurrens i tandvården*.

De ekonomiska villkor som gäller för den som offentlig förvaltning drivna folktandvården och de privata tandvårdsföretagen är delvis olika. Flera av dessa skillnader beror på statliga regler. Folktandvården har fördel av t.ex. mervärdesskattereglerna samt skall ha bidrag från landstingen för specialisttandvård. Folktandvården kan också få bidrag från landstingen för att följa en verksamhetsidé, som inte är den företagsekonomiskt mest lönsamma. Folktandvården har dock andra krav på sig t.ex. när det gäller lokalisering av mottagningar i glesbygd och skyldighet att ta hand om alla som söker vård. Privata tandvårdsföretag har i vissa fall fördel av lägre arbetsgivaravgift och av att ha mindre offentlig insyn i verksamheten.

Flertalet landsting låter den i egen regi drivna folktandvården utföra all den barn- och ungdomstandvård som landstingen har ansvar för. Detta medför att när patienten blir 20 år och landstingets uppsökande ansvar upphör, blir det naturligt för många av de unga vuxna att fortsätta att söka vård hos folktandvården. Härigenom får privattandvården svårare att rekrytera unga patienter och därmed också svårt att ersätta de äldre patienter som går ur tiden.

En ändring i tandvårdslagen år 1992 gav dock landstingen möjlighet att anlita annan vårdgivare än folktandvården för att utföra den tand-

vård landstingen har ansvar för. Även inom tandvårdsförsäkringen har förändringar genomförts under senare år i syfte att utjämna konkurrensförhållandena. Reglerna för utfärdande av tandvårdsräkningar, för utbetalning av försäkringsersättning och för förhandsprövningar har blivit mera lika. I direktiven till utredningen anges också att försäkringen i framtiden så långt det är möjligt bör ge konkurrensneutralitet mellan offentlig och privat tandvård.

Sveriges Privattandläkarförening har i september 1997 anmält svenska staten till Europeiska Gemenskapernas Kommission och begärt att kommissionen uttalar sig om villkoren för att bedriva vuxentandvård i Sverige. Privattandläkarföreningen anser att konkurrensen med folktandvården är snedvriden och att anslutningsreglerna till tandvårdsförsäkringen hindrar fritt tillträde till tandvårdsmarknaden. Privattandläkarföreningen pekar särskilt på den subventionering av folk-tandvårdens vuxentandvård, som man på olika sätt anser sker inom landstingen.

3.10 Rättsreglerna

Möjligheterna för en patient att överklaga beslut om ekonomisk ersättning är större för vård inom den allmänna försäkringen än när det gäller vård som ges inom den öppna hälso- och sjukvårdens ersättningssystem.

Möjligheterna att klaga på beslut om förmåner är olika inom landstingens hälso- och sjukvård inklusive tandvård och tandvårdsförsäkringen.

Redan med dagens regler erhåller vissa patienter ersättning för sin tandvård inom ramen för hälso- och sjukvårdens ersättningssystem. Detta gäller såväl inneliggande patienter som vissa patienter i den öppna hälso- och sjukvården. Det gäller även oralkirurgisk behandling m.m. som ges vid specialisttandpoliklinik eller motsvarande inom folktandvården eller vid odontologisk fakultet.

Kommunallagens regler om besvär begränsar möjligheterna att klaga på beslut inom hälso- och sjukvården. Däremot har Socialstyrelsen tillsyn över hälso- och sjukvården och bevakar att patienternas säkerhet och rättigheter tas till vara. Patienterna kan vända sig till Socialstyrelsens regionala enheter med klagomål bland annat på vårdens genomförande och utformning. Landstingen och kommunerna har också förtroendenämnder som kan informera om patientens rättigheter och hjälpa till att föra klagomål vidare till ansvariga inom vården. En

patienskadslag (1996:799) ger rätt till patientskadeersättning och ålägger alla vårdgivare, offentliga såväl som privata, att ha en försäkring som täcker sådan ersättning.

En patient som är missnöjd med försäkringskassans beslut om ersättning för tandvård, kan enligt lagen om allmän försäkring begära att kassan omprövar beslutet. Är patienten ändå inte nöjd kan beslutet överklagas till länsrätten. Kammarrätten kan sedan under vissa förutsättningar pröva underrättens avgörande i sak. Målet kan sedan föras vidare till regeringsrätten.

Allmänt sett har den enskilde patienten en starkare ställning inom den allmänna försäkringen än inom hälso- och sjukvården. Systemen ger olika förutsättningar för relationen mellan parterna. Försäkringen ger en *rättighet till ekonomisk ersättning*. Någon absolut *rättighet att få vård* finns dock inte. I förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen anges detta särskilt. Vårdansvaret är inte absolut i den meningen att huvudmannen i varje särskilt fall skall vara skyldig att svara för all den tandvård en patient kan önska. Vårdansvarets omfattning beror på de vårdresurser som kan ställas till förfogande och vad som är rimligt bl.a. med hänsyn till utvecklingen på området i landet.

Den tandvård, som idag bedrivs enligt hälso- och sjukvårdssystemet, är av förhållandevis liten omfattning och avser huvudsakligen oral kirurgi. I direktiven till utredningen anges emellertid att avgiftsreglerna inom tandvården och sjukvården bör samordnas på längre sikt.

4 Mål och principer

4.1 Samverkan mellan staten, landstingen och kommunerna

Flera författningar påverkar tandvården. Både statliga bestämmelser och beslut i landstingen och kommunerna påverkar människors möjligheter att få den tandvård de behöver. Det är viktigt att staten, landstingen och kommunerna samverkar så att samhällets stöd till tandvård blir så effektivt som möjligt.

Det statliga ekonomiska stödet till tandvård åt vuxna är inget självändamål utan är ett av flera medel för att uppnå det övergripande målet för tandvården. Detta mål är som tidigare nämnts uttryckt i tandvårdslagen (1985:125) på följande sätt: *Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. I begreppet lika villkor ligger enligt förarbetena till lagen att t.ex. patienter som inte har initiativförmåga eller förmåga att formulera sina behov skall stödjas med uppsökande verksamhet.*

I proposition 1984/85:79 med förslag till tandvårdslag m.m. sägs att det ligger i sakens natur att ett mål inte beskriver dagssituationen utan ett önskvärt framtida tillstånd. Vägen till målet anges inte i propositionen. Det framgår således inte vilken organisation som skall väljas eller vilka resurser som måste satsas för att målet skall nås. Vid dessa bedömningar får man beakta de olika förhållanden som kan råda beträffande ekonomiska förutsättningar, skiftande förhållanden inom landet eller vid olika tidpunkter.

Det som allmänt kallas tandvårdsförsäkringen är inte en genom en särskild lag reglerad förmån utan den ingår som en del i sjukförsäkringen. Den regleras i 3 § 2 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring. I 2 § 9 kap. samma lag finns även en begränsad möjlighet till en annan ersättning för tandvård, nämligen en form av handikappersättning. Handikappersättning är en folkpensionsförmån som kan ges till en försäkrad som för avsevärd tid fått sin funktionsförmåga nedsatt så att han eller hon t.ex. behöver vidkännas betydande merutgifter.

Merutgifter av engångskaraktär vägs inte in i bedömningen. Utgifter för tandvård intar ingen särställning i förhållande till andra slag av merutgifter.

En annan viktig lag är socialtjänstlagen (1980:620). Den 1 januari 1998 ändras enligt denna förutsättningarna för medborgarna att få ekonomiskt stöd för bl.a. tandvård. Det ekonomiska stöd som kan ges enligt denna lag delas då upp i en schabloniserad del, som skall täcka kostnaderna för livsmedel, kläder m.m. och i en del som avser skälig kostnad för ett antal andra behov. I den schabloniserade delen skall inte längre ingå kostnader för tandvård. Däremot kan i förekommande fall i den andra delen ingå kostnader för akut tandvård. Utöver detta får kommunerna rätt att ge bistånd som ett komplement till försörjningsstödet. Förändringarna i socialtjänstlagen innebär troligen att det blir svårare att få ekonomiskt stöd till tandvård.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387) har som mål att den enskilde får möjlighet att leva som andra. I förarbetena framhölls att kommunerna har ett ansvar för att de personer som omfattas av lagen samt psykiskt sjuka och äldre i särskilda boendeformer får den tandvård de behöver. Kommunerna har dock inte ansvaret för själva tandvården, till skillnad för övrig hälso- och sjukvård, där de efter Ädelreformen har ansvaret under läkarnivån för de berörda grupperna, liksom för hemsjukvård om denna har övertagits från landstingen. Däremot har kommunerna ett ansvar för omvårdnaden av de personer som behöver hjälp med att sköta t.ex. den dagliga munhygien. Den dagliga rengöringen av munnen och tänderna är en del av omvårdnaden.

I många lagar inom det socialpolitiska området, t.ex. socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen betonas helhetssynen. Kommunerna, landstingen och staten måste samverka för att nå de mål som sätts upp inom de olika verksamhetsområdena. Tandvårdsförsäkringen ensam kan inte lösa alla ekonomiska problem inom tandvårdsområdet. Stödet till tandvården måste därför ha flera olika former och kanaliseras genom flera organ. Staten, landstingen och kommunerna måste samverka för att effektiviteten skall bli så stor som möjligt. Även statens beslut om tandvårdsutbildningarnas innehåll och dimensionering påverkar möjligheterna att nå det övergripande målet för tandvården.

4.2 Principer inom WHO

World Health Organization rekommenderar satsningar på förebyggande vård och identifiering av grupper i befolkningen som har en stor risk för sjukdomar i munnen

Inom World Health Organization (WHO) publicerades dokumentet *Oral health for the 21st Century* inför år 1994, som var Year of oral health.

I dokumentet anges bl.a. riktlinjer för planering av den framtida tandvården. Dessa principer för planering av tandvård är i första hand avsedda att utgöra grund när ett lands tandvårdssystem skall byggas upp från grunden. Bland de rekommendationer som ges, är några ändå relevanta för planeringen av den svenska tandvården.

- Förebyggande vård är att föredra framför behandling.
- Individerna skall bli motiverade att göra så mycket som möjligt själva för att förvärva och upprätthålla oral hälsa.

I dokumentet konstateras att det inom den industrialiserade världen ses en ökad prioritering av tandvården för äldre, på några ställen har detta resulterat i omfattande program för äldre personer som bor på institutioner. Ökad uppmärksamhet riktas på förebyggande vård och på att identifiera grupper i befolkningen som har en stor risk för att utveckla sjukdomar i munnen.

Rekommendationerna inom WHO tar inte speciellt sikte på de problem som förekommer i ett land som Sverige, som har den kanske bäst utvecklade tandvården i världen. En stor del av den vuxna befolkningen har redan skadade bett som kräver ett omfattande underhåll med reparativa åtgärder.

4.3 Ett tandhälsoinriktat stöd

Statens ekonomiska stöd för vuxnas tandvård bör ha till främsta syfte att bidra till en förbättrad tandhälsa bland befolkningen så att tandvårdsbehovet på sikt minskar och kostnaderna därigenom också minskar både för de enskilda personerna och för samhället.

Tandvård i samband med sjukdom och funktionshinder är ett prioriterat område.

Ett stöd för hälsobevareande tandvård för alla medborgare sätts före ett stöd vid behandling av omfattande redan uppkomna skador.

År 1974 lämnades tandvårdsersättning utan någon självrisk för patienterna, vilket innebar att alla medborgare som fick tandvård också erhöll försäkringsersättning för denna. Ersättningsreglerna var generösa, t.ex. subventionerades förebyggande åtgärder och helproteser extra mycket. Kostnaden för ädla metaller ersattes helt av försäkringen. Man kan med fog säga, att tandvårdsförsäkringen då bidrog till att göra tandvården *tillgänglig för alla till en överkomlig kostnad*.

Med minskande ekonomiska resurser och med en allt större befolkning har förutsättningarna under senare år blivit allt mindre för att på ett meningsfullt sätt subventionera all tandvård för alla patienter. Som angetts tidigare har tandvårdsförsäkringen allt mer kommit att inriktas på att enbart ge stöd för den dyrbarare tandvården till en liten del av befolkningen. Vid försäkringens införande år 1974 lämnades även ett stöd för den regelbundna, basala tandvården till alla. Efter den 1 oktober 1997 väntas endast 20 procent av de patienter som årligen besöker tandvården få ekonomiskt stöd för sin tandvård från tandvårdsförsäkringen.

I och för sig kan ett s.k. högkostnadsskydd sägas vara det traditionella ändamålet med en försäkring – den skall inte täcka normala, återkommande kostnader utan vara en ekonomisk hjälp för den händelse en stor kostnad skulle uppkomma vid något enstaka tillfälle. Frågan är emellertid om ett samhällsligt stöd till tandvården enbart bör ha karaktären av en traditionell riskförsäkring eller också ha ett vidare syfte, t.ex. att inrikta sig på grupper som har en ökad risk för försämrad tandhälsa eller på att åstadkomma sådana vanor hos hela befolkningen att riskerna minskar för tandsjukdomar och höga vårdkostnader i framtiden. De allmänna socialförsäkringarna är inte riskförsäkringar i samma mening som privata försäkringar.

Förändringarna av tandvårdsförsäkringens ersättningsregler under de senare åren med inriktning mot ett renodlat högkostnadsskydd har inte varit resultatet av några hälsopolitiska diskussioner. De förslag

som lagts fram för att förändra tandvårdsförsäkringens principiella uppbyggnad har inte kunnat genomföras. I stället har enklare tekniska lösningar såsom införandet av en självrisk och sänkningar av subventionsgraderna fått ske för att uppfylla de sparkrav, som ställts i det statliga budgetarbetet.

Utredningen har nu, när utgiftsramen för tandvårdsförsäkringen utökats, getts möjlighet att föreslå en ny inriktning på det statliga stödet till de vuxnas tandvård. Det är då viktigt att utnyttja tillfället att överväga om nya principer och prioriteringar bör införas. Dessa bör då bygga på erfarenheter av det nuvarande stödet, aktuella studier över tandtillståndet och tandvårdsefterfrågan hos olika grupper inom befolkningen samt en uppfattning om vilka effekter för framtiden, som man vill uppnå med hjälp av det ekonomiska stödet.

Utredningen är medveten om att det inte finns några undersökningar som klart visar vilka effekter en tandvårdsförsäkring kan åstadkomma. Som redovisats i föregående kapitel är erfarenheterna från Sverige och andra länder delvis motsägelsefulla. Förhållandena i Sverige måste emellertid bedömas utifrån den tradition som finns här. Sedan år 1974 har det funnits en tandvårdsförsäkring som från början gav stöd till all tandvård åt alla medborgare men som under de senaste åren kommit att omfatta en allt mindre andel av befolkningen. De försämrade villkoren har ofta påtalats i den allmänna debatten och det finns en spridd uppfattning att tandvård i Sverige är dyr för den enskilde. Utredningen anser därför att det finns fog för ett antagande att utformningen av tandvårdsförsäkringen påverkar efterfrågan på tandvård och att detta på sikt har betydelse för tandtillståndet hos landets befolkning.

Utredningen anser att ett förslag till ny inriktning på tandvårdsförsäkringen bör vara utformat så att det utifrån medvetna prioriteringar kan byggas ut när samhällsekonomin tillåter ett utökat ekonomiskt stöd för tandvård.

Enligt utredningens mening bör statens ekonomiska stöd till vuxnas tandvård ha till främsta syfte *att bidra till ett förbättrat tandtillstånd hos hela befolkningen så att tandvårdsbehovet på sikt minskar och kostnaderna därigenom också minskar både för de enskilda personerna och för samhället*. Utöver detta bör stödet inriktas på att minska kostnaderna för den enskilde för sådan tandvård som har samband med sjukdom eller funktionshinder.

För olika grupper av patienter skiftar behovet. Följande syften kan anges för de mest angelägna behovsgrupperna. Ordningsföljden visar utredningens prioriteringar. Alla dessa syften kan emellertid inte uppnås inom den ekonomiska ram på 1,4 miljarder kronor som anges i direktiven.

- Att gamla, sjuka och funktionshindrade som får kommunal omsorg blir uppsökta och får bedömning av sin tandhälsa och instruktioner för den dagliga munvården samt att dessa vid behov utan ekonomiska hinder får nödvändig tandvård.
- Att personer som behöver tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid skall få denna tandvård enligt samma avgiftsregler som gäller för den öppna hälso- och sjukvården.
- Att personer som till följd av kronisk sjukdom eller funktionshinder behöver mera tandvård än den övriga befolkningen, inte skall ha ökade kostnader för denna tandvård.
- Att alla vuxna får möjlighet till regelbundna undersökningar, förebyggande åtgärder och övrig hälsobevärande tandvård samt viss infektions- och inflammationsbehandling till en överkomlig kostnad.
- Att personer med stora tandvårdsbehov får ett ekonomiskt stöd för de högsta behandlingskostnaderna.

Jämfört med förslagen i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* innebär detta att ambitionerna utökats något för vissa sjuka och funktionshindrade. Boende på sjukhem m.m. eller personer som har en omfattande hemtjänst föreslogs i rapporten bli uppsökta och vid behov få erbjudande om tandvård. Nu anges syftet med stödet även vara att dessa personer skall få ett ekonomiskt stöd för den tandvård som visar sig vara nödvändig. För dem som på grund av sjukdom eller funktionshinder har ett väsentligt och långvarigt ökat behov av tandvård är ambitionen oförändrad – de skall inte ha högre kostnader för sin tandvård än övriga medborgare.

Med de angivna syftena inriktar sig stödet för tandvård på *grupper* av personer med särskilda tandvårdsbehov. Stödet inriktar sig inte på *enskilda individer* vilkas ekonomiska situation är sådan att de behöver stöd för den dagliga livsföringen och därigenom inte har utrymme för kostnader för tandvård. Tandvårdsförsäkringen är inte ett lämpligt medel för att ge ett riktat ekonomiskt stöd för tandvård till enskilda personer med svag ekonomi. Försäkringen skulle då få delvis samma syfte som den nyligen ändrade socialtjänstlagen när det gäller stöd för tandvård och administrationen skulle öka. De individuella bedömningarna av rätten till försäkringsersättning skulle då inte som nu kunna begränsas till om vården är nödvändig utan måste även omfatta en bedömning av den enskilda patientens ekonomiska situation. I och för sig skulle rätten till ett ekonomiskt stöd för tandvård automatiskt kunna kopplas till de ekonomiska bedömningar som socialtjänsten eller försäkringskassan gör för andra bidragsändamål. Men då kan det ifrågasättas om en särskild tandvårdsförsäkring är berättigad.

Utredningen anser att det extra stöd till tandvårdskostnaderna som de ekonomiskt svagaste medborgarna behöver, måste lösas inom ramen för socialtjänstens insatser. Genom att utredningen föreslår ett stöd för förebyggande åtgärder och övrig hälsobevärande tandvård till alla medborgare, bör dock behovet av extra stöd inom socialtjänsten minska något. Regeringen har nyligen beslutat tillkalla en särskild utredare för en översyn av vissa frågor rörande socialtjänstlagen och socialtjänstens uppgifter (dir. 1997:109). Bakgrunden är bl.a. att behovet av socialtjänstens insatser har ökat påtagligt under de senaste åren, särskilt när det gäller behovet av ekonomiskt bistånd till försörjningen. Den dominerande orsaken är den förändrade arbetsmarknaden med en hög arbetslöshet. Även andra former av stöd- och vårdinsatser efterfrågas i allt högre grad. Den särskilda utredaren skall främst belysa sambandet mellan förändringar i socialförsäkringssystemen och kostnaderna för socialbidrag och dessutom diskutera socialtjänstens uppgift att främst bistå vid tillfälliga sociala eller ekonomiska problem. Utredaren skall vidare samråda med bl.a. berörda myndigheter och organisationer, statliga kommittéer och utredare som arbetar med frågor som anknyter till utredningsarbetet.

4.4 Tandvård vid särskilda behov

De som bor på sjukhem m.m. skall bli uppsökta och erbjudna bedömning av sitt tandtillstånd och få individuell rådgivning om förebyggande åtgärder. De skall också få ett ekonomiskt stöd till den nödvändiga tandvården.

De som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av sjukdom eller funktionshinder skall inte ha högre kostnader för tandvården än övriga medborgare.

I det trängda budgetläge som rådde år 1995/96 och som föranledde en minskning av ramen för det statliga stödet till tandvården till högst en miljard kronor per år, var det nödvändigt att utarbeta förslag om den bästa användningen av de knappare resurserna. I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* gjordes också sådana prioriteringar.

Inriktningen på det förslag som lämnades, var att det ekonomiska stödet i första hand skulle lämnas för

- uppsökande verksamhet m.m. åt boende på sjukhem m.m.
- sådan tandvård, som ingick som ett led i en kortvarig sjukdomsbehandling

- sådan tandvård som var en följd av ett långvarigt väsentligt ökat vårdbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder.

I rapporten föreslogs även att tränings- och behandlingshjälpmedel som är av central betydelse för den långsiktiga vården skall omfattas av stödet. Enklare munhygieniska hjälpmedel skall dock alltid bekostas av patienten.

Enligt direktiven till denna utredning skall förslagen i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* utgöra utgångspunkt för förslagen inom den vidare kostnadsramen på 1,4 miljarder kronor per år.

Utredningen anser att denna prioritering är riktig och bör bibehållas även i ett framtida, utvidgat ekonomiskt stöd för tandvård. I första hand bör sjuka och funktionshindrade, vilka har ett tandvårdsbehov som har samband med sjukdomen eller funktionshindret, få ett ekonomiskt stöd för detta. Utredningen anser, utöver vad som föreslogs i den tidigare rapporten, att de patienter vid sjukhem m.m. som blivit uppsöka och erbjudits bedömning av sitt tandtillstånd och individuell rådgivning om förebyggande åtgärder, också skall få ett ekonomiskt stöd till den nödvändiga tandvården. Erfarenheter från de landsting som på försök påbörjat den uppsökande verksamheten visar att patienterna ofta av ekonomiska skäl tackar nej till erbjudande om tandvård trots att vårdbehovet är påtagligt och nödvändigt för att förbättra tuggfunktion och välbefinnande. För definition av begreppet "sjukhem m.m." hänvisas till avsnitt 5.2.1 Tandvård åt boende på sjukhem m.m.

Utredningen anser också att de personer som på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder har ett väsentligt ökat behov av tandvård, inte skall ha högre kostnader för sin tandvård än andra medborgare. De tidigare föreslagna formerna för stödet behöver dock ändras med hänsyn till de ändrade förutsättningar som nu gäller för det ökade stödet för bastandvård.

I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* pekades på de problem, som finns för en förhållandevis liten grupp patienter med en långt gången tandlossningssjukdom där orsaken ofta är ärftligt betingad eller har sin grund i en allmän sjukdom. Tandförluster och behov av protetisk behandling är ofta omfattande för denna grupp. De sammanlagda kostnaderna för den tandvård som är nödvändig för att i dessa fall undvika total tandlöshet och avtagbara proteser, blir oftast mycket höga. I enstaka fall kan behandlingskosten uppgå till över 70 000 kronor. Många remissinstanser lyfte fram de problem dessa patienter har och förordade bibehållandet av ett s.k. högkostnadsskydd. Utredningen anser att denna typ av tandlossningssjukdom bör berättiga till samma ekonomiska stöd som andra långvariga sjukdomar eller funktionshinder som medför ett väsentligt ökat behov av tandvård.

4.5 Bastandvård åt alla vuxna

Alla vuxna skall få ett ekonomiskt stöd för den vardagliga, hälsobefrämjande tandvården. En särskild satsning skall göras på unga vuxna som under senare år i högre grad än övriga vuxna skjutit upp sina regelbundna tandvårdsbesök av kostnadsskäl.

Genom att utgiftsramen ökats, finns förutsättningar för att också skapa ett starkare ekonomiskt stöd för tandvård till de vuxna som inte har särskilda behov på grund av sjukdom eller funktionshinder.

Valet står då mellan två strategier. Den ena är att fortsätta på den tidigare inslagna vägen och förbättra stödet för den dyrare tandvård som behövs för att åtgärda redan uppkomna skador hos en mindre andel av befolkningen. Den andra är att ge stödet en ny inriktning så att sådana åtgärder, som bidrar till att hindra att större skador uppkommer i framtiden, gynnas inom hela befolkningen.

Nära hälften av den vuxna befolkningen, dvs. den del som nått upp till 40–50-årsåldern, har i allmänhet ett gott tandtillstånd. Detta har uppnåtts genom utbyggnaden av den organiserade barn- och ungdomstandvården, tandvårdsförsäkringen, den goda tillgången på tandvårdspersonal, de ökade kunskaperna om tandsjukdomarnas orsaker och förebyggande samt den ökade användningen av fluor. Den äldre generationen, som vuxit upp under andra förutsättningar, har genom åren haft en sämre tandhälsa. Även om det nu finns goda förutsättningar för att i allmänhet hindra ytterligare sjukdomsutveckling, kvarstår för framtiden ett stort vårdbehov genom att redan utförda tandvårdsarbeten måste underhållas och eventuellt också göras om.

Utredningen anser att den största faran för befolkningens tandhälsa på lång sikt ligger i att efterfrågan på regelbunden tandvård under senare år tycks ha minskat. I kapitlet *Aktuella frågor* har beskrivits flera studier som visar detta. Under år 1995 minskade besöksfrekvensen hos tandvården bland yngre vuxna. Arbetslösa och personer med låg konstantmarginal uppger i större utsträckning än andra att de inte har besökt tandvården under en tvåårsperiod. Låginkomsttagare och unga vuxna har i större utsträckning än tidigare prioriterat ner tandläkarbesöken. Var tredje ålderspensionär med låga inkomster har inte besökt tandläkare de senaste två åren.

Avsevärda investeringar, både med allmänna och enskilda medel, har genom åren gjorts för att förbättra tandhälsan hos befolkningen. Om tandhälsan nu försämras genom att de regelbundna kontrollerna och de förebyggande insatserna inom tandvården minskar och genom att uppkomna skador inte åtgärdas medan de ännu är små och för-

hållandevis billiga att åtgärda, blir kostnaderna för samhället högre på sikt. Risken för att detta skall ske är särskilt stor för de yngre åldersgrupperna bland de vuxna, dvs. de som är i 20–29-årsåldern. Utredningen vill emellertid påpeka att den inte funnit några undersökningar som visar att tandtillståndet generellt sett försämras hos unga vuxna som inte undersöks och får tandvård lika ofta som före 20-årsåldern. Däremot finns det enligt vad som angetts i föregående kapitel undersökningar som visar att unga vuxna i större utsträckning än äldre skjutit upp behandling på grund av kostnadsskäl. I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* föreslogs också – utan stöd i direktiven – att eftersom tillräckliga resurser fanns inom den angivna ramen på en miljard kronor, borde ett särskilt stöd också inrättas för i första hand 20–25-åringar. Genom detta stöd förväntades de unga vuxna söka tandvård för hälsokontroller och nödvändiga åtgärder på ett mera regelbundet sätt än vad som annars kunde förväntas.

I direktiven till denna utredning anges att det ekonomiska stödet i framtiden bör ges en tandhälsoinriktning. Utredningen delar denna uppfattning. I valet mellan att ge ekonomiskt stöd för att åtgärda redan uppkomna skador hos en liten del av befolkningen och att ge stöd för att förhindra uppkomsten av skador i framtiden hos hela befolkningen, bör det senare alternativet sättas främst. På detta sätt underlättas befolkningens möjligheter att få regelbunden vanlig tandvård, s.k. bas-tandvård, och därigenom bibehålla tandtillståndet.

I detta val mellan två alternativa modeller för stöd – ett inriktat på bas-tandvård åt hela befolkningen och ett annat inriktat på stöd vid stora, uppkomna tandvårdsbehov hos en mindre andel – har nästan alla europeiska länder valt att stödja bas-tandvården. Så är t.ex. fallet i Danmark och Finland. Norge har dock valt en annan väg, nämligen att i princip inte ge vuxna något stöd alls till tandvård som inte har samband med sjukdom och funktionshinder.

Utredningen är medveten om att denna prioritering innebär att det inom den anvisade ekonomiska ramen på 1,4 miljarder kronor inte kommer att finnas resurser för att även ge ett ekonomiskt stöd för t.ex. protetiska arbeten till vuxna med normala tandvårdsbehov utan samband med sjukdom eller funktionshinder. Utan att närmare ha analyserat förutsättningarna för enskilda försäkringar vill utredningen ändå peka på den frivilliga försäkring som finns i Danmark och som omfattar bland annat medicin, operationer, tandvård, glasögon och kontaktlinser. I tandvården ingår protetik behandling. Omkring 25 procent av den vuxna befolkningen i Danmark är anslutna till denna försäkring. Den stora skillnaden mot de numera nedlagda svenska frivilliga tandvårdsförsäkringarna är att tandvården i den danska försäkringen endast ingår som en del i ett större försäkringsområde. I Sverige har inom för-

säkringsbranschen diskuterats möjligheten att innefatta tandvård i olika slag av gruppförsäkringar.

4.6 Ekonomiskt stöd vid en ökad budgettram

Vid en eventuell utökning av den ekonomiska ramen på 1,4 miljarder kronor pekar utredningen på några angelägna områden för ytterligare stöd.

- Ett högkostnadsskydd vid behandling av helt tandlösa käkar
- Ett högkostnadsskydd vid all protetisk behandling
- Patientavgifter som inom den öppna sjukvården vid behandling av infektioner och inflammationer
- Ersättning för undersökningar inom bastandvården även till dem som är äldre än 29 år.
- Utökad ersättning inom bastandvården

De prioriteringar som utredningen gjort har satt stöd till tandvård i samband med sjukdom och funktionshinder och till nödvändig bastandvård åt alla vuxna i första respektive andra rummet vid en kostnadsram på 1,4 miljarder kronor. I bastandvården ingår behandling av infektioner och inflammationer.

Om den ekonomiska ramen kan ökas, vill utredningen peka på några av de möjligheter som finns för att ge stöd för ytterligare tandvård. Utredningen prioriterar stöd vid behandling av helt tandlösa käkar och vid övrig protetisk behandling.

4.6.1 Stöd vid höga behandlingskostnader

I vissa fall blir behandlingskostnaderna mycket höga, främst då protetiska åtgärder måste utföras. I synnerhet är detta fallet då behandling med implantat behövs. Utredningen har i första hand diskuterat ett högkostnadsskydd vid behandling av helt tandlösa käkar. Tandlösheten är ofta en följd av antingen en tandlossningssjukdom, som inte kunnat hejdas, eller av brist på resurser under tidigare år. Resursbristen kan då ha bestått i att det inte fanns tillräckligt med tandläkare att tillgå för att kunna utföra den vård som behövdes för att tänderna skulle kunna behållas. Orsaken kan också ha varit att patienten inte haft ekonomiska möjligheter att låta utföra den nödvändiga tandvården för att kunna behålla tänderna. RFV har redovisat regionala skillnader när det gäller

behandling vid tandlöshet. Tandlöshet är vanligare i Norrbotten än i övriga landet.

Höga kostnader drabbar ofta den grupp patienter, som tidigare med hjälp av den då generösare tandvårdsförsäkringen kunnat få omfattande protetiska rekonstruktioner utförda. Funktionstiden hos tandvårdsarbeten är begränsad och de biologiska förutsättningarna i munhålan ändras så att det efter ett tiotal år kan uppkomma ett behov av att göra om tidigare utförda arbeten. Kostnaderna blir då minst lika höga som när den ursprungliga behandlingen gjordes.

4.6.2 Infektions- och inflammationsbehandling

I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* föreslogs att den tandvård som ingick som ett led i en sjukdomsbehandling under kortare tid skulle betalas med patientavgifter inom den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Det föreslogs också att sådana oralkirurgiska behandlingar som kräver ett sjukhus resurser, liksom fallet är i dag, skulle följa samma regler. I denna utredning framförs dessa förslag på nytt.

I direktiven till utredningen finns angivet att målet på lång sikt bör vara att åstadkomma en närmare samordning av avgiftsreglerna för öppen sjukvård och tandvård.

Behandling av infektioner och inflammationer utanför munhålan och tänderna sker med ett för patienterna starkt ekonomiskt stöd inom sjukvården. Tandvårdsförsäkringens regler tillämpas emellertid för behandling av infektioner och inflammationer i munhålan och tänderna. Det förefaller ologiskt att på detta sätt negativt särbehandla tand- och munsjukdomarna. Detta är inget unikt för Sverige – reglerna i de flesta länder är desamma. Förhållandet kan ha en historisk förklaring. De stora tandsjukdomarna karies och parodontit, som båda är orsakade av bakterieinfektioner, har varit förhållandevis enkla att bota eller att radikalt åtgärda. Genom att ta bort de angripna tänderna kan man i allmänhet få inflammationen och smärtan att upphöra. Bibehållna tänder är ingen förutsättning för att födan skall kunna tillgodogöras och livet uppehållas. Frågor om utseende och livskvalitet tillmättes förr mindre betydelse.

Ett annat skäl till att inte ge samma ekonomiska stöd för behandling av tänder och munhåla som av kroppen i övrigt torde vara kostnaderna. Ett totalt inlemmande av tandvården i den öppna sjukvårdens avgiftssystem skulle, med bibehållen standard på tandvården, öka kostnaderna för öppen vården med 8–10 miljarder kronor. Detta belopp motsvarar de totala kostnaderna för vuxentandvården i dag. Visserligen skulle en del patientavgifter komma att betalas men vårdkonsumtionen torde också

öka eftersom många människors privatekonomi då knappast skulle utgöra något hinder.

Utredningen delar den principiella uppfattningen att behandling av infektioner och inflammationer bör ske på för patienterna samma ekonomiska villkor, oavsett vilken del av kroppen som drabbas. Utredningen har därför övervägt möjligheterna att inrymma åtminstone en ytterligare del av tandvården i den öppna sjukvårdens betalningssystem. Närmast till hands ligger då behandlingen av kroniska vävnadsnedbrytande infektioner och inflammationer i och kring tänderna. Exempel på sådana sjukdomar är infektioner/inflammationer i tandpulpan, kring rotspetsarna och i tandsäckarna vid tändernas genombrott samt i tändernas stödjevåvnader vid tandlossning. Även behandlingen av sjukliga förändringar i munslemhinnan skulle höra hit.

Med utredningens förslag till stöd för tandvård åt boende på sjukhem m.m., för bastandvård, för tandvård vid kortvarig sjukdomsbehandling och till vissa kroniskt sjuka och funktionshindrade, kommer viss ersättning att ges inom dessa ersättningssystem även för behandling till följd av infektioner och inflammationer.

Om det skulle visa sig möjligt i framtiden att ytterligare öka det ekonomiska stödet för tandvård, anser utredningen att det bör övervägas om inte behandlingen av kroniska, vävnadsnedbrytande infektioner/inflammationer skulle överföras till hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Från folkhälsosynpunkt skulle detta vara värdefullt. På senare tid har sambandet mellan infektionssjukdomar i tänderna och omgivande vävnader och vissa allmänsjukdomar, t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar tillmätts större betydelse.

4.6.3 Utökat stöd till bastandvård

Utredningens förslag till bastandvård innebär att ersättning för undersökningar endast ges till 20–29-åringar. Anledningen till att inte alla åldersgrupper föreslås få del av detta stödet är uteslutande ekonomisk. Från folkhälsosynpunkt vore det angeläget att kunna ge ett stöd för undersökningar även till dem som är 30 år och äldre.

5 Former för stödet

I det föregående kapitlet har utredningen redovisat ett förslag till prioriteringar av stöd för den framtida tandvården. I detta kapitel lämnas förslag till utformningen av de olika stöden i första hand inom den anvisade årliga ramen på 1,4 miljarder kronor. Utredningen redovisar även hur stödet till tandvården skulle kunna utformas inom en vidare ram på i första hand 1,9 miljarder kronor.

Av tidskäl har utredningen inte kunnat redovisa ett i detalj genomarbetat förslag. Det som framförs skall därför ses som ett principförslag. I det fortsatta arbetet måste detaljerna utvecklas närmare.

5.1 Bastandvård åt alla vuxna

Alla vuxna föreslås bli omfattade av ett ekonomiskt stöd för all tandvård utom undersökningar och protetiska åtgärder. 20–29-åringar får ett stöd även för undersökningar. Stödet skall utbetalas som ett fast krontalsbelopp per utförd åtgärd och motsvara 30 procent av dagens tandläkararvode.

Som ett alternativ till det åtgärdsbaserade ersättningssystemet skall finnas en möjlighet för patient och vårdgivare att komma överens om ett tandvårdsabonnemang. Patienten betalar då en fast avgift per tvåårsperiod för all bastandvård som behövs och vårdgivaren får ett fast ersättningsbelopp för åtagandet.

Prisregleringen av vårdgivararvodena avskaffas i syfte att öka konkurrensen inom tandvården och minska skillnaderna mellan den privata och den offentliga sektorn.

Utgångspunkten är att ett stöd skall lämnas till alla medborgare för den bastandvård som är nödvändig för att uppnå och behålla en god tandhälsa och för att hindra att större skador uppkommer i framtiden. Åtgärder för att restaurera ett bett med protetiska konstruktioner ingår inte i bastandvården.

De åtgärder som för alla vuxna föreslås ingå i den stödberättigade, nödvändiga bastandvården är de åtgärder som i dag återfinns inom åt-

gårdsgrupperna 2–5 samt 9 och delar av 8 i tandvårdstaxans (1973:638) bilaga 1, Förteckning över taxerubriker och arvoden, Avdelning I, Allmäntandvårdens åtgärder. För 20–29-åringar föreslås även åtgärdsgruppen 1 ingå. Åtgärdsgrupperna är:

1. Undersökning, diagnostik, rådgivning
2. Förebyggande åtgärder
3. Oralkirurgisk behandling
4. Pulpakirurgisk behandling
5. Konserverande behandling
6. Övriga behandlingar
7. Akutbehandling

Anledningen till att stöd inte föreslås för åtgärdsgrupp 1, *Undersökning, diagnostik och rådgivning* för alla åldrar är att kostnaderna då skulle bli för höga och stödet inte rymmas inom den tillgängliga ramen på 1,4 miljarder kronor. Utredningen har tagit fasta på att det i första hand är de unga vuxna, som under de senare åren tycks ha avstått från att besöka tandvården. Därför är det tillfredsställande att ändå kunna inrymma ett stöd för undersökning, diagnostik och rådgivning till gruppen 20–29 år. Ett förslag om särskilt stöd åt unga vuxna fanns redan i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling*, även om det då var begränsat till åldersgruppen 20–25 år.

Syftet med det utökade stödet till de unga vuxna är att det skall bidra till att regelbunden tandvård efterfrågas i större utsträckning än i dag. Det har emellertid från flera håll vid remissbehandlingen av rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* framförts tvivel på att det är ekonomiska skäl som gör att unga vuxna avstår från tandvård. Många vårdgivare erbjuder undersökningar till reducerat pris för unga vuxna för att få in dem som patienter i sina kallelsesystem. Resultatet av erbjudandena har blivit sämre än väntat och det har framförts uppfattningen att det är annat än den enskildes ekonomi som styr efterfrågan på tandvård. Flertalet unga vuxna har under de sena tonåren vid de regelbundna tandhälsokontrollerna i den organiserade barn- och ungdomstandvården varit fullt friska och bedömer därför risken för skador under de följande åren som obefintlig. Andra utgiftsområden än tandvård blir därför prioriterade.

Det är nödvändigt att utnyttjandet av det riktade stödet för undersökning, diagnostik och rådgivning till de unga vuxna följs upp. Visar det sig att 20–29-åringarna inte utnyttjar stödet och ökar sin tandvårds-efterfrågan, bör stödet omprövas. Det behöver då inte innebära att det skall tas bort. I stället bör det kanske ökas eller ges till helt andra verk-

samheter som t.ex. informationskampanjer. Uppföljningen bör ge underlag till sådana överväganden.

Tandvårdsersättning föreslås inte bli lämnad för vård inom åtgärdsgrupperna 6 och 7, Behandling med fast respektive avtagbar protes. Anledningen till detta är att stöd för dessa åtgärder inte inryms inom den tillgängliga ramen. Som redovisats i kapitlet Mål och principer anser utredningen att det är angelägnare att förhindra att skador uppkommer och – om detta inte lyckas – åtgärda skadorna medan de är förhållandevis små, än att ge stöd till protetiska rekonstruktioner. Samtidigt är naturligtvis ett sådant stöd i sig angeläget, varför utredningen i sitt högre kostnadsalternativ tagit med subventionering av protetik som det högst prioriterade vid en utvidgning av stödet.

För specialisttandvård föreslås tandvårdsersättning bli lämnad för vård inom specialiteterna tandlossningssjukdomar, oral kirurgi och rotbehandling. Däremot föreslås inget stöd för vård inom specialiteterna odontologisk radiologi, bettfysiologi, oral protetik och tandreglering.

Stödet till bastandvård föreslås i en huvudmodell bestå av en tandvårdsersättning för sådana åtgärder som är nödvändiga för att uppnå ett odontologiskt, funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Patienten betalar resterande del av arvodet med en patientavgift. Som ett alternativ till huvudmodellen föreslås ett system där tandvårdsersättning utbetalas för ett åtagande av vårdgivaren om att ge erforderlig behandling under en given tid till ett fast pris. Detta alternativ beskrivs senare.

Försäkringsersättningen i grundmodellen kan antingen bestå av en procentuell andel av ett fastställt högsta arvode per åtgärd eller av ett i kronor angivet belopp per åtgärd. Tandvårdsersättningen beräknas i dag som en andel av ett högsta arvode.

Avskaffad prisreglering

I direktiven till utredningen anges bl.a. att konkurrensneutralitet så långt det är möjligt bör råda mellan offentlig och privat tandvård och att effektivitet i tandvården bör främjas, genom bl.a. utveckling av arbetssätt och kompetens och genom stimulans till investeringar i verksamheten samt att konkurrensneutralitet så långt det är möjligt bör råda mellan offentlig och privat tandvård.

Utredningen har funnit att ett bra sätt att uppfylla flera av dessa önskemål är att avskaffa prisregleringen av vårdgivararvodena. Sedan tandvårdsförsäkringen infördes år 1974 har regeringen i tandvårdstaxan fastställt de högsta arvoden som en vårdgivare fått debitera. Från början fanns även reglerat de högsta arvoden som fick debiteras för

tandtekniska åtgärder. Från och med den 15 oktober 1996 har emellertid särregleringen av de tandtekniska arvoden avskaffats så att det numera endast fastställs ett högsta arvode per åtgärd inklusive tandtekniskt arbete. Kostnaden för ädla metaller och gjutmetaller får debiteras utöver de fastställda högsta arvoden.

Avskaffandet av prisregleringen på tandtekniska arbeten har lett till en generell prissänkning. Denna prissänkning synes emellertid inte ha kommit patienterna eller försäkringen till del.

Utredningen anser att en fri prissättning av vårdgivararvoden bör leda till priskonkurrens och sänkta kostnader för vården. Priskonkurrens förekommer i dag endast i liten omfattning mellan vårdgivarna. Som tidigare nämnts har försök gjorts med sänkta priser för undersökning av unga vuxna. Det främsta syftet har då varit att få in sådana patienter i kallelsesystemet vilka annars inte skulle efterfråga vård och inte att med priserna konkurrera med andra vårdgivare.

En taxa med angivna högsta priser blir lätt normerande. Det är också svårt att i en detaljreglerad taxa följa med den tekniska utvecklingen inom tandvården. Nya behandlingsmetoder och material som utvecklas blir inte beaktade i taxan förrän efter omfattande diskussioner och utredningar.

I kapitlet Aktuella frågor har redovisats de missnöjesyttringar beträffande den nuvarande arvodesnivån, som framförts från såväl vårdgivarnas företrädare som dentalbranschen i övrigt. Detta skulle kunna tänkas medföra att ett avskaffande av prisregleringen omgående följdes av en generell prishöjning. Utredningen anser emellertid att de krafter, som verkar mot en sådan för närvarande är ovanligt starka. För det första råder det i dag ett överskott på tandläkare. Konkurrensen är stor, i synnerhet i storstadsområdena. För det andra är det privata konsumtionsutrymmet hos många patienter i dag litet och efterfrågan på tandvård har sjunkit. För det tredje kommer folktandvårdens priser att sättas genom politiska beslut och bli allmänt kända och därigenom tjäna som jämförelsepriser. Folktandvården är väl utbyggd i hela landet. Priserna inom folktandvården måste sättas med hänsyn till konkurrensen med privattandvården och till patienternas villighet att betala samt till kommunallagens krav på att verksamheten inte får drivas i vinstsyfte. Utredningen utgår dock från att folktandvårdens priser sätts på en sådan nivå att verksamheten blir självbärande och att subvention från andra verksamheter undviks. I de fall folktandvården har särskilda kostnader, t.ex. för lokalisering i glesbygd, bör dessa täckas i särskild ordning av landstinget och inte tas ut genom höjda patientavgifter.

Det är viktigt att följderna av en avreglering av priserna noga följs upp. Om avregleringen leder till en oacceptabel prishöjning, bör det på nytt övervägas om begränsningar skall införas.

Med en fri prissättning måste tandvårdsersättningen bestämmas till ett krontalsbelopp per åtgärd och inte som en procentuell andel av ett arvode. Detta har den fördelen att det bidrar till att uppfylla ännu ett önskemål i direktiven, nämligen att förenkla administrationen. Samtidigt leder det till bättre kostnadskontroll för staten. Årliga uppräkningsningar av tandvårdstaxans arvoden med föregående överläggningar med vårdgivarna behöver inte ske. Ersättningsbeloppen kan vara oförändrade till dess att det av andra skäl kan vara befogat göra förändringar.

Ersättnings storlek

I dag finns i tandvårdstaxan en förteckning över åtgärder som åsatts ett högsta arvode. Efter behandlingens slut räknar vårdgivaren samman de debiterade arvoden och räknar ut tandvårdsersättningen, som utgör en procentuell andel av summan med avdrag för den s.k. självriskan, som för närvarande är 1 300 kronor.

Vid en fri prissättning bör tandvårdsersättningen i stället anges som ett fastställt krontalsbelopp för varje åtgärd. Detta belopp benämns i fortsättningen *grundbelopp*. Utredningen anser att åtgärder, som finns i den nuvarande tandvårdstaxans bilaga 1, Förteckning över taxerubriker och åtgärder, bör kunna utgöra underlag för en framtida förteckning över ersättningsberättigade åtgärder.

Med hänsyn till den ekonomiska ram som står till förfogande föreslår utredningen att grundbeloppen i ett inledningsskede fastställs till 30 procent av de arvodesbelopp, som gäller från och med den 1 oktober 1997. I bilaga 3 redovisas exempel på åtgärder och grundbelopp. Införandet av ett nytt ersättningsystem måste noga följas och såväl ersättningsbeloppens storlek som innehållet i åtgärderna måste fortlöpande diskuteras.

En särskild fråga är hur stor tandvårdsersättningen skall vara för åtgärder som utförs av tandläkare med specialistkompetens. För närvarande gäller för dessa vårdgivare övergångsbestämmelser till tandvårdstaxan. Privatpraktiserande tandläkare som har specialistkompetens i någon av specialiteterna oral kirurgi, tandlossningssjukdomar, rotbehandling eller tandreglering och som vid utgången av år 1972 var verksam i enskild tandvård får, när han eller hon ger tandvård inom sin specialitet, beräkna arvode med det högsta av de belopp som anges i avdelning II i bilaga 1 till tandvårdstaxan. Detsamma gäller för specialist i oral protetik som vid utgången av september 1986 var verksam i enskild tandvård. Arvoden för de specialister, som uppfyller dessa krav, är i allmänhet omkring 30 procent högre än de som gäller för

privatpraktiserande specialister som inte uppfyller kraven och för specialister inom folktandvården.

Utredningen anser att prissättningen skall vara fri även för tandläkare med specialistkompetens. Av samma skäl som redovisats tidigare bedömer inte utredningen att risken är stor för en oskälighöjning.

Det bör inte finnas skilda regler för specialister beroende på när de påbörjade sin specialistverksamhet eller sin utbildning eller var de är verksamma. Från konkurrenssynpunkt är det angeläget med samma regler för alla.

Införandet av ett nytt ersättningsystem är inte avsett att leda till några förändrade relationer i samarbetet mellan allmäntandläkare och specialister. Att så inte sker bör granskas vid den fortlöpande uppföljningen av förändringen.

När det gäller tandvårdsersättningens storlek för den tandvård som utförs av specialisttandläkare, anser utredningen att den bör vara 30 procent av de högsta arvodesbelopp som anges i Avdelning II i Bilaga 1 till tandvårdstaxan och som överensstämmer med nivån för taxan för allmäntandvård. Utredningen vill i detta sammanhang påpeka att särskilda regler gäller för oralkirurgisk vård som utförs vid sjukhus. För sådan vård som kräver ett sjukhus resurser, betalar patienten endast avgift som för öppen hälso- och sjukvård. Antalet specialister som i dag debiterar de högre arvoden är omkring 200 i hela landet av totalt omkring 880 yrkesverksamma inom de ifrågakvarande specialiteterna. Det övervägande antalet specialister finns inom folktandvården.

Amalgam

I direktiven anges att utredningen vid utformningen av sina förslag skall beakta riksdagens ställningstagande våren 1994 att av miljöskäl avveckla amalgam som tandfyllningsmaterial.

Våren 1994 ställde sig riksdagen bakom den dåvarande regeringens inställning att amalgam som tandfyllningsmaterial skulle avvecklas inom barn- och ungdomstandvården från och med den 1 juli 1995 och inom vuxentandvården senast till år 1997 (prop. 1993/94:163 *Riktlinjer för en fortsatt kretsloppsanpassning av samhället – åtgärder för att minska riskerna för kemikaliehantering*, bet. JoU23). Vidare uttalades att om avveckling av kvicksilveranvändningen inte kommer till stånd, bör förbud övervägas.

Av RFV:s uppföljning av tandvårdsförsäkringen (RFV redovisar 1996:17) framgår att andelen amalgamfyllningar på vuxna patienter har

minskat sedan åren 1990/91 med mer än 60 procent. Fyllningarna utförs i stället av andra material som kompositer, porslin eller guld.

Socialutskottet vidhöll i betänkandet *Tandvårdsfrågor* (1996/97:SoU11) att amalgamanvändningen inom tandvården skulle avvecklas och ansåg det ytterst angeläget att avvecklingsarbetet fortsatte och att samtliga vårdgivare och andra berörda medverkade i detta arbete. Utskottet framhöll på nytt vikten av att patienter som har besvär av amalgam oberoende av om orsaken till besvären med säkerhet kan fastställas, måste behandlas med respekt.

Utskottet konstaterade också att Kemikalieinspektionen hade pekat på ett antal faktorer som påverkar avvecklingstakten. Nya och befintliga alternativa material behöver utvecklas ytterligare och arbetsmiljön på tandklinikerna behöver anpassas till hanteringen av de nya materialen. Även mindre kostnadskrävande alternativ behöver utvecklas. En ytterligare faktor som lyfts fram är att Sverige inte har rätt att hindra att s.k. CE-märkta produkter släpps ut på marknaden. I dag finns åtminstone två amalgambaserade produkter som erhållit CE-märkning, vilket innebär att de är tillåtna i hela EES-området.

Beträffande utbyte av amalgamfyllningar vill utredningen framhålla, att det redan i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* föreslogs att den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem skulle tillämpas under förutsättning att utbytet av fyllningarna sker som ett led i en utrednings- och behandlingsplan under ledning av läkare med erforderlig kompetens. Utredningen för på nytt fram detta förslag.

När det gäller att ytterligare minska användningen av amalgam vill utredningen peka på en möjlighet som står till buds, nämligen att inte i bastandvården betala tandvårdsersättning för fyllningar av amalgam utan enbart av andra material. Om patienten likväl vill ha en amalgamfyllning, skulle tandvårdsersättning inte lämnas. Åtgärderna 052, Fleryttsfyllning med amalgam, och 053, Amalgamkrona, skulle då inte finnas med i förteckningen över ersättningsberättigade åtgärder (se Bilaga 3). Ur åtgärden 051 skulle enyttsfyllning med amalgam tas bort.

5.1.1 Ersättning för ett åtagande

Tandvårdsabonnemang – en valmöjlighet

I direktiven anges i fråga om stöd till ”övriga vuxna” som en förutsättning att ett sådant stöd blir mer hälsoinriktat än det nuvarande med ersättning per utförd åtgärd enligt en prestationstaxa. Härvid skall utredningen i första hand överväga möjligheten till ett system med fasta belopp till vårdgivaren från försäkringen per behandlad patient och år

eller motsvarande. Patienten bör enligt direktiven betala en fast avgift till vårdgivaren med belopp som denne bestämmer.

Utredningens arbete har emellertid visat, att det inte nu är möjligt att föreslå ett fastprissystem som grundmodell för tandvårdsförsäkringen, även om en sådan modell varit önskvärd. De många turerna kring förslaget om premietandvård har gjort det nödvändigt att bygga försäkringen på ett system med betalning och ersättning per utförd åtgärd. Utredningen anser också att den stora förändring som nu avses ske i olika hänseenden bör ha en fast bas att stå på. Också av den anledningen är en traditionell grundmodell med ersättning per åtgärd den lämpligaste lösningen.

Utredningen har å andra sidan funnit det angeläget att söka finna en möjlighet där vårdgivare och patient kan få ekonomiskt stöd av försäkringen för ett samarbete av mer planmässig och långsiktig natur än genom tandvård som betalas åtgärdsvis. För utveckling av tandvården kan det också vara ändamålsenligt att inte vara ekonomiskt beroendet av utförande av enskilda i förväg fastställda och i detalj beskrivna behandlingsåtgärder.

En fastprissmodell bör vara så väldefinierad att det ekonomiska risktagandet för vårdgivare och patient minimeras. Ett annat önskemål – som också framgår av direktiven – är att lösningar utanför försäkringen skall kunna kombineras med den av försäkringen stödda delen.

En modell av typen fastprissystem bör enligt utredningens mening vara helt frivillig för både vårdgivare och patient och ses som en möjlighet, dels för de vårdgivare som vill pröva nya former, dels för de patienter som vill ha en större visshet om sin tandvård och sina tandvårdskostnader över en längre tidsperiod.

Utredningen har granskat vilka modeller till fastprissystem som kan komma i fråga. Den som först faller i tanken är det system, den s.k. Frisktandvården, som på försök tillämpas vid ett par mottagningar inom Göteborgs kommun och Bohuslandstinget. De erfarenheter därifrån som hittills kommit fram pekar på att modellen fungerar väl. Den tjänade också som förebild till premietandvården. Utredningen har å andra sidan inte för egen del haft möjlighet skapa sig en helhetsbild av försöksverksamhetens resultat.

Utredningen har också övervägt den s.k. Bromöllumodellen, dvs. den försöksverksamhet som t.o.m. år 1996 har bedrivits vid en klinik inom landstinget i nuvarande Kristianstads län. Den modellen är emellertid begränsad så till vida att systemet med fast försäkringserättning endast gäller i relationen försäkringskassa – vårdgivare. Patienten betalar för utförda åtgärder enligt den vanliga taxan. Utredningen ser det som angeläget att få en modell som engagerar också patienten i ett fastpristänkande.

Utredningen anser som framgått av tidigare avsnitt att bastandvård är den del av tandvården som i första hand bör komma i åtnjutande av ett ekonomiskt stöd för "övriga vuxna". Ett särskild skydd mot höga kostnader har inte bedömts kunna bli inrymt i ramen 1,4 miljarder kronor.

Ett fastprissystem bör enligt utredningens uppfattning ligga i linje med dessa övergripande prioriteringar. Utredningen föreslår därför att ett system med fast försäkringsersättning och fasta patientavgifter bör inriktas på att omfatta enbart bastandvård, på det sätt denna avgränsats tidigare i utredningens förslag.

Systemet bör utformas så att största möjliga ekonomiska säkerhet skapas för vårdgivare och patient. Också av den anledningen erbjuder bastandvård ett lämpligt omfång. Sett ur patientens synvinkel blir det här fråga om att teckna ett abonnemang för undersökning, förebyggande vård och sådant underhåll i övrigt inom ramen för bastandvården som kan bli aktuellt under en viss tidsperiod.

Vidare bör systemet vara enkelt och kunna regleras inom försäkringsbestämmelsernas ram. Ett abonnemang innebär i och för sig att ett avtal ingås, men härför behövs enligt utredningens uppfattning ingen särskild lag. Om erforderliga regler för vårdgivarens och patientens åtaganden och säkerhet är enkla och kan ges inom samma ram som övriga försäkringsbestämmelser, behövs ingen särskild lagstiftning. Utredningen anser att ett abonnemang på bastandvård under en inte alltför lång period innebär en lösning där patientskyddet är jämförbart med vad som gäller för övriga tandvårdsåtgärder. Vårdgivaren behöver inte göra svåra riskprognoser och inte riskera obehagliga överraskningar i form av oväntade kostnader för att utföra dyrbara protetiska åtgärder inom ramen för abonnemanget.

Utredningen föreslår att det i en ny förordning om tandvårdsersättning tas upp en särskild "åtgärd 10" benämnd *Bastandvård, abonnemang*. Följande bör gälla för denna åtgärd:

- Vårdgivare och patient kan i ett enskilt fall komma överens om att tillämpa abonnemangsmodellen för bastandvård i stället för enskilda åtgärder enligt taxans åtgärdsgrupper 1-5 samt 9 och delar av 8.
- Abonnemanget omfattar ett för individen anpassat behov av undersökning och förebyggande behandling jämte den ytterligare bastandvård som kan bli aktuell under perioden.
- Abonnemanget bör avse två år i taget.
- Vårdgivaren sätter pris för abonnemanget i det individuella fallet.
- Patienten blir berättigad till ett i tandvårdstaxan angivet återbäringsbelopp från försäkringen. Detta beräknas med ledning av den för respektive åtgärd gällande försäkringsersättningen och fastställs

som ett totalbelopp som motsvarar en bedömd normalinsats av bas- tandvård under en tvåårsperiod. I analogi med utredningens förslag om subventionering bör det för bas- tandvårdsabonnemanget finnas tre olika ersättningsbelopp, ett för 20–29-åringar (för vilka även undersökningsåtgärderna subventioneras), ett för dem som är 30 år och äldre, samt ett förhöjt belopp för dem som oavsett ålder är berättigade till särskilt stöd på grund av långvarig sjukdom och funktionshinder. Beloppen bör också sättas så att neutralitet så långt möjligt skapas mellan abonnemanget och systemet i övrigt.

Administrativt bör systemet kunna fungera på följande sätt:

- Vårdgivaren lämnar till försäkringskassan en anmälan som visar att ett abonnemang på bas- tandvård för en angiven tid om två år tecknats av en namngiven patient. Vårdgivarens pris anges som upplysning.
- Anmälan fungerar samtidigt som rekvisition av ersättningsbeloppet, som av kassan utbetalas till vårdgivaren.
- Patienten får en handling av vårdgivaren där överenskommet antal undersökningar och eventuellt antalet förebyggande behandlingar under perioden noteras. Även patientens ansvar för tandhälsan bör markeras genom att det anges vilken förebyggande egenvård som bör utföras.

Utredningen anser vidare att ett av försäkringen subventionerat bas- tandvårdsabonnemang bör kunna kompletteras med ett tilläggs- abonnemang på sådan tandvård som i grundförslaget inte omfattas av försäkringen, t.ex. protetiska arbeten. Härigenom skulle ett system skapas där de äldre grupper som har sådana behov, ändå kan få en fast och förutsägbar kostnad där även det vanliga underhållet ingår och är subventionerat. Vårdgivaren antas i sin prissättning utgå från totaliteten. I det av utredningen skisserade högre ersättning alternativet skulle ersättning utges även för tilläggsabonnemang på protetik behandling. Detta bör dock vara en valmöjlighet i sig och inte obligatoriskt kopplas till ett abonnemang på bas- tandvård, eftersom förutsägbarheten är mindre i fråga om protetikbehov. Såvitt avser försäkringsersättning bör inte implantat ingå i ett abonnemangspaket, inte heller behandling av tandskada som förorsakats av olycksfall. Dessa får ersättas per åtgärd i vanlig ordning.

5.2 Tandvård vid särskilda behov

Boende på sjukhem m.m. är den sammanfattande benämningen som utredningen använder för boende i särskilda boendeformer för service och omvårdnad m.fl. Boende på sjukhem m.m. skall utan avgift erbjudas bedömning av sitt muntillstånd m.m. och få den nödvändiga tandvården utförd med avgifter som tillämpas inom den öppna hälso- och sjukvården.

Tandvård som är ett led i en kortvarig sjukdomsbehandling skall också betalas med avgifter som inom den öppna hälso- och sjukvården.

Vid ett långvarigt väsentligt ökat behov av tandvård till följd av sjukdom eller funktionshinder skall patienten få ersättning för all tandvård. Ersättningen bör uppgå till 60 procent av dagens tandläkararvode.

5.2.1 Tandvård åt boende på sjukhem m.m.

I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* föreslogs att personer inom äldre- och handikappomsorgen samt hemtjänsten, som behövde ett särskild stöd, genom en uppsökande verksamhet skulle erbjudas vissa tandvårdsåtgärder. Dessa skulle vara följande:

- En munvårdsbedömning, dvs. en undersökning av behovet av daglig munvård.
- En individuell rådgivning och instruktion om den dagliga munvården.
- Ett tandvårdserbjudande, dvs. en fråga om personen vill ha en fullständig undersökning av sitt tandtillstånd och eventuellt erforderlig behandling.
- Handledning av vård- och omsorgspersonal så att denna kan hjälpa dem som behöver och vill ha hjälp med den dagliga munvården.

Landstingen skulle i samråd med kommunerna ansvara för verksamheten. Såväl folktandvården som privata vårdgivare avsågs kunna delta. Den uppsökande verksamheten skulle vara avgiftsfri för patienterna och kommunerna. Landstingen skulle svara för finansieringen och få ersättning från staten för detta.

Remissinstanserna var nästan utan undantag positiva till förslaget men flera framhöll att de personer som vid munhälsobedömningen an-

setts vara i behov av tandvård, borde få ett ekonomiskt stöd även för denna.

Ett stort problem är att i synnerhet de patienter som har omfattande kommunal omsorg har små möjligheter att betala de kostnader, som tandvården för med sig. De avböjer därför ofta hjälp med att komma i kontakt med en tandvårdsmottagning. Kommunerna tar ut stora avgifter för boendet och tillsynen. Inom de flesta kommunerna är modellen för att beräkna avgifterna för boendet sådan, att i praktiken alla inkomster med undantag av ett s.k. förbehållsbelopp går till att betala avgifterna.

Förbehållsbeloppet skall täcka kostnader för läkarvård, medicin, tandvård, fotvård, resor (inklusive sjukresor), hygien, kläder, tidning, telefon, radio/TV, extra mat och dryck, tobak, presenter, trygghetslarm m.m. Medianvärdet bland kommunerna uppgår till 1 375 kronor per månad. Det högsta förbehållsbeloppet är 2 100 kronor, det lägsta 900 kronor per månad.

I flera landsting har påbörjats försök med uppsökande verksamhet till boende vid sjukhem m.m. och till personer som har hemsjukvård eller av annan anledning har stort behov av hjälp från den sociala hemtjänsten. Utredningen har tagit del av dessa erfarenheter och fått bekräftat att oväntat många av ekonomiska skäl tackar nej till erbjudandet om undersökning och erforderlig vård. Patienterna är ofta i så dålig kondition att de själva har svårt att inse betydelsen av tandvård för att de skall kunna äta utan smärtor och för det allmänna välbefinnandet. Ibland måste släktingar eller gode män övertygas om det angelägna i att patienterna får nödvändig tandvård.

Som tidigare framförts i kapitlet Mål och principer anser utredningen att den uppsökande verksamheten är angelägen och bör ges hög prioritet. Den uppsökande verksamheten bör vara avgiftsfri för kommunerna och patienterna och finansieras genom statsbidrag till sjukvårdshuvudmännen. Utredningen anser dessutom att det inte bör finnas några ekonomiska hinder för patienten att få den tandvård utförd, som vid munhälsobedömningarna ansetts nödvändig.

Målgruppen är personer som bor på sjukhem, ålderdomshem, i servicehus eller i gruppboende och har tillsyn en stor del av dygnet. Till målgruppen hör även personer som bor i egen bostad och har så stora behov av vård och/eller omsorg att boendet kan likställas med boende på sjukhem e.d.

Det väsentliga för att avgöra om en person skall få ett särskilt stöd för sin tandvård är emellertid inte boendeformen eller omfattningen av det personliga stödet. Avgörande är det individuella vårdbehovet. I första hand skall göras en bedömning av detta med hänsyn till personens allmäntillstånd och behov så att tandvården kan medverka till en väsentlig förbättring av livskvaliteten och förmågan att tillgodogöra sig

föda. Om allmäntillståndet inte medger mer omfattande behandling, skall tandvården i första hand söka hålla patienten fri från sådana sjukliga förändringar i munnen som kan förorsaka smärta eller obehag. I vissa fall kan det vara lämpligt att utföra tandvården i patientens bostad med mobil tandvårdsutrustning.

Med utgångspunkten att det individuella behovet av personligt stöd skall vara avgörande för rätten till ett särskilt ekonomiskt stöd för tandvård har utredningen funnit att följande grupper av personer är aktuella, nämligen de som

- är somatiskt eller psykiskt långtidssjuka eller
- är äldre och behöver särskild service och omvårdnad, liksom sådana yngre med funktionshinder som har motsvarande behov, eller
- har hemsjukvård eller
- omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, eller
- i övrigt har sådana behov av vård, omsorg och service att de inte själva kan söka tandvård.

De flesta inom målgruppen har sådana boendeformer som kommunerna enligt Ädelreformen är skyldiga att inrätta. Det gäller bland annat från landstingen övertagna sjukhem samt ålderdomshem, servicehus och gruppboendestäder. Även personer som har dagverksamhet enligt 10 § socialtjänstlagen bör omfattas. Härigenom uppnås likställighet med det kommunala ansvaret för hälso- och sjukvård. Härtill kommer enligt den föregående uppräknningen de som har hemsjukvård under landstingets eller kommunens ansvar, de som omfattas av LSS samt de som i ordinärt boende har motsvarande behov som de som har särskilt boende. Gruppen i ordinärt boende torde rent praktiskt behöva begränsas till dem som har ett mycket stort behov av hemtjänst med hög grad av service och omsorg.

Utredningen använder i detta betänkande uttrycket ”boende på sjukhem m.m.” som en sammanfattande benämning för de patientgrupper som avses komma i åtnjutande av den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården.

Tandvården skall vara baserad på ett realistiskt behandlingsbehov. I första hand skall göras en bedömning av vårdbehovet med hänsyn till patientens allmäntillstånd och behov så att tandvården kan medverka till en väsentlig förbättring av patientens förmåga att tillgodogöra sig födan och därmed till att höja livskvaliteten. Om patientens allmäntillstånd inte medger mer omfattande behandling, skall tandvården i första hand söka hålla patienten fri från sådana sjukliga förändringar i munnen som kan förorsaka smärta eller andra obehag.

Sjukvårdshuvudmännen förutsätts ta initiativet till samarbetet med kommunerna. Överenskommelserna mellan de olika huvudmännen och kommunerna om formerna för det praktiska genomförandet kan variera.

Patienten bör betala vårdavgifter som inom den öppna hälso- och sjukvården och inom ramen för det tak på för närvarande 900 kronor per tolv månadersperiod som beslutats av riksdagen.

Ett avtal bör finnas med ett tandvårdsföretag – folktandvård eller privat företag – för varje boendeenhet, hemtjänstområde eller liknande så att ansvaret för den uppsökande verksamheten och nödvändiga tandvården kan hållas samman. Om patienten inte vill acceptera erbjudandet om tandvård enligt modellen för tandvård åt boende på sjukhem m.m. kan patienten vända sig till den tandläkare som önskas. I dessa fall får dock de allmänna reglerna om ekonomiskt stöd till tandvård tillämpas.

Beslutet att en viss behandling av en enskild patient skall betalas enligt hälso- och sjukvårdens system för öppenvårdsavgift bör fattas av sjukvårdshuvudmannen. I de flesta situationer bör schablonmässiga regler finnas så att vårdgivaren själv kan avgöra om en viss behandling faller inom ramen för avgiftssystemet. Endast vid mera omfattande och kostsamma behandlingar bör förhandsprövning tillämpas.

Ersättningen från huvudmannen till vårdgivaren bör i princip bestämmas genom avtal. En modell kan vara att huvudmannen efter upphandling tecknar individuella avtal med olika vårdgivare om ersättningens storlek. En annan kan vara att huvudmannen erbjuder folktandvården och de privata vårdgivarna att utföra behandlingen mot en viss ersättning. Det är i sådant fall viktigt att ersättningen beräknas till ett sådant belopp att den täcker kostnaderna för den i egen regi drivna folktandvården.

5.2.2 Tandvård som ett led i en kortvarig sjukdomsbehandling

I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* föreslogs, att för särskilda tandvårdsinsatser som behöver utföras som ett nödvändigt led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, skulle bestämmelserna om avgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen gälla.

Exempel på tandvårdsinsatser som kan komma i fråga är i princip all behandling, som i dag kan hänföras till 9 § tandvårdstaxan. Dessa är:

- Behandling som görs till följd av missbildning i käkområdet eller ansiktet, såvida inte missbildningen är av endast ringa omfattning.
- Behandling av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet.
- Behandling som görs om på grund av avvikande reaktion mot dentala material.
- Behandling av tandskada på epileptiker som uppkommit vid epileptiskt anfall.
- Behandling som görs till följd av muntorrhet på grund av strålbehandling eller Sjögrens syndrom.

Därutöver nämns i rapporten en rad exempel på patientgrupper som förslås bli omfattade av stödet, t.ex. personer som skall genomgå stora kirurgiska ingrepp där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav.

Även gruppen extremt tandvårdsrädda, där rädslan är så stor att patienterna inte förmår uppsöka tandvården förrän en akut situation uppstår, bör enligt förslaget föras till den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Detsamma gäller för de patienter som erhåller utbyten av tandfyllningar som ett led i en medicinsk rehabilitering, förutsatt att utbytet sker som en komponent i en utrednings- eller behandlingsplan under ledning av läkare med erforderlig kompetens.

I rapporten framhölls att även andra behandlingsinsatser än de ovan nämnda kunde komma i fråga för denna form av stöd.

Patienten skulle ha frihet att välja vårdgivare inom den offentliga eller den privata tandvården. Patientavgift skulle betalas som inom den öppna hälso- och sjukvården och inom ramen för det tak på för närvarande 900 kronor per tolv månadersperiod som beslutats av riksdagen. Landstingen skulle svara för finansieringen och för detta få ersättning från staten.

Remissinstanserna var i allmänhet positiva till förslaget. Utredningen anser att de invändningar som framfördes mot förslaget inte var av den arten att det finns skäl att föreslå några förändringar. Det tidigare förslaget förs därför fram på nytt.

5.2.3 Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionshinder

I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* redovisades ett förslag om ekonomiskt stöd vid väsentligt och långvarigt ökade tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder. Tandvårdskostnaderna för de berörda patienterna skulle motsvara vad övriga personer i ge-

nomsnitt betalade för sin tandvård under ett år. Ett tak för patientavgiften föreslogs bli infört enligt en självriskmodell där patienten betalade hela kostnaden för utförd tandvård, exklusive protetik, dock högst 800 kronor per tolv månadersperiod. För protetiska arbeten skulle patienten betala halva kostnaden. Stödet föreslogs bli administrerat av försäkringskassorna och RFV.

Principen att ett särskilt stöd skulle finnas för tandvård vid väsentligt och långvarigt ökat behov till följd av sjukdom eller funktionshinder stöddes av flertalet remissinstanser. Däremot hade många synpunkter på den administrativa utformningen. En invändning var att det skulle bli svårt både för patienter och vårdgivare att tillämpa flera olika stödmodeller. I det då föreliggande förslaget skulle tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under kortare tid ersättas enligt en modell och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionshinder enligt en annan.

Utredningen har tidigare i detta kapitel föreslagit en särskild stödmodell för bastandvård åt alla vuxna. Därigenom skulle det finnas olika former av stöd åt vuxentandvården om dessutom förslagen i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* blev genomförda. Utredningen anser att det inte bör finnas fler än två modeller för stödet åt vuxna.

Det finns därmed två alternativ. Enligt det ena kan tandvården för långtidssjuka och funktionshindrade ersättas på samma sätt som den tandvård som ingår som ett led i en sjukdomsbehandling under kortare tid. Detta skulle innebära att den öppna sjukvårdens regler skulle gälla och att landstingen ansvarade för administrationen av stödet. Ett annat alternativ är att bygga ut den tidigare föreslagna modellen för stöd till bastandvård för alla vuxna med ett tillägg för tandvård åt kroniskt sjuka och funktionshindrade. Utredningen har funnit det mest lämpligt att bygga ut modellen med bastandvård.

Enligt förslaget om bastandvård åt alla vuxna skall tandvårdsersättning betalas med ett grundbelopp per utförd åtgärd för alla åtgärdsgrupper enligt den nuvarande tandvårdstaxans bilaga 1 med vissa undantag. För undersökning, diagnostik och rådgivning inom allmäntandvården, skall ersättning utbetalas endast till unga vuxna i åldrarna 20–29 år. För protetisk behandling samt för behandling inom specialiteterna odontologisk radiologi, bettfysiologi, oral protetik och tandreglering skall ingen ersättning lämnas. För den vård som berättigar till ersättning föreslås ersättningen bli 30 procent av de arvodesbelopp som gäller från och med den 1 oktober 1997.

I det fall en patient bedöms ha ett långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov på grund av sjukdom eller funktionshinder, föreslås att tandvårdsersättning betalas med ett *förhöjt belopp*. Detta föreslås utgöra 60 procent av de arvoden som utgör underlaget för att beräkna

grundbeloppen. Utredningen föreslår också att tandvårdsersättning beräknad på detta sätt skall betalas för undersökning, diagnostik och rådgivning för alla åldersgrupper samt för odontologisk radiologi, bettfysiologi protetiska åtgärder samt tandreglering som är nödvändig inför en protetisk rekonstruktion.

Utredningen anser att förmånerna enligt detta förslag är likvärdiga med de som lades fram i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling*. Mot en patientavgift på 800 kronor – som var det högsta årliga belopp som skulle betalas för annan tandvård än protetik – erhålls i det nu reviderade förslaget tandvård till en kostnad av 2 000 kronor vid den nu gällande arvodesnivån. För överskjutande kostnader betalar patienten enligt det reviderade förslaget 40 procent. I det tidigare förslaget skulle ny patientavgift börja erläggas för varje ny tolv månadersperiod. I detta förslag är stödet inte knutet till en viss tidsperiod. Enligt det tidigare förslaget skulle patientavgiften vara 50 procent för protetiska åtgärder. I det nu föreliggande förslaget är motsvarande avgift 40 procent.

5.2.4 Hjälpmedel

I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* konstaterades att s.k. tränings- och behandlingshjälpmedel inom tandvården inte omfattas av bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. Kostnadsansvaret har helt kommit att falla på den enskilde patienten. Det gäller inte bara enkla hjälpmedel för munhygien såsom eltandborstar utan också betydligt kostsammare tränings- och behandlingshjälpmedel. Vissa av hjälpmedlen tillverkas av tandtekniker. De kräver omfattande behandlingstid hos tandläkare för utprovning.

Utredningen anser, i likhet med vad som framfördes i rapporten, att det är landstingens sak att besluta om vilka hjälpmedel som ingår i patientavgiften i de fall tandvården skall betalas enligt samma regler som gäller för öppen hälso- och sjukvård. För kroniskt sjuka och funktionshindrade med ett långvarigt och ökat tandvårdsbehov bör specialanpassade hjälpmedel ingå i det som ersätts inom systemet med bas-tandvård för dessa patientgrupper. Inköp av enklare hjälpmedel för munhygien bör dock alltså bekostas av den enskilde.

5.3 Eventuellt stöd vid höga behandlingskostnader

Om den årliga ekonomiska ramen blir större än 1,4 miljarder kronor, kan det föreslagna ersättningssystemet byggas ut så att stöd även ges för implantat och andra protetiska ersättningar.

Utredningen vill understryka att ett stöd vid höga behandlingskostnader inte ingår i förslaget till prioriteringar inom den angivna ramen på 1,4 miljarder kronor. Först om ramen vidgas bör ett stöd vid höga kostnader komma ifråga. Utredningen vill emellertid ändå redovisa hur ett sådant stöd skulle kunna utformas i ett system som i övrigt innehåller bastandvård m.m.

Ett skydd mot höga patientavgifter kan byggas upp på flera sätt. Det nuvarande högkostnadsskyddet är konstruerat så att tandvårdsersättning utbetalas endast om arvodet enligt bilaga 1 till tandvårdstaxan överstiger 1 300 kronor under en behandlingsperiod på högst ett år. Överstiger summan av arvodet 1 300 men inte 13 500 kronor, betalar försäkringskassan tandvårdsersättning för det överskjutande beloppet med 35 procent. Om arvodet överstiger 13 500 kronor betalas tandvårdsersättning för det överskjutande beloppet med 70 procent.

Eftersom utredningen föreslagit att arvoden inte skall regleras utan vårdgivarnas prissättning skall vara fri, kan det nuvarande sättet att utforma ett högkostnadsskydd inte komma ifråga.

Utredningen föreslår därför att ett eventuellt stöd vid höga behandlingskostnader utformas så att tandvårdsersättning utbetalas med grundbelopp även för protetiska åtgärder och för sådan tandreglering som är nödvändig för att protetiska rekonstruktioner skall kunna utföras. Grundbeloppen föreslås bli beräknade på samma sätt som för bastandvården, dvs. med en procentuell andel av de högsta arvoden som anges bilaga 1 till tandvårdstaxan från och med den 1 oktober 1997.

Statens kostnader för ett stöd vid höga behandlingskostnader blir emellertid mycket stora om ingen form av självrisk införs. Utredningen har därför funnit att ett stöd inte bör träda in förrän den protetiska vården nått en viss volym. Sålunda skulle t.ex. ersättning kunna betalas först från och med det fjärde inlägget, kronan, det hängande broledet eller stödet vid en emaljretinerad konstruktion, vilket motsvarar åtgärderna 061, 062, 065 och 066 i nuvarande bilaga 1 till tandvårdstaxan. När det gäller avtagbara proteser skulle t.ex. ersättning kunna utbetalas först för den andra protesen.

Ett utvidgat högkostnadsskydd skulle kunna införas enbart vid behandling av helt tandlös käke med eller utan implantat. Tandvårdserättning skulle kunna lämnas med förhöjt belopp för den oralkirurgiska och den protetiska behandlingen. Det förhöjda beloppet kan t.ex. utgöra 60 procent av de arvodesbelopp, inklusive kostnaden för titan-komponenter och prefabricerade tänder, som gäller från och med den 1 oktober 1997.

5.4 Tandvård inom sjukvårdens ersättningssystem

Behandling vid infektioner och inflammationer kan med en ökad ekonomisk utgiftsram betalas med avgifter som inom den öppna hälso- och sjukvården.

Utredningen har föreslagit att tandvård i samband med den uppsökande verksamheten vid sjukhem m.m. och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under kortare tid skall ersättas enligt den öppna hälso- och sjukvårdens system. Utredningen har också tidigare redovisat den principiella uppfattningen att behandling av infektioner och inflammationer i munhåla och tänder borde ersättas på samma sätt. Det har emellertid inte varit möjligt att inrymma ett sådant förslag inom den tillgängliga utgiftsramen.

Någon ny form för stödet skulle inte behöva utvecklas om behandlingen av infektioner och inflammationer inlemmades i sjukvårdens ersättningssystem. Modellen finns redan etablerad i och med att tandvården vid den uppsökande verksamheten och tandvården som ett led i en sjukdomsbehandling ersätts enligt dessa regler. Skillnaden blir att alla patienter kommer att få vissa behandlingsåtgärder ersatta inom ramen för den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.

Behandling av infektioner och inflammationer skall enligt utredningens förslag ersättas som bastandvård. Skulle dessa behandlingar överföras till sjukvårdens ersättningssystem, minskar följaktligen innehållet i bastandvården.

5.5 Utökat stöd för bastandvård

Vid ökade resurser kan stödet för bastandvård utökas.

Subventionsgraden inom bastandvården har föreslagits bli 30 procent av den nuvarande arvodesnivån i tandvårdstaxan. Denna ersättning avser grundbeloppen – för de långvarigt sjuka och funktionshindrade har föreslagits en förhöjd ersättning uppgående till 60 procent av den nuvarande arvodesnivån. Att just dessa nivåer valdes beror på att den ekonomiska ramen inte medgav högre kostnader för försäkringen. Med en utökad finansiell ram kan det diskuteras om den ena eller båda ersättningsnivåerna skall höjas.

6 Kostnader och ersättningsnivåer

I detta kapitel redovisar utredningen de beräkningar som har genomförts. En översikt ges av förslagets olika delar och de kostnader som beräknas sammanhånga med respektive komponent. Därefter följer avsnitt i vilka utredningen närmare redogör för hur beräkningarna har gjorts. De beräkningar som redovisades i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* kommenteras. Utredningen resonerar kring de överlappningar som sker mellan förslagets olika delar, och de svårigheter som uppkommer när utredningens förslag skall kostnadsberäknas.

6.1 Översikt

Bedömningarna och beräkningarna skall enligt utredningens direktiv grundas på att den totala utgiftsramen för det statliga stödet till vuxentandvård uppgår till högst 1,4 miljarder kronor för år 1999.

I det följande redovisas de kostnadsberäkningar som utredningen har genomfört. Först ges en sammanfattning av förslaget och de kostnader som sammanhänger med respektive komponent i detta.

Komponent	Statens kostnad, mkr per år
a) Bastandvård åt alla	675
b) Utökat stöd till tandvård vid väsentligt ökade vårdbehov under lång tid till följd av sjukdom eller funktionshinder	300
c) Uppsökande och nödvändig tandvård åt boende på sjukhem m.m.	260 (80+180)
d) Tandvård som led i sjukdomsbehandling under begränsad tid	225
e) Kompetenscentra + uppföljning	6
f) Bidrag till informationsinsatser och genomförande-kostnader, engångsbelopp	14
g) Avräkning oral kirurgi (se nedan)	./ 80
Summa	1 400

f) Avser återföring från landstingen till staten av tidigare erhållna bidrag för sådan oral kirurgi som inte längre föreslås ersättas inom ramen för hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Se närmare förklaring i *Tandvårdsförsäkring i omvandling*.

6.2 Beräkningar

6.2.1 Bastandvård åt alla

Utredningen föreslår ett ekonomiskt stöd till tandvård där nödvändig bastandvård subventioneras. Med nödvändig bastandvård avses åtgärdsgrupperna 1, Undersökning, diagnostik, rådgivning; 2, Förebyggande åtgärder; 3, Oralkirurgisk behandling; 4, Pulpakirurgisk behandling; 5, Konserverande behandling; 9, Akutbehandling samt del av 8, Övriga behandlingar enligt nuvarande tandvårdstaxa (1973:638), bilaga 1, avdelning I. Därutöver avses specialisttandvård inom ämnesområdena odontologisk radiologi, tandlossningssjukdomar, oral kirurgi och rotbehandling.

För åtgärdsgrupp 1, Undersökning, diagnostik och rådgivning samt för odontologisk radiologi föreslås subvention lämnas enbart till personer i åldersgruppen 20–29 år samt till de som har väsentligt ökade vårdbehov under lång tid till följd av sjukdom eller funktionshinder. Övriga vuxna får själva bekosta sina undersökningar. Skälet till detta förslag är ekonomiskt. Med den angivna kostnadsramen har utredningen inte kunnat inrymma stöd till undersökningsåtgärderna för samtliga vuxna. Tandvård inom de övriga angivna åtgärdsgrupperna föreslås bli subventionerad för samtliga vuxna försäkrade. Bettfysio-

logi, protetisk behandling och tandreglering omfattas i normalfallet inte av någon subventionering. De långvarigt sjuka erhåller emellertid ersättning även för bettfysiologi, protetiska behandlingsåtgärder och tandreglering. Försäkringsersättningen till patienter i allmänhet föreslås motsvara 30 procent av det åtgärdsarvode som anges i nuvarande tandvårdstaxa (december 1997). För de kroniskt sjuka och funktionshindrade föreslås på motsvarande sätt ersättningen bli 60 procent. I författningstext måste försäkringsersättningen uttryckas som ett fast krontalsbelopp per åtgärd, eftersom utredningen föreslår att arvodesättningen skall bli fri. I och med att dessa krontalsbelopp fastställts är de i fortsättningen frikopplade från arvoden. Det bör ankomma på RFV att föreslå de framtida förändringar av försäkringsersättningen som behövs.

Utredningen har i tidigare kapitel föreslagit att det skall bli möjligt att teckna ett så kallat abonnemang på erforderlig bastandvård under en tvåårsperiod. I en förordning om tandvårdersättning bör i åtgärdsförteckningen finnas upptagen åtgärden Bastandvård, abonnemang. För bastandvårdsabonnemanget bör det finnas tre olika ersättningsbelopp, ett för 20–29-åringar (för vilka även undersökningsåtgärderna subventioneras), ett för de som är 30 år och äldre samt ett tilläggsbelopp för de som på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder är berättigade till ett utvidgat stöd. Beloppet måste beräknas med ledning av den för respektive åtgärd gällande ersättningen och fastställas som ett totalbelopp som motsvarar en bedömd normalinsats av bastandvård för en genomsnittspatient under tvåårsperioden. Ersättningsbeloppet bör betalas ut på årsbasis.

Utredningen anser att det bör ankomma på RFV att bedöma vad som kan anses vara en normalinsats av bastandvård under en tvåårsperiod och att föreslå hur stor försäkringsersättningen för ett bastandvårdsabonnemang bör vara.

Utredningen har som redovisats ovan gjort vissa beräkningar per åtgärdsgrupp av hur stor statens kostnad för en bastandvårdsmodell kan förväntas bli. I följande sammanställning avses i kolumnen ”tandvårdersättning” den beräknade årliga kostnaden för staten.

Åtgärdsgrupp	Skattat bruttoarvode, tkr	Tandvårdsersättning 30 %, tkr.
Undersökning, diagnostik, rådgivning för 20–29-åringar	124 500	37 350
Förebyggande åtgärder	637 760	191 330
Oralkirurgisk behandling	166 200	49 860
Pulpakirurgisk behandling	367 000	110 100
Konserverande behandling	1 168 840	350 650
Akutbehandling, viss övrig behandling, viss specialisttandvård	250 000	75 000
Summa		814 290
Avgår:		
Överlappning mellan bastandvård och nödvändig tandvård åt uppsökta*)		./ 90 000
Överlappning mellan bastandvård och tandvård som led i sjukdomsbehandling under kort tid *)		./ 50 000
*) Uppskattad. Se avsnitt 6.2.3–6.2.5		
Summa (avrundad)		675 000

Utredningen vill understryka att det föreligger stora svårigheter att med närmare precision uttala sig om framtida kostnader. Detta beror, som framförts i flera sammanhang, bl.a. på bristande tillgång till heltäckande statistiskt underlag. Antaganden och beräkningar har gjorts beträffande de totala tandvårdsarvodena för vuxna, inklusive patientavgifter, samt arvodenas fördelning på åtgärder respektive åldersgrupper.

Som underlag för beräkningarna har främst använts material från RFV. Detta material avser *skattat bruttoarvode*, dvs. tandläkarnas totala arvode inklusive patientavgifter, för budgetåret 1994/95. Utredningen har också fått tillgång till beräkningsunderlag från andra källor, bl.a. från några landsting.

Den 1 september 1994 infördes den s.k. självriskan på 500 kronor. Eftersom RFV:s statistik grundar sig på ett urval av faktiskt upprättade tandvårdsräkningar inom folktandvård och privat tandvård, finns även tandvårds-kostnader understigande självriskan med i urvalspopulationen och därmed i utredningens beräkningsunderlag. RFV uppger att i sam-

band med införandet av självriskan minskade antalet till försäkringskassan inkomna tandvårdsräkningar i en utsträckning som inte var förväntad. Detta skulle kunna förklaras med att det inte längre var lika intressant för tandläkarna att sända in tandvårdsräkning, eftersom behandlingskostnader understigande självriskan inte berättigade till någon försäkringsersättning. I beräkningarna har ingen hänsyn tagits till detta eventuella bortfall av tandvårdsräkningar. Utredningen har inte funnit det möjligt att kvantifiera bortfallet. Det har heller inte ansetts möjligt att bedöma i vilken utsträckning minskningen av antalet inkomna tandvårdsräkningar faktiskt berodde på att tandläkare underlåtit att sända in räkning för vårdkostnader understigande självriskan. En annan förklaring kan vara att tandvårdskonsumtionen faktiskt minskat.

I olika sammanhang har framförts att det under senare år funnits tecken som tyder på en minskad efterfrågan på tandvård och därmed tandvårdskonsumtion. I flera av de undersökningar som refererats i kapitel 3, Aktuella frågor, i detta betänkande görs också denna iakttagelse. RFV:s utbetalningsstatistik visar, under senare år, en nedåtgående trend. Det är emellertid inte möjligt att på grundval av enbart utbetalningsstatistiken avgöra om tandvårdskonsumtionen faktiskt har minskat. Införandet av en självrisk samt höjningar av denna påverkar givetvis utbetalningsstatistiken.

Utredningen gör emellertid den bedömningen att en konsumtionsminskning verkligen ägt rum. I kostnadsberäkningarna har hänsyn tagits till detta genom att det skattade bruttoarvodet för budgetåret 1994/95 inte uppräknats till nu gällande taxenivå. Detta medför att beräkningarna avser i december 1997 gällande arvodesnivå.

Ett av de problem som utredningen har försökt lösa med förslaget till bastandvårdsmodell är att människor inte skall avstå från regelbundna besök hos tandvården. Detta innebär att ett syfte kan sägas vara att tandvårdskonsumtionen skall öka, åtminstone i ett initalskede. På sikt bör detta emellertid medföra att tandhälsan förbättras, och därmed att tandvårdskonsumtionen minskar. Att kvantifiera dessa dynamiska effekter med tillfredsställande säkerhet är enligt utredningens mening inte möjligt.

6.2.2 Utökat stöd till tandvård vid väsentligt ökade vårdbehov under en lång tid till följd av sjukdom eller funktionshinder

I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* uppskattades antalet personer som skulle omfattas av denna stödform till omkring 300 000. Målet var att dessa inte skulle ha högre kostnader för sin tandvård än genomsnittet för personer med normala tandvårdsbehov. Med normal, genomsnittlig tandvårdskostnad avsågs en patientavgift på 800 kronor per år, jämte halva kostnaden för protetisk behandling. Den föreslagna patientavgiften om 800 kronor skulle täcka kostnaden för undersökning, förebyggande vård, erforderliga fyllningar m.m., dvs. sådan vård som nuvarande utredning föreslår skall ingå i bastandvårdsmodellen. Statens årliga kostnad uppskattades till 400–500 miljoner kronor.

I det beräkningsunderlag som utredningen använt för bastandvårdsmodellen ingår kostnaden för all utförd tandvård under ett år. Detta innebär att delar av kostnaderna för de kroniskt sjukas och funktionshindrades tandvård, dvs. sådan vård som är att hänföra till åtgärdsgrupperna 1–5, 8 och 9 i nuvarande tandvårdstaxa, samt viss specialtandvård, finns med. Utöver detta behöver medel avsättas till det utökade stöd, som föreslås för denna grupp. Utredningen föreslår att det utökade stödet utformas så att de kroniskt sjuka och funktionshindrade dels erhåller en högre ersättning per utförd åtgärd i bastandvårdsmodellen än övriga vuxna, dels erhåller stöd för fler åtgärder enligt nedan.

- Undersökning, diagnostik, rådgivning, inklusive odontologisk radiologi, (oavsett ålder)
- Protetiska behandlingsåtgärder och bettfysiologi
- Tandreglering

Ersättningen för samtliga åtgärder bör enligt utredningens mening vara 60 procent av de styckeprisarvoden som gäller för närvarande (december 1997). Försäkringsersättningen bör i författningstext uttryckas i krontal, eftersom utredningen föreslår att arvodessättningen skall bli fri.

En patientavgift om 800 kronor per år – som föreslogs i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* – motsvarar, med utredningens förslag till subvention (60 procent av gällande styckeprisarvode), en total vårdkostnad om 2 000 kronor per år. Utredningen finner det inte troligt att den genomsnittliga vårdkostnaden för de kroniskt sjuka och funktionshindrade, vad avser sådana behandlingsåtgärder som ingår i bas-

tandvårdsmodellen, skulle vara högre än så. Därtill föreslås att för de ytterligare behandlingsåtgärder som avses bli subventionerade för denna grupp, såsom bettfysiologi, protetik och tandreglering, skall subventionen motsvara 60 procent av gällande styckeprisarvode. I *Tandvårdsförsäkring i omvandling* föreslogs ersättningen bli 50 procent för protetiska behandlingsåtgärder.

För det utökade stöd som utredningen föreslår till de kroniskt sjuka och funktionshindrade beräknas den genomsnittliga försäkringsersättningen bli omkring 1 000 kronor per patient och år. Detta motsvarar, med en subvention beräknad som 60 procent av nu gällande arvode, en total vårdkostnad om ca 1 700 kronor.

Utredningen bedömer, med hänsyn till vad som sagts i det föregående, att statens merkostnad för de kroniskt sjukas och de funktionshindrades tandvård, med de föreslagna subventionerna, uppgår till 300 miljoner kronor per år. Det i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* uppskattade beloppet har korrigerats med hänsyn till att i beräkningsunderlaget för bastandvårdsmodellen ingår all utförd tandvård under ett år. Det förekommer således en viss överlappning. Utredningen vill emellertid betona svårigheterna att bedöma storleken på denna överlappning. Det är viktigt att i uppföljningen av det förändrade stödet noga beakta kostnaderna för de kroniskt sjuka och funktionshindrade.

6.2.3 Kommentarer till beräkningarna i rapporten Tandvårdsförsäkring i omvandling

I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* pekas på de beräkningsproblem som följer av att flera av förslagen innebär att rätten till stöd inte bygger på medicinska diagnoser utan på följder av sjukdom och funktionshinder. Någon statistik som är uppbyggd efter vårdbehov finns inte. Det konstateras att antalet personer som kan bli berörda samt deras tandvårdsbehov och tandvårdskostnader har fått härledas från redovisningar som inte direkt motsvarar det informationsbehov som utredningen hade. Tandvårdskostnaderna för personer vilkas antal och vårdbehov bygger på härledningar och skattningar har därför beräknats inom vida intervaller. Beräkningarna var också isolerade. Något ekonomiskt stöd för övriga vuxna avsågs inte finnas. Risker för dubbelräkning och överlappning mellan de olika ersättningsformerna var liten.

Enligt nämnda rapport var förutsättningen att tandvård utan samband med sjukdom eller funktionshinder i princip inte skulle ges något ekonomiskt stöd. Med en bastandvårdsmodell enligt utredningens förslag blir förutsättningarna för kostnadsberäkningarna förändrade. Den

främsta förändringen rör det faktum att alla vuxna försäkrade, även de grupper som definierades i rapporten, ingår i det beräkningsunderlag som utredningen använt. Detta medför att försäkringens kostnader för tandvård som ingår i sjukdomsbehandling under kort tid respektive tandvård vid väsentligt ökade vårdbehov under lång tid till följd av sjukdom eller funktionshinder behöver preciseras på ett nytt sätt. Därtill innebär utredningens förslag om att de som uppsöks också skall ha rätt att erhålla nödvändig tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler, att en viss överlappning sker.

6.2.4 Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till boende på sjukhem m.m.

Utredningen uppskattar, i likhet med föregående utredning, att omkring 200 000 personer per kan komma i fråga för denna stödform. Kostnaden för den uppsökande verksamheten, vilken skall vara avgiftsfri för patienten, beräknas till omkring 400 kronor per patient och år. Den totala kostnaden blir således 80 miljoner kronor.

Vårdkostnaden för den nödvändiga tandvård, som skall erbjudas de uppsökta om behov finns, beräknas uppgå till i medeltal 900 kronor per person och år. Kostnaden blir därmed 180 miljoner kronor. Utredningen förutsätter att landstingen tillämpar mycket låga patientavgifter i dessa fall. Utredningen har därför avstått från att beräkna någon intäkt av patientavgifter. Totalkostnaden kan emellertid mot denna bakgrund förväntas bli något lägre än de här upptagna 180 miljoner kr.

Utredningen bedömer att ungefär hälften av den tandvård, som här föreslås ingå i sjukvårdens avgiftssystem, utförs i dagens system inom de åtgärdsgrupper som avses ersättas inom ramen för bastandvårdsmodellen. Hälften uppskattas vara sådan tillkommande tandvård, som av olika skäl inte blir utförd för närvarande, samt protetisk behandling. Med hänsyn till detta gör utredningen bedömningen att hälften av kostnaden för den nödvändiga tandvården åt de uppsökta, dvs. 90 miljoner kronor, kan borträknas från den totala kostnad för bastandvård, som redovisats i det tidigare avsnittet 6.2.1.

Den sammanlagda kostnaden för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt boende på sjukhem m.m. blir enligt utredningens beräkningar 260 miljoner kronor per år.

6.2.5 Tandvård som ingår som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid

I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* beräknades kostnaden för sådan tandvård som ingår som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid uppgå till 250–300 miljoner kronor per år. Inga särskilda medel avsattes till den nödvändiga tandvård, som i många fall kommer att bli följden av den uppsökande verksamheten. De personer som, efter att ha blivit uppsökta, visade sig ha behov av tandvård förut-sattes emellertid i viss utsträckning ha sådana problem att de skulle kunna erhålla sin tandvård enligt de regler som skulle gälla för tandvård som led i sjukdomsbehandling under begränsad tid.

Utredningen föreslår, enligt vad som sagts i det föregående, att de personer som blir uppsökta vid behov skall kunna erhålla nödvändig tandvård inom ramen för den öppna hälso- och sjukvårdens avgifts-system. Eftersom medel avsätts för detta ändamål, kommer en viss överlappning att ske mellan kostnaden för denna verksamhet och den i *Tandvårdsförsäkring i omvandling* uppskattade kostnaden för tandvård som led i sjukdomsbehandling under begränsad tid. Med detta som bakgrund bedömer utredningen att statens kostnad för den sistnämnda verksamheten minskar till 225 miljoner kronor. Inte heller här har in-täkter av patientavgifter beräknats.

Patienternas avgifter för öppen hälso- och sjukvård beräknas, tandvårdsavgifterna förutan, uppgå till 900 kronor per tolv månadersperiod. Detta är det högsta avgiftsbelopp som för närvarande skall betalas.

Till sjukvårdens avgiftssystem avses föras bl.a. behandling av gruppen extremt tandvårdsrädda samt de byten av fyllningsmaterial som i nuvarande system görs i rehabiliteringssyfte under ledning av läkare inom ramen för 6 och 7 § tandvårdstaxan. Sådan behandling finns med i beräkningsunderlaget för bastandvårdsmodellen och också här sker en överlappning vad avser kostnaderna för försäkringen. Överföringen av kostnaden för dessa behandlingar till hälso- och sjukvårdens avgiftssystem innebär enligt utredningens bedömning att de beräknade kostnaderna för bastandvård, enligt vad som redovisats i avsnittet 6.2.1, kan minskas med 50 miljoner kronor till 675 miljoner kronor.

6.2.6 Bidrag till informationsinsatser och genomförandekostnader

Om utredningens förslag genomförs blir det fråga om väsentliga systemförändringar. Ett omfattande förberedelsearbete behövs. Detta gäller både den författningsmässiga regleringen samt utformningen av nya administrativa rutiner såväl vid försäkringskassorna som inom landstingen. Behovet av information till patienter och vårdgivare är också mycket stort. Vissa informationsinsatser behöver samordnas för att de skall få ett likartat innehåll. För att understryka vikten av förberedelsearbetet och informationsinsatserna avsätter utredningen 14 miljoner kronor av utgiftsramen till dessa ändamål som ett engångsbelopp.

7 Administration och genomförande

Frågorna om administrationen och genomförandet av de förslag som utredningen för fram om ett nytt ersättningssystem för vuxentandvård har på grund av den korta tid som stått till buds inte kunnat penetreras i detalj och förankras hos berörda myndigheter och organisationer. Vad som i detta kapitel därför redovisas skall därför ses som tänkbara exempel på hur de administrativa frågorna kan lösas och förändringen genomförs.

7.1 Vårdgivaren – ett tandvårdsföretag

Ett tandvårdsföretag eller folktandvården skall vara ekonomiskt och administrativt ansvarigt inför försäkringskassan eller landstinget, inte den enskilde yrkesutövaren. Det odontologiska ansvaret gentemot patienten har dock den enskilde tandläkaren eller tandhygienisten inom ramen för sin legitimation.

Anslutningsbegränsningen till tandvårdsförsäkringen föreslås upphöra och ersättas med en anmälan till försäkringskassan för registrering av vårdgivaren.

Tandvårdsförsäkringen omfattar vård som utförs vid folktandvårds-klinik, odontologisk fakultet eller annars genom det allmännas försorg eller av tandläkare som är uppförd på en förteckning hos försäkringskassan. Det sistnämnda gäller privatpraktiserande tandläkare. Dit hör emellertid även sådana tandläkare inom folktandvården som vid sidan av tjänsten på sin fritid bedriver privat tandvård. Hos försäkringskassan skall finnas uppgift om dels folktandvårdens olika kliniker, dels de till försäkringen anslutna privatpraktiserande tandläkarna.

Tandhygienisterna, tandteknikerna och tandsköterskorna är inte anslutna till försäkringen. De åtgärder dessa utför måste tas upp på en tandläkares tandvårdsräkning för att ersättning skall betalas trots att de legitimerade tandhygienisterna har rätt att på eget ansvar behandla patienter. Kostnader för tandtekniskt arbete och material är innefattade i tandläkararvodet.

Uppförandet av en tandläkare på förteckningen och den därmed sammanhängande anslutningen till försäkringen kallas vanligen "etablering". De begränsningar som finns i rätten att bli uppförd på förteckningen har till syfte att begränsa statens kostnader för försäkringen och till att fördela tandläkarna jämnare över landet. Det bör dock understrykas att rätten att utöva tandläkaryrket är knuten till legitimationen och inte till anslutningen till försäkringen. Det är rätten att arbeta inom försäkringen och att utföra tandvård som är berättigad till försäkringsersättning, som är begränsad. Endast ett fåtal tandläkare är emellertid verksamma utanför försäkringen.

Utredningen har i sina förslag använt begreppet vårdgivare som benämning på den som har det ekonomiska ansvaret gentemot patienter, försäkringskassa och landsting. Det professionella ansvaret åvilar emellertid de enskilda yrkesutövarna.

Med vårdgivare avses i detta sammanhang ett företag som bedriver tandvård. Företaget kan vara ett aktiebolag, ett handelsbolag eller en enskild firma. En sådan vårdgivare har i allmänhet ett s.k. F-skattebevis som visar att företaget själv betalar skatter och arbetsgivaravgifter för sina anställda. Den vårdgivare som inte har F-skattebevis får en lägre ersättning och försäkringskassan eller landstinget betalar in skatterna och avgifterna.

Det professionella ansvaret har de legitimerade yrkesutövarna – tandläkarna och tandhygienisterna. Detta är en kvalitetsäkring. För varje tandvårdsmottagning ("klinik") som ett tandvårdsföretag har, skall det finnas en legitimerad tandläkare eller tandhygienist som har ansvaret för att verksamheten vid mottagningen uppfyller gällande odontologiska kvalitetskrav, att rutiner för kvalitetsäkring och egenkontroll finns och tillämpas och att vården ges på de villkor som försäkringskassa och landsting föreskriver. Detta är inte någon minskning av det individuella ansvar som tandvårdspersonalen har enligt de bestämmelser som gäller för hälso- och sjukvård och tandvård. Detta ansvar kan inte överföras på någon annan person eller något företag.

Anslutningsbegränsningen

Konkurrensverket har i flera sammanhang påtalat det angelägna i att anslutningsbegränsningen slopas. Med det system utredningen föreslagit för tandvårdsstödet i framtiden, blir det svårt att upprätthålla särskilda regler för att begränsa anslutningen till tandvårdsförsäkringen. Utredningen anser heller inte att detta är nödvändigt. Antalet tandläkare minskar nu successivt. Risken för att tandvårdsförsäkringens kostna-

der skulle öka genom att utbudet av tandvård blir större om alla tandläkare får arbeta inom försäkringen minskar därigenom.

Möjligheterna att bedriva näringsverksamhet skulle öka och konkurrensförhållandena mellan offentlig och privat sektor skulle bli mera lika om försäkringsanslutningen och därmed rätten att få ersättning från försäkringen gällde ett tandvårdsföretag i stället för en enskild person. Utredningen föreslår mot denna bakgrund att den nuvarande anslutningsbegränsningen slopas och ersätts med en anmälan från vårdgivarföretaget till försäkringskassan att bli uppförd på en förteckning.

Om en vårdgivare avser att ge tandvård i enskild verksamhet med ersättning från sjukförsäkringen är det rimligt att den försäkringskassa, inom vars område verksamheten skall bedrivas, får möjlighet att vidta de administrativa åtgärder som behövs innan vårdgivaren kan föras upp på en förteckning över vårdgivare. Kassans prövning bör i huvudsak vara av formell karaktär och främst avse kontroll av att vårdgivaren har en legitimerad tandläkare eller tandhygienist som har ansvaret för verksamheten vid varje mottagning. En sådan tandläkare eller tandhygienist skall inte ha fyllt 65 år. I kontrollen skall också ingå att förvissa sig om att företaget har F-skattesedel.

För att en förteckning över vårdgivare skall vara aktuell bör det finnas en bestämmelse om att en vårdgivare skall underrätta försäkringskassan senast tre månader före det att företaget avser att upphöra med eller flytta sin verksamhet till en annan försäkringskassas område. Förändringar när det gäller den ansvariga tandläkaren eller tandhygienisten bör anmälas omgående.

7.2 Riksförsäkringsverket/ försäkringskassorna

Patienten skall få en tandvårdsräkning där de ersättningsberättigade åtgärderna finns upptagna liksom ersättningens storlek för dessa. Vårdgivarens arvode behöver dock enbart anges för åtgärderna tillsammans. Vid ett tandvårdsabonnemang behöver inte de enskilda vårdåtgärderna beskrivas.

Sådana åtgärder som inte berättigar till ersättning skall beskrivas på tandvårdsräkningen och det totala arvodet för dessa skall tas upp. Uppgiften om arvodet behöver dock inte meddelas till försäkringskassan.

För tandvård vid kronisk sjukdom och funktionshinder skall förhandsprövning göras hos försäkringskassan.

RFV och försäkringskassorna skall administrera stödet för bas-tandvården och för den tandvård som sammanhänger med ett långvarigt ökat behov till följd av sjukdom eller funktionshinder.

7.2.1 Bastandvård

Grundmodellen

Administrationn av bastandvården har stora likheter med den nuvarande administrationen av tandvårdsförsäkringen. Grunddokumentet för att försäkringskassan skall kunna betala ut tandvårdsersättning är en av vårdgivaren upprättad *tandvårdsräkning*.

Tandvårdsräkningen bör kunna ha ungefär samma utformning som i dag med ett angivande av de behandlingsåtgärder som utförts och vilken tandvårdsersättning som skall utbetalas. Den stora skillnaden är att vårdgivarens arvodesbelopp per åtgärd inte behöver anges därför att ersättningen inte är baserad på detta. I stället skall för varje åtgärd anges det ersättningsbelopp, som svarar mot åtgärden. Ersättning utbetalas för varje åtgärd utan avdrag för någon s.k. självrisk.

Utredningen anser också att vårdgivarens totala arvode för *de ersättningsberättigade åtgärderna* skall anges på tandvårdsräkningen. För att effekterna av omläggningen av stödet till tandvården skall kunna följas upp är det viktigt att information om behandlingspanoramata inom bastandvården och patienternas kostnader för denna i olika åldersgrupper kan följas upp av försäkringskassan. Inte minst gäller

detta när det är fråga om att följa upp konsekvenserna av den fria pris-sättningen. Det blir dock inte möjligt att på detta underlag följa prisutvecklingen för enskilda behandlingsåtgärder.

Från konsumentsynpunkt är det viktigt att patienten i ett och samma dokument får upplysning om all tandvård som utförts och för vilka åtgärder som ersättning erhållits och hur stor denna ersättning är. Därför bör även *sådana behandlingsåtgärder som inte är ersättningsberättigade* förtecknas på tandvårdsräkningen. Arvodesbeloppet för dessa åtgärder behöver däremot inte anges. För att tandvårdsräkningen till patienten ändå skall uppta *det totala arvodesbeloppet*, bör blankettsetet utformas så att informationen om detta endast finns med på patientens exemplar av tandvårdsräkningen.

Behandlingsperioden behöver inte anges eftersom ersättningen inte beräknas på ett under en bestämd tid ackumulerat arvodesbelopp. Därmed bortfaller också dagens problem med att beräkna ersättningen när flera vårdgivare behandlar patienten inom en och samma behandlingsperiod.

Inte heller behöver det göras förhandsprövningar inom systemet med bastandvård. De åtgärder som finns i bastandvården är till sin natur sådana att det är inte är befogat med en bedömning i förväg om ersättning skall utbetalas.

Kopior av tandvårdsräkningarna från privattandvården insänds i dag som bilagor till de månatliga samlingsräkningarna till försäkringskassorna. Folktandvården och de odontologiska fakulteterna behöver endast sända in samlingsräkningar. Däremot skall även dessa vårdgivare upprätta specificerade tandvårdsräkningar till patienterna. I och med att självriskan höjts till 1 300 kronor från och med den 1 oktober 1997 har antalet kopior av tandvårdsräkningar från privattandvården minskat betydligt. Endast för omkring 20 procent av de patienter som under ett år behandlas inom privattandvården förväntas kopior av tandvårdsräkningar bli insända.

Utredningens förslag innebär att all den information om bastandvården som finns på tandvårdsräkningarna för samtliga patienter skall delges försäkringskassorna. I ett inledningsskede förefaller det oundvikligt att detta för privattandvårdens del måste fortsätta att ske genom kopior på tandvårdsräkningarna. För att konkurrensvillkoren skall vara så lika som möjligt mellan privat och offentlig tandvård borde egentligen samma regler gälla för folktandvården och även denna sända in kopior på tandvårdsräkningarna till försäkringskassan. Detta skulle emellertid medföra en väsentligt ökad administration.

Arbetet bör i stället inriktas på att minska administrationen för privattandvården och försäkringskassorna på så sätt att informationen på tandvårdsräkningarna inte behöver insändas med hjälp av pappers-

kopior. RFV uppger att försöken med en ADB-baserad överföring av den information som finns på tandvårdsräkningarna har kommit långt. Vid ett par försäkringskassor finns ett system framtaget och ytterligare ett antal kassor har påbörjat förberedelser för att installera systemet. Systemet bygger på att de vårdgivare som vill utnyttja systemet får en programfil, som möjliggör överföringen, att installera i sina datorer. Bland vårdgivarna torde hela folktandvården och hälften av de tandläkare som är anslutna till Praktikertjänst liksom en stor andel av övriga tandläkare ha datorsystem som kan användas för automatisk överföring av information till kassorna. Utredningen utgår ifrån att arbetet med att genomföra datoriseringen vid försäkringskassorna påskyndas, så att de vårdgivare som vill, kan utnyttja rationaliseringsmöjligheterna snarast. Även för försäkringskassorna torde det vara angeläget att hanteringen av tandvårdsräkningarna förenklas i detta avseende.

Tandvårdsabonnemang

I de fall patienten och vårdgivaren kommer överens om ett fast pris under en tvåårsperiod för all nödvändig tandvård omfattande åtgärderna i bastandvården, behövs andra administrativa rutiner.

En stor skillnad består i att ersättningen betalas ut *innan* den erforderliga tandvården är utförd. Som grund för utbetalningen skall då i stället finnas en överenskommelse mellan patienten och vårdgivaren. I denna överenskommelse skall vårdgivaren mot ett fast arvode åta sig att utföra all bastandvård under två år som är nödvändig och som inte är en följd av olycksfall eller arbetsskada. Inte heller sådan tandvård som ersätts enligt den öppna hälso- och sjukvårdens system skall omfattas av åtagandet om bastandvård.

Samma formulär för tandvårdsräkning som för övrig bastandvård bör kunna användas. På räkningen anges, förutom åtgärden *Bastandvård*, *abonnemang*, ersättningsbeloppet och den tidsperiod på 24 månader som åtagandet omfattar samt det arvode, som vårdgivaren debiterat.

Patienten skall få en handling av vårdgivaren där tandtillståndet finns beskrivet liksom överenskommet antal undersökningar och eventuellt det planerade antalet förebyggande behandlingar under perioden. Även patientens ansvar för tandhälsan markeras genom att det anges vilken förebyggande egenvård som bör utföras.

Det måste av handlingen klart framgå vilken tandvård som omfattas av åtagandet under perioden liksom vad som inte innefattas. Försäkringskassorna bör tillhandahålla formulär för detta där det obligatoriska

åtagandet finns beskrivet och där plats finns för ytterligare överenskommelser som kan ha gjorts.

Om vårdgivaren inte själv kan utföra akuttandvården, skall patienten i handlingen få uppgift på vart han eller hon skall vända sig inom landet för att få sådan vård. Det är t.ex. naturligt att om folktandvården i ett landsting står som vårdgivare, skall patienten vända sig till en annan folktandvårdsmottagning inom eller utom landstinget för akutvård. Patienten skall då utan avgift ha rätt till sådan akuttandvård som obligatoriskt ingår i åtagandet. En förutsättning skall vara att patienten kan visa upp handlingen där det framgår vilken vårdgivare som gjort åtagandet och som därmed skall debiteras för den akuttandvård som patienten får. Utredningen utgår från att de etiska regler som finns inom tandläkarkåren medför att oskäligen debiteringar inte sker mellan olika vårdgivare. Om patienten väljer någon annan än den anvisade vårdgivaren för att få akuttandvård, får patienten betala det arvode vårdgivaren begär. Om vården utförs inom landet utbetalas tandvårdsersättning i sådant fall.

Det måste också av den handling patienten får av vårdgivaren framgå vilken tandvård som inte omfattas av åtagandet, t.ex. protetiska åtgärder och följderna av olycksfall samt sådan akuttandvård som utförs av annan än anvisad tandläkare.

Eftersom tandvårdsräkningen vid tandvårdsabonnemang upprättas innan vården utförs, finns inga förutsättningar för att på räkningen ta upp andra behandlingsåtgärder än den som avser abonnemanget. Det finns heller inga förutsättningar för att på patientens exemplar av tandvårdsräkningen ange det totala arvodet för all tandvård under tvåårsperioden. Däremot skall – på samma sätt som när det gäller bastandvården i grundmodellen – arvodet för abonnemanget uppges på tandvårdsräkningen och också delges försäkringskassan.

På de övriga behandlingsåtgärderna som utförs och som inte berättigar till ersättning, skall patienten få en separat tandvårdsräkning. Kopia av denna behöver inte sändas till försäkringskassan.

7.2.2 Tandvård vid långvarig sjukdom m.m.

Utredningens förslag innebär att en högre tandvårdsersättning skall utbetalas till de patienter som på grund av kronisk sjukdom eller funktionshinder har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård.

För att avgöra om en patient är berättigad till den högre ersättningen bör en förhandsprövning göras av försäkringskassan. Prövningen bör avse dels om de medicinska förutsättningarna är sådana, att ett väsentligt ökat tandvårdsbehov föreligger, dels vilka tandvårdsåtgärder som

är nödvändiga samt under hur lång tid det ökade vårdbehovet förväntas föreligga.

Underlag för prövningen bör inte vara en enkel blankett med angivande av diagnoser och ett behandlingsförslag eventuellt understött av ett rutinmässigt utfärdat läkarintyg. I stället bör det – liksom det föreslogs i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* – som underlag finnas en behandlingsplan som visar vilken tandvård patienten behöver under en längre tid. Behandlingsplanen bör om möjligt grundas på ett allmänt accepterat vårdprogram där sjukvård, tandvård och rehabilitering samverkar.

Ett lämpligt underlag för förhandsprövningen är tandläkarens journal som skall upprättas för varje patient. Journalen skall innehålla de uppgifter om förhistoria, aktuell status, diagnoser och behandlingsplan m.m. som försäkringskassan behöver för sin prövning. Genom att en kopia av journalen eller ett utdrag ur denna kan användas som underlag för förhandsprövningen minimeras tandläkarens arbete med att utforma ett särskilt beslutsunderlag till försäkringskassan.

Den totala omfattningen av den föreslagna behandlingen skall framgå av planen liksom det totala arvode som vårdgivaren begär och den patientavgift som kan beräknas under förutsättning att försäkringskassan medger tandvårdsersättning enligt förslaget. Planen bör i många fall kunna omfatta en längre tid över flera år. Om förutsättningarna ändras under tiden, bör ny förhandsprövning kunna göras.

Före försäkringskassans ställningstagande kan behövas medverkan av såväl tandläkare som läkare med kompetens inom det område som rör sambandet mellan sjukdom/funktionshinder och tandvård.

Inför den tidpunkt när behandlingsplanens period löper ut bör en ny prövning ske och ett nytt beslut om rätten till förhöjd tandvårdsersättning fattas av försäkringskassan. Hur omfattande den nya prövningen behöver vara kan variera beroende på sjukdomens eller funktionshindrets art.

När behandlingsåtgärderna är utförda, insänds tandvårdsräkning till försäkringskassan på samma sätt som när det gäller bastandvården. All ersättningsberättigad tandvård tas upp på tandvårdsräkningen och det totala arvodet för alla åtgärderna redovisas till patient och försäkringskassa. Efter avstämning mot beslutet vid förhandsprövningen betalar försäkringskassan tandvårdsersättning till vårdgivaren.

7.3 Landstingen

Staten och landstingen föreslås sluta särskilt avtal om statsbidraget för den tandvård som skall ligga under landstingens ansvar samt om hur uppföljningen skall ske.

Landstingen bör teckna avtal eller överenskommelser med privata vårdgivare respektive folktandvården om hur den uppsökande verksamheten skall bedrivas och vilka ersättningar som skall utbetalas för den efterföljande nödvändiga tandvården. Avtal/överenskommelser behövs också för den tandvård som skall vara ett led i en sjukdomsbehandling under kortare tid.

7.3.1 Resurser från staten till landstingen

Med de förslag utredningen lagt fram angående uppsökande verksamhet vid sjukhem m.m., tandvård åt dem som på detta sätt blir uppsökta samt tandvård som ett led i sjukdomsbehandling under kortare tid uppstår frågan på vilket sätt statliga medel kan överföras till landstingen och på vilket sätt garantier kan skapas för att medlen används för de ändamål de är avsedda för.

För närvarande får landstingen medel från staten till hälso- och sjukvård på i princip följande tre sätt:

1. Som ett allmänt finansiellt stöd till kommuners och landstings *samtliga kostnader*, inklusive hälso- och sjukvård, lämnar staten ett generellt statsbidrag i storleksordningen 70 miljarder kronor per år.
2. Genom de s.k. Dagmar-överenskommelserna ges mindre *bidrag till särskilda verksamheter*. Dels gäller det vissa smärre statsbidrag till hälso- och sjukvård i stimulanssyfte eller vissa särskilda ersättningar, dels gäller det medel från sjukförsäkringen för viss medicinsk behandlings- och rehabiliteringsverksamhet och för ersättning till Handikappinstitutet. Flertalet poster minskar eller upphör successivt eller avses få annan finansiering i framtiden. För år 1997 omfattar Dagmar-systemets ekonomiska del ett belopp om cirka 1,2 miljarder kronor, med fördelning på ett femtontal poster. Dagmar-systemet, som ursprungligen innehöll även den allmänna ersättningen för hälso- och sjukvård, som mest 14,8 miljarder kronor, har således reducerats i omfattning.
3. Genom att överenskommelse träffas om ett *särskilt statsbidrag*. Ett exempel härpå är överenskommelsen om särskilt statsbidrag till landstingen för deras kostnader för den nya läkemedelsförmånen

fr.o.m. år 1998. Överenskommelsen är kortsiktig i fråga om form och belopp och man förutsätter att en ny modell senare skall utarbetas. Vidare finns klausuler om reglering av bidraget mot faktiskt utfall och om viss uppföljning.

Att för tandvården direkt lämna över pengar till landstingen som en del i det stora generella statsbidraget bedöms inte vara lämpligt, eftersom man då inte får någon uppfattning om hur förändringen verkar och inte vet hur mycket av de avsedda resurserna som kommer tandvården till godo. På sikt, när erfarenheter vunnits av förändringen och landstingens redovisning av denna medger en tillfredsställande uppföljning, bör dock en sådan sammanläggning av bidraget till tandvård med det övriga bidraget komma till stånd om man vill ha samma ordning som för övrig hälso- och sjukvård.

Det vore i och för sig fullt möjligt att ta upp tandvården som en post i Dagmar-systemet. Men eftersom det systemet i huvudsak består av små stimulansposter som minskar eller upphör, förefaller det mindre lämpligt att föra in tandvården i detta. Arbetsformer och tidsförhållanden i Dagmar-systemet kan också vara besvärande för hantering av en så stor enskild fråga som tandvården. Vidare bör märkas att Dagmaröverenskommelserna ofta avser endast ett år i taget.

Utredningen anser att det bästa sättet för att reglera överföringen av medel från staten till landstingen är att staten sluter ett särskilt avtal om ersättning till tandvårdshuvudmännen för viss tandvård. För den inledande bidragsperioden kan det vara praktiskt att det är medel ur den allmänna försäkringen som ställs till landstingens förfogande. Först sedan en mer slutlig lösning skapats bör man ta ställning till en annan finansiering eller bidragsform.

Vid utformningen av ett sådant avtal bör följande beaktas:

- Bestämmelser måste finnas som definierar de grupper eller tandvårdsbehov som medlen avser.
- Överenskommelsen bör omfatta det antal år som bedöms erforderliga för att reformen skall få tillräckligt genomslag.
- Uppföljning, avstämning mot utfall och utvärdering måste säkerställas.
- Nyckel för fördelning på landsting måste skapas, t.ex. baserad på antalet bosatta i vissa åldersgrupper.
- Överenskommelse bör finnas om tidpunkt när överläggningar om slutlig reglering skall upptas samt hur avvikelser mellan utfall och reglerat årligt belopp skall hanteras.

7.3.2 Uppsökande verksamhet

Redan i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* föreslogs att staten skulle ersätta landstingen för de ökade och preciserade uppgifter som ålades dessa när det gällde att söka upp de boende på sjukhem m.m. och erbjuda patienterna munvårdsbedömning, individuell rådgivning, kontakt med tandvårdsmottagning vid behov samt ge handledning till personalen om förebyggande munvård. Inga avgifter skulle betalas av patienter eller kommuner. Såväl folktandvården som privata vårdgivare skulle kunna delta i verksamheten.

Utredningen har förutsatt att landstingen skall ha ett nära samarbete med kommunerna när det gäller att identifiera de personer som skall få erbjudande om munhälsobedömning m.m. Två grupper av personer kan särskiljas. Dels personer som bor på sjukhem m.m., dels personer som bor individuellt och har ett omfattande behov av social hemtjänst, hemsjukvård eller liknande och inte själva kan söka tandvård.

Landstinget bör teckna avtal eller överenskommelser med vårdgivarna om den uppsökande verksamheten. Avtal är en juridiskt bindande handling som endast kan tecknas mellan landstinget och ett externt företag och som inte ensidigt kan ändras. När ett landsting gör en överenskommelse med en i egen regi driven verksamhet som t.ex. folktandvården, blir denna inte på samma sätt bindande. En sådan överenskommelse kan ändras genom ett politiskt beslut. Avtalet/överenskommelsen med en vårdgivare kan avse en eller flera boendeenheter, hemtjänstområden eller liknande.

Avtalet/överenskommelsen med vårdgivaren om vilken ersättning denne skall erhålla för den uppsökande verksamheten bör också träffas av det enskilda landstinget. Detta bör kunna gå till så att landstinget beräknar kostnaden för att driva verksamheten i egen regi och erbjuder samtliga privata vårdgivare, som uppfyller kraven på kompetens m.m., att på samma villkor utföra tjänsterna till landstinget. Eftersom ett gott samarbete mellan kommunens personal och vårdgivaren är en förutsättning för att verksamheten skall fungera på avsett sätt, kan det vara lämpligt att ge kommunen stort inflytande när det gäller att utse den vårdgivare landstinget skall teckna avtal med. Det är viktigt att föreskrifterna i lagen (1992:1528) om offentlig upphandling och konkurrenslagen (1993:20) följs noga.

Vilket organ inom landstinget som skall fatta beslutet och administrera verksamheten kan variera mellan landstingen beroende på hur landstinget är organiserat. En möjlighet är att låta den instans som administrerar systemet inom sjukvården ombesörja även administrationen av tandvården. Sakkunskap om tandvårdens speciella problem måste då tillföras. Inte minst behövs sådan när det gäller informationen till och

kontakterna med privattandvården. I de fall landstinget har en beställarenhet, som av folktandvården och eventuella externa vårdgivare beställer den tandvård som landstinget skall svara för, kan det vara lämpligt att låta den enheten administrera även den uppsökande verksamheten. För att det skall råda konkurrensneutralitet mellan offentliga och privata vårdgivare anser utredningen att det inte vore lämpligt om folktandvården administrerade systemet.

7.3.3 Tandvård åt boende på sjukhem m.m.

Utredningen föreslår att den nödvändiga tandvård som behövs för de boende på sjukhem m.m. som blir uppsökta samt den tandvård som är ett led i en kortvarig sjukdomsbehandling, skall betalas med patientavgifter enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.

Liksom för den uppsökande verksamheten bör det för den tandvård skall ges åt de uppsökta och för den tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling finnas avtal mellan landstinget och vårdgivarna.

Utredningen anser det skall finnas ett avtal mellan landstinget och en bestämd vårdgivare både för den uppsökande verksamheten och för den nödvändiga tandvården för patienterna inom en boendeenhet, ett hemtjänstområde eller liknande. Det är viktigt att vårdgivaren känner ett totalansvar för patienterna och kan organisera den uppsökande verksamheten och den nödvändiga vården på ett rationellt sätt.

Utredningen har föreslagit att den tandvård som utförs av det tandvårdsföretag som svarar för den uppsökande verksamheten vid boendeenheten, hemtjänstområdet eller motsvarande skall betalas enligt den öppna hälso- och sjukvårdens system. Om patienten vill vända sig till annan vårdgivare, får de allmänna reglerna för stöd till tandvården tillämpas. Utredningen är medveten om att detta i viss mån innebär en inskränkning i den enskilde patientens valfrihet men anser att fördelarna med att en och samma vårdgivare svarar både för den uppsökande verksamheten och den erforderliga tandvården överväger. Utredningen har dock framfört att det i det fortsatta beredningsarbetet bör övervägas om valfriheten i detta avseende bör öka.

När det gäller att avgöra vilken vårdgivare som skall svara för den tandvård som är ett led i en kortvarig sjukdomsbehandling är det emellertid angelägnare att betona patientens frihet att välja den vårdgivare han eller hon vill. Om det finns en etablerad kontakt mellan patienten och vårdgivaren bör denna inte i onödan brytas för den tillfälliga vårdinsats det här är fråga om. Det kan dock uppkomma situationer när den ordinarie vårdgivarens kompetens inte omfattar den behandling

som skall ges. Vid dessa tillfällen måste naturligtvis en annan vårdgivare tillfälligt ta över behandlingen.

För den tandvård som är ett led i en kortvarig sjukdomsbehandling kan det vara lämpligt att landstinget fastställer en ersättning för olika tandvårdsåtgärder och erbjuder folktandvården och de privata vårdgivare som så önskar att meddela tandvård enligt de fastställda villkoren. Det är viktigt att ersättningen har en sådan nivå att den motsvarar folktandvårdens kostnader. För att det skall råda konkurrensneutralitet får då inte landstingen därutöver subventionera tandvården i egen regi.

Landstingen bör kunna utfärda sådana föreskrifter att det i de flesta fall inte blir nödvändigt att förhandspröva den enskilde patientens rätt till tandvård enligt sjukvårdens avgiftssystem eller omfattningen av den tandvård som skall utföras. Endast i de fall då vården blir mera omfattande och t.ex. omfattar protetiska åtgärder bör förhandsprövning vara nödvändig. Vårdgivaren bör i normalsituationen själv kunna avgöra om tandvården skall ges enligt sjukvårdens system.

Landstinget måste fastställa den patientavgift som skall betalas liksom de administrativa rutiner som skall tillämpas både för betalningen av patientavgifterna och för utbetalningen av ersättningen till vårdgivarna.

7.4 Genomförande

Ett omfattande förberedelsearbete behövs inför omläggningen av ersättningssystemet. Detta gäller både den författningsmässiga regleringen samt utformningen av nya administrativa rutiner både hos RFV, försäkringskassorna och inom landstingen. Behovet av information till både patienter och vårdgivare är stort.

Enligt direktiven till utredningen skall ett förändrat ersättningssystem kunna gälla från och med den 1 januari 1999. En första förutsättning härför torde vara att riksdagen kan besluta i frågan under våren 1998. En proposition måste därför avlämnas senast i mitten av mars.

Om utredningens förslag genomförs blir det fråga om väsentliga systemförändringar, således ändringar av mer ingripande natur än t.ex. ändringar av arvoden eller självriskbelopp i en befintlig taxa.

De förberedelser som behövs för själva genomförandet kan hänföras till främst följande områden:

- författningsarbete
- information till allmänheten
- information till vårdgivarna
- information till och utbildning av berörda personalgrupper
- slutande av vissa avtal
- administration.

Författningsarbetet består i att med utgångspunkt i de föreslagna lagändringarna och principerna i övrigt för ersättningssystemet omarbete dels den nuvarande förordningen med tandvårdstaxa, dels RFV:s föreskrifter för verkställighet av förordningen, liksom allmänna råd inom försäkringens område. Härtill kan komma behov av helt nya föreskrifter och allmänna råd som riktar sig till sjukvårdshuvudmännen för att säkerställa den likformighet som behövs i tillämpningen av de nya stödformerna. Socialstyrelsen bör enligt utredningens uppfattning svara för dessa.

Information till allmänheten behövs på flera nivåer, dels allmänt om förändringen i stort och de nya reglerna, dels särskilt till olika grupper efter ålder och tandvårdsbehov. Särskild information behöver också ges till befintliga patienter inom tandvården. I vissa fall behövs också information till patienternas anhöriga.

Givetvis behöver också utarbetas *information till vårdgivarna* och andra berörda organ, liksom till *berörda personalgrupper* inom tandvården och omsorgsverksamheten, men också till den personal som skall administrera de nya stödformerna.

I många fall lämnas information i flera led och genom olika myndigheters och organisationers försorg. Vid en så stor systemomläggning som nu avses ske är det emellertid viktigt att informationen vad gäller avsikterna med förändringen och de nya formerna har ett gemensamt innehåll i tillräcklig omfattning. Viss kännedom om de nya stödformerna behöver vara gemensam för såväl vårdgivare, tandvårdspersonal och patienter som för administrativ personal och sådan personal som vårdar patienterna utanför tandvården, t.ex. personal inom äldreomsorgen. Det är också viktigt att information lämnas vid lämpliga tidpunkter i förhållande till systemförändringarnas genomförande. Informationsaktiviteterna bör därför samordnas i vissa grundläggande avseenden. En folkhälsoinriktad upplysningskampanj om tandhälsa och tandvård vore också önskvärd, även om en sådan skulle kunna vara fristående från själva reformförberedelserna.

I fråga om den tandvård som enligt förslagen skall ersättas enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem behövs vissa *avtal/överenskommelser*. Utredningen har föreslagit att staten och landstingen träffar överenskommelse om finansieringen m.m. beträffande denna vård.

Landstingen skall i sin tur kontraktera producenter av uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård vid vissa institutioner m.m. Landstingen skall också träffa avtal med kommunerna om samverkan inom dessa områden. Också i fråga om särskilda tandvårdsinsatser vid sjukdomsbehandling under en begränsad tid kan avtal behöva träffas med kommuner, som till vissa delar övertagit landstingets ansvar.

En rad *administrativa förberedelser*, t.ex. för utformning av rutiner, behövs också. Detta är uppgifter för såväl försäkringsadministrationen och landstingen som för vårdgivarna.

Kostnader för genomförandet och informationen uppstår hos framför allt försäkringskassorna och landstingen. En stor del av kostnaderna hänförs till utformning av ADB-baserade rutiner. För att stimulera utvecklingen och för att genomföra en samordnad information föreslår utredningen att ett belopp i storleksordningen 15 miljoner kronor avsätts som en engångsåtgärd.

De åtgärder som skisserats ovan tar olika lång tid och kan förberedas och genomföras vid olika tidpunkter inför ett fastställt ikraftträdandedatum med en ändamålsenlig planering. Under förutsättning av ett beslut av riksdagen under våren 1998 bör det enligt utredningens mening vara möjligt att införa det förändrade stödet för tandvård för vuxna vid den i direktiven angivna tidpunkten, dvs. den 1 januari 1999.

Med hänsyn till de olika förslag som lagts fram de senaste åren framstår det nu som särskilt viktigt att frågan om tandvårdens ersättningsystem får en lösning utan ytterligare dröjsmål.

8 Uppföljning m.m.

I direktiven anges att en viktig del i utredningens uppdrag är att föreslå hur effektiviteten i det nya ersättningssystemet skall följas upp vad gäller hälsoutveckling, vårdkvalitet och kostnader, inklusive nivån på patientavgifterna.

Utredningen skall i anslutning till detta överväga behovet av en nationell resurs för att stödja det lokala arbetet med att effektivisera tandvården. En av uppgifterna för en sådan skall vara att utvärdera befintlig och ny odontologisk metodik samt att ange vilka åtgärder som behöver genomföras för att denna kunskap skall komma till användning. En annan viktig uppgift kan vara att bygga upp en kunskapsbank där vårdgivarna kan hämta exempel på framgångsrika verksamhetsformer. Ytterligare en uppgift skulle kunna vara att göra jämförande studier över kostnadseffektiviteten hos olika vårdgivare. Utredningen skall pröva var det ur ett statsfinansiellt, verksamhetsmässigt och resultatmässigt perspektiv är lämpligast att förlägga ovan nämnda verksamheter. Utredningen skall vidare pröva möjligheten till ett gemensamt finansieringsansvar för staten och landstingen för de nya verksamheter utredningen finner relevanta att utföra.

8.1 Nationella resurser

Det finns redan i dag flera nationella resurser för uppföljning av hälso- och sjukvården. I mindre utsträckning har dessa även följt upp tandvård. Någon ny resurs för enbart tandvård bör inte tillskapas. I stället bör de befintliga få i uppdrag att utöka uppföljningen inom tandvårdens område.

8.1.1 Befintliga resurser

Utredningen har kartlagt vilka nationella resurser som redan finns inom de berörda områdena och som kan vara tänkbara att utnyttja för de syften som anges i direktiven.

Riksförsäkringsverket

RFV följer för närvarande tandvårdsförsäkringen på flera sätt. Via en *patientstatistik* följs privattandvården under vissa månader. För närvarande bearbetas tandvårdsräkningar avseende maj månad år 1997 från var tionde privattandläkare. I bearbetningen kommer endast räkningar på totala arvoden överstigande 700 kronor för en behandlingsperiod med eftersom det inte längre fanns någon skyldighet för privattandläkarna att till försäkringskassan sända in tandvårdsräkningar på lägre belopp. Patientstatistiken kommer att innehålla bland annat uppgifter på utförd behandling, debiterade arvoden, patientavgifter och försäkringsersättningar. Det finns möjlighet att redovisa uppgifterna med uppdelning på patienternas ålder.

Folktandvårdens vuxentandvård redovisas per huvudman avseende det totala debiterade arvodet och patientavgifterna.

Försäkringskassorna rapporterar månatligen till RFV inkomna *förhandsprövningar* från folktandvården och privattandvården. Dessa utgör underlag för ett register som bland annat innehåller uppgifter om patientens personnummer, anledning till förhandsprövningen samt planerad protetisk behandling.

Statens beredning för medicinsk utvärdering

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har till uppgift att för hela landet utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder ur medicinskt, socialt och etiskt perspektiv. Beredningen skall sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt som gör det möjligt för vårdgivare och andra berörda att tillägna sig den kunskap som vunnits. Beredningen skall dokumentera hur denna kunskap har använts och vilka resultat som nåtts. SBU skall verka för ett rationellt utnyttjande av givna resurser inom hälso- och sjukvården genom att utvärdera befintlig och ny metodik.

Bland avslutade och pågående projekt kan som exempel nämnas mätning av bentäthet, värdet av primär prevention, behandling av astma, betydelsen av patient/läkarrelationen och utvärdering av missbruksvård.

SBU har sedan sin tillkomst 1987 endast haft ett projekt inom tandvårdens område, *Benförankrade implantat inom huvud- och halsregionen*. Inom detta område anordnade SBU en "State of the Art"-konferens i augusti år 1989.

Spri

Sjuk- och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) är ett fristående institut som arbetar för att förbättra hälso- och sjukvården så att patienterna får bästa möjliga vård. Spri finansieras av staten och sjukvårdshuvudmännen.

Den nuvarande verksamheten omfattar följande områden:

- Kvalitetsutveckling, t.ex. system för kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring.
- Hälsoekonomi, t.ex. utveckling av metoder för att mäta sjukvårdens prestationer, effekter och kostnader.
- Vårdinformatik, t.ex. datorstödd vårddokumentation.
- Bibliotek och utredningsbank, t.ex. systematisering och lagring av den stora informationsmängden – databasproduktion.
- Information och förlag, t.ex. nya kommunikationsmetoder i hälso- och sjukvården.
- Uppdragsverksamhet.

Spri hade tidigare många projekt inom tandvården men har nu endast ett fåtal som är aktuella. Projekten *Beskrivning och analys av befolkningens sjukvårdsbehov* samt *Sjukvårdens produktivitet och effektivitet* är tänkta att omfatta även tandvården. I det s.k. *Termdataprojektet* ingår även tandvården. I Spri:s utredningsbank finns många lokala tandvårdsprojekt.

Socialstyrelsen

Inom Socialstyrelsen finns två verksamheter som berör de områden som i detta sammanhang tas upp i direktiven, nämligen *Epidemiologiskt Centrum (EpC)* och *Medical Access & Result System (MARS)*.

EpC har som övergripande mål att fortlöpande följa, analysera och rapportera om utbredning och utveckling av hälsa och sociala förhållanden samt deras riskfaktorer i olika befolkningsgrupper i Sverige. Målet kan indelas i tre delmål, nämligen

- att analysera och rapportera om hälsa och sociala förhållanden,
- att utveckla statistik och register med hög relevans, kvalitet och aktualitet samt
- att stödja och stimulera användningen av epidemiologiska register för planering, uppföljning, utvärdering och forskning.

Några direkta tandvårdsprojekt bedrivs för närvarande inte vid EpC men enheten har medverkat vid bearbetning och analys av de tandvårdsuppgifter som finns i Statistiska Centralbyråns undersökning om levnadsförhållanden (ULF). Uppgifter om tandhälsa finns med i de folkhälsorapporter som EpC ger ut liksom i databasen *Hur mår Sverige?* EpC ger också ut en särskild rapport för tandvården om internationell sjukdomsklassifikation.

Den medicinska faktadatabasen MARS syftar till

- att förse sjukhus, sjukvårdande enheter, beställare av hälso- och sjukvård och övriga avnämare med användbar medicinsk information,
- att öka den medicinska professionens tillgång till aktuell kunskap,
- att genom nationella riktlinjer åstadkomma underlag till regionala vårdprogram och att bidra till jämnare spridning av kliniska erfarenheter samt
- att tillgodose patientens krav på information.

En stor del av MARS består av State of the Art-dokument. I dessa återfinns aktuellt forskningsläge (utvecklingsstadium) och aktuell kunskapsnivå (teknologisk nivå) för olika sjukdomar. Faktadatabasen kommer att bli tillgänglig på internet via *Medicinskt fönster* som utges i samarbete mellan Landstingsförbundet, Läkemedelsverket, SBU, Spru och Socialstyrelsen.

MARS har ännu inte någon aktivitet inom odontologins område.

8.1.2 Behovet av en ny nationell resurs

Utredningen har diskuterat behovet av en ny, för tandvården specifik, nationell resurs för att lösa någon eller några av de uppgifter som anges i direktiven. En möjlighet skulle därvid vara att inrätta en motsvarighet till SBU enbart för tandvården.

Utredningen finner emellertid inte tillräckliga skäl för att föreslå inrättande av en ny nationell resurs enbart för tandvården. I stället bör de befintliga nationella resurserna för hälso- och sjukvård utnyttjas på ett bättre sätt även för tandvården.

8.2 Uppföljning av ett nytt ersättningssystem

Effekterna av ett nytt ersättningssystem måste noggrant följas upp vad gäller hälsoutveckling och vårdkvalitet. Även kostnaderna – både för patienterna, staten och landstingen – måste följas upp. Befintliga nationella resurser kan utnyttjas.

8.2.1 Hälsoutveckling

I kapitlet Aktuella frågor har svårigheterna att definiera begreppet tandhälsa diskuterats. Som ett alternativ har använts "tandtillstånd", dvs. antal tänder, förekomst av protetiska ersättningar, antal karies-skadade tänder och antal tänder med svår tandlossning. Resultatet av ett antal undersökningar har också redovisats. I det följande ges en sammanställning av de senaste årens undersökningar.

På landstingsnivå har flera epidemiologiska studier utförts. Ibland har dessa upprepats med några års intervall för att utvecklingen av tandtillståndet skall kunna följas. Exempel på detta är de s.k. Jönköpingsundersökningarna och Epi-Wux i Dalarna. Försök att sammanställa olika lokala undersökningar för att på så sätt få en bild av situationen i hela Sverige har försvårats genom att dessa studier har en mycket varierande uppläggningsmetod.

De senaste undersökningarna på riksnivå om tandstatus hos vuxna genomfördes 1985 av Richard Håkansson. Resultatet torde inte vara helt aktuellt i dag. Dessutom omfattar studien endast personer i åldrarna 20–60 år.

Statistiska Centralbyråns undersökningar om levnadsförhållanden i Sverige (ULF) innehåller frågor om tandvårdsbesök och vissa år även enkla frågor om tandtillståndet. Dessa studiers begränsning är att de enbart är intervjuundersökningar. Styrkan i materialet är att det är så stort att det kan brytas ner på mindre grupper, t.ex. funktionshindrade, hjälpberoende eller institutionsboende.

EpC vid Socialstyrelsen har genomfört vissa analyser vad avser tandvårdsbesök i förhållande till arbetslöshet och låg inkomst.

Utredningen anser att det finns stora svårigheter att bedöma i vilken omfattning som framtida förändringar av tandtillstånd eller tandhälsa kan kopplas till utformningen av ersättningssystemet för tandvård. Det borde dock vara fundamentalt att ha kunskap om den vuxna befolkningens tandtillstånd vid införandet av ett nytt ersättningssystem.

Sådan kunskap bör baseras på kliniska undersökningar och inte enbart på intervjufrågor som i ULF-studierna. Detta är nödvändigt för att man skall kunna göra en uppföljning ett antal år efter det att ett nytt ersättningssystem börjat tillämpas. Kunskapen böra vara så detaljerad att det går att utläsa tandtillståndet hos bland annat äldre, dvs. personer över 65 år, funktionshindrade och institutionsboende. Uppgifterna om tandtillstånd bör kopplas till uppgifter om tandvårdsbesök och tandvårdsvanor, såsom skett i några av de tidigare studierna. Samtidigt bör det tas fram uppgifter om tandvårdskostnaderna även för sådan tandvård som inte ersätts av tandvårdsförsäkringen eller av landstingen.

Utredningen anser att det så snart som möjligt bör genomföras en undersökning av den vuxna befolkningens tandvårdsvanor och tandtillstånd. Uppdraget att genomföra denna bör ges till EpC vid Socialstyrelsen. EpC bör vidare ges i uppdrag att analysera de uppgifter om tandvårdsbesök och tandtillstånd som finns i Statistiska centralbyråns databas från ULF-studierna.

8.2.2 Vårdkvalitet

Vårdkvalitet är ett mångfacetterat begrepp. Detta framgår bland annat av Socialstyrelsens föreskrift om kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård (SOSFS 1996:24). Enligt 16 § tandvårdslagen (1985:125) skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Socialstyrelsens föreskrift anger att det i varje verksamhet skall finnas ett kvalitetssystem. Grundläggande för kvalitetssystem är att patientens värdighet, integritet, delaktighet och säkerhet beaktas. Kvalitetssystemen skall vidare innehålla rutiner bl.a. för systematisk resultatuppföljning av verksamheten.

Sedan den 1 januari 1997 gäller lagen om tillsyn över hälso- och sjukvård (1996:786). Hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har enligt lagen rätt att inspektera verksamhet som står under dess tillsyn. Detta sker genom de sex regionala tillsynsenheterna. Tillkomsten av tillsynslagen gör att Socialstyrelsen fått nya befogenheter.

Utredningen anser att ett ekonomiskt ersättningssystem kan påverka kvaliteten inom tandvården såväl positivt som negativt. Det torde dock vara mycket svårt att i efterhand utreda om god eller dålig kvalitet har haft något samband med ersättningssystemet. Det viktigaste är att system för kvalitetsutveckling införs och att egenkontrollen utvecklas.

Det pågår ett omfattande kvalitetsarbete inom såväl offentlig som privat tandvård. Många landsting använder Landstingsförbundets system *Qvalitet, Utveckling, Ledarskap (QUL)* för sin kvalitetsuppfölj-

ning. Praktikertjänst AB strävar efter att kvalitetsdiplomera alla sina tandvårdsmottagningar. I båda systemen ingår patientenkäter som ett sätt att följa kvaliteten ur patientens synvinkel. Socialstyrelsens regionala enheter arbetar redan nu med uppföljning av vårdkvaliteten inom bägge vårdsektorerna och denna verksamhet skall byggas ut i framtiden.

Utredningen anser inte att någon ny särskild aktivitet skall startas för att följa vårdkvaliteten i förhållande till ett nytt ersättningssystem. Uppföljning av vårdkvaliteten är redan idag en uppgift för Socialstyrelsen och dess regionala enheter. Styrelsen bör dock årligen sammanställa erfarenheterna av tillsynen. På basis av sådana rapporter kan sedan en diskussion ske inom RFV:s tandvårdsdelegation om eventuella brister i tandvårdskvaliteten har något samband med ersättningssystemet. I tandvårdsdelegationen ingår representeranter för Landstingsförbundet, Socialstyrelsen, Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Tandhygienistförening och Tandteknikerförbundet. Någon företrädare för patienterna finns dock inte. Det bör övervägas om inte delegationen bör kompletteras i detta avseende.

8.2.3 Kostnader

Såväl de enskilda patienternas som statens och landstingens kostnader för tandvården med ett nytt ersättningssystem måste följas upp noga.

När det gäller statens kostnader för den del av det ekonomiska stödet som enligt utredningens förslag skall ligga inom den allmänna försäkringen, blir det på samma sätt som idag en uppgift för RFV. På samma sätt bör patienternas kostnader för bastandvården inklusive stödet till kroniskt sjuka och funktionshindrade följas upp. Som tidigare nämnts bör också EpC vid Socialstyrelsen göra intervjuundersökningar där frågor om patienternas kostnader för tandvård bör finnas med.

Vad gäller de resurser, som staten enligt utredningens förslag skall överföra till landstingen för uppsökande verksamhet och viss tandvård, förutsätts att avtal upprättas mellan parterna. Utredningen har föreslagit att ett sådant avtal skall omfatta uppföljning, avstämning mot det ekonomiska utfallet och en utvärdering.

8.3 Effektivisering av tandvården

Det pågår ett omfattande effektiviseringsarbete inom tandvården. Resultatet och erfarenheterna sprids emellertid inte på ett systematiskt sätt. Kunskaper och erfarenheter inom Spri bör utnyttjas bättre. Spri bör även ges i uppdrag att göra jämförande studier över kostnadseffektiviteten hos olika vårdgivare inom offentlig och privat sektor.

Att effektivisera är att öka graden av måluppfyllelse. Utredningen har i kapitlet Mål och principer formulerat målet för statens ekonomiska stöd till tandvård på följande sätt: *att bidra till ett förbättrat tandtillstånd hos hela befolkningen så att tandvårdsbehovet på sikt minskar och kostnaderna därigenom också minskar både för de enskilda personerna och för samhället.*

Det pågår ett omfattande arbete i de olika landstingen för att effektivisera tandvården i riktning mot det mål som utredningen satt upp. Detta visar bland annat Socialstyrelsens s.k. Aktiva uppföljningar. Det handlar t.ex. om projekt för att finna bättre samarbetsformer mellan tandläkare och tandhygienister respektive tandsköterskor och för att finna bättre former för samarbetet mellan allmän- och specialisttandvård. Resultaten från många av dessa projekt sprids dock på ett osystematiskt sätt mellan landstingen.

Även inom den privata vårdsektorn pågår ett effektiviseringsarbete. Praktikertjänst AB har sedan länge bedrivit ett utvecklingsprojekt för sina mottagningar som benämns *Quo vadis?*(Vart går du?) och som nu öppnas även för andra privattandläkarmottagningar.

Utredningen har studerat Spri:s nuvarande verksamhet inom de områden som kan beröra effektivisering av tandvård. Följande programområden är därvid aktuella:

- Effektivisering av vårdprocessen.
- Utveckling av metoder för att mäta sjukvårdens prestationer, effekter och kostnader.
- Beskrivning och analys av befolkningens sjukvårdsbehov samt sjukvårdens produktivitet och effektivitet.
- Ekonomisk utvärdering av medicinska metoder och vårdorganisatoriska förändringar.
- Möjligheter för och konsekvenser av informationsteknologi (IT) i hälso- och sjukvården.

Inga av dessa program innefattar i dag tandvård. Det borde dock vara en stor fördel att utnyttja Spri:s kunskaper och erfarenheter, inte minst inom området hälsoekonomi, för motsvarande projekt inom tandvårdens område.

Utredningen föreslår att Spri ges i uppdrag att även beskriva effektiviseringsprojekt riktade mot tandvården. I första hand bör Spri kartlägga de projekt som pågår inom offentlig och privat tandvård. Ett viktigt inslag i detta är att göra jämförande studier över kostnadseffektiviteten hos olika vårdgivare och att utvärdera system och arbetsformer för olika verksamheter. Därefter bör Spri utforma ett eller flera projekt med hälsoekonomisk inriktning.

8.4 Utvärdering av odontologisk metodik

Befintliga nationella resurser bör få i uppdrag att utvärdera befintlig och ny odontologisk metodik på samma sätt som sker inom medicinen.

Information om befintlig och ny metodik, om forsknings- och utvecklingsarbete m.m. bör i ökad utsträckning spridas genom internet.

Utredningen har försökt analysera vilken utvärdering av befintlig och ny odontologisk metodik som sker idag inom tandvården. I första hand sker sådan vid de fyra odontologiska fakulteterna. Men även inom flertalet landstings folk tandvårdsorganisationer bedrivs forsknings- och utvecklingsarbete. Mera övergripande sker utvärdering inom Nordisk Institut för Odontologisk Materialprovning (NIOM) i Oslo när det gäller tandvårdsmaterial.

De flesta inom tandvården torde dock känna sig osäkra på hur väl befintlig och ny odontologisk teknik är utvärderad. Som en följd av detta har nyligen den ideella föreningen Dental Vision bildats för att bidra till ett nytt och utökat samarbete mellan odontologins olika aktörer inom såväl offentlig som privat tandvård, forskare, dentalindustrin samt andra organisationer och myndigheter. Föreningen skall vidare arbeta för ökad klinisk prövning och utvärdering av material och metoder.

Tidigare i detta kapitel har delvis beskrivits Socialstyrelsens verksamhet att granska nya medicinska metoder och att försöka uppnå en gemensam syn på det aktuella kunskapsläget. Socialstyrelsen har tillsammans med Landstingsförbundet och i nära samarbete med Spri, SBU, Medicinska forskningsrådet, Svenska Läkaresällskapet, univer-

sitettsjukhusen och sjukvårdsregionernas samverkansnämnder utvecklat och praktiskt prövat en modell för granskning av olika metoders betydelse för vårdkvalitet, ekonomi och vårdstruktur. Till detta kommer utarbetande av State of The Art-dokument med hjälp av bl.a. särskilda expertgrupper. Motsvarande verksamhet borde också kunna byggas upp för tandvårdens del.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att i samarbete med SBU utvärdera befintlig och ny odontologisk metodik såsom skett med nya medicinska metoder inom MARS-projektet.

Spridning av nya kunskaper

Det är viktigt att resultaten av utvärderingar av befintlig och ny metodik sprids så snabbt som möjligt bland tandvårdspersonalen oavsett var denna är verksam. Utredningen anser att modern datateknik bör användas i så stor utsträckning som möjligt. Offentliga institutioner – i detta fall i första hand Socialstyrelsen – bör göra informationen tillgänglig på internet såsom redan sker vad avser MARS-projektet. En utvidgning av detta sker som tidigare nämnts genom tillskapandet av *Medicinskt fönster*.

För att ytterligare sprida kunskapen om nya forskningsresultat från de odontologiska fakulteterna bör väl utformade hemsidor på internet komma till användning. Exempel på sådana finns redan från några fakulteter. Det kan också nämnas att föreningen Dental Vision planerar att ge ut en egen hemsida för att sprida kunskap om de utvärderingar av framför allt material, som den avser att genomföra.

Även om den datorbaserade informationsöverföringen kommer att få en allt större betydelse i framtiden, kommer det ändå att finnas ett behov av skriftlig information. Odontologiska tidskrifter har också en stor roll att spela även i framtiden. Översiktliga informationsblad från Socialstyrelsens utvärderingar av befintlig och ny metodik bör användas för tandvården på samma sätt som sker för medicinsk metodik.

Utredningen vill även peka på att traditionell kursverksamhet även i framtiden kommer att ha stor betydelse för att lära ut både befintlig och ny metodik. Ett nytt inslag i denna kursverksamhet bör vara att lära ut hur informationssökning går till via internet eller i olika databaser.

I direktiven till utredningen anges att en viktig uppgift kan vara att bygga upp en kunskapsbank där vårdgivare kan hämta exempel på framgångsrika verksamhetsformer. Utredningen anser att de förslag som lags fram när det gäller att öka de befintliga nationella resursernas engagemang för tandvårdens frågor och att sprida kunskap om resulta-

ten är tillräckliga för närvarande. Någon särskild nationell kunskapsbank för tandvården bör därför tills vidare inte inrättas.

Spridning av kunskap om befintliga och nya metoder hör inte direkt samman med utformningen av ett nytt ersättningsystem för tandvård. Det är emellertid angeläget att ett sådant system inte utformas så att det försvårar informationsspridningen. Utredningen anser inte att de förslag till ekonomiska stödformer som presenteras på något sätt motverkar detta intresse.

8.5 Finansiering av uppföljningen

Eftersom utredningen föreslagit att uppföljningen m.m. skall ske vid redan befintliga nationella institutioner, behövs ingen särskild finansiering för projekt inom tandvårdens område.

Om regeringen i framtiden önskar lyfta fram någon särskild aktivitet finns möjlighet att finansiera denna inom ramen för Dagmaröverenskommelserna.

I direktiven anges att möjligheten till ett gemensamt finansieringsansvar för staten och landstingen skall prövas för de nya verksamheter som föreslås. Utredningen har föreslagit en rad nya aktiviteter vad avser uppföljning och effektivisering av tandvården. Gemensamt för dessa aktiviteter är att de skall ingå i verksamheterna för redan befintliga nationella resurser, nämligen RFV, SBU, Socialstyrelsen och Spri. Dessa är redan finansierade med statliga medel eller av landstingen. De framtida aktiviteter som utredningen föreslår bedrivs på olika sätt inom dessa institutioner i fråga om övrig hälso- och sjukvård utan någon särskild finansiering.

Utredningen kan därför inte finna skäl att föreslå en finansiering av projekt vid dessa institutioner via medel från tandvårdsförsäkringen. Om regeringen i framtiden önskar lyfta fram någon aktivitet och göra den mer omfattande än vad som framgår av utredningens förslag, finns möjligheten till särskild finansiering via de s.k. Dagmaröverenskommelserna. När det gäller Socialstyrelsen och RFV har regeringen dessutom en möjlighet att styra verksamheterna via regleringsbrev.

8.6 Kompetenscentra

Endast ett kompetenscentrum i landet bör finnas för tandvård vid sällsynta medicinska tillstånd eller vid små eller mindre väl kända odontologiska funktionshinder. Det befintliga Mun-H-Center inom Bohuslandstinget bör få ställning av nationellt kompetenscentrum och få statligt bidrag för verksamheten.

I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* föreslogs inrättande av kompetenscentra i landet för att där samla kunskap om tandvården för personer med sällsynta medicinska tillstånd eller med små eller mindre kända funktionshinder. I rapporten föreslogs att Socialstyrelsen skulle tillföras medel för att bidra till verksamheten. Det statliga bidraget beräknades till 10 miljoner kronor per år.

I rapporten beskrevs verksamheten vid Mun-H-Center i Bohuslandstinget. Detta center startade år 1995 och fick stimulansbidrag från Socialstyrelsen på 1,3 miljoner kronor under det första året och 1,0 miljoner kronor under det andra året. Utredningen har för sina överväganden använt Mun-H-Center som utgångspunkt.

Tillståndet i och omkring munnen är mycket viktigt för många personer med små och mindre kända funktionshinder eftersom tand- och bettmissbildningar är vanliga i samband med flera av dessa. De kan leda till allvarliga talstörningar och svårigheter att äta. Eftersom det handlar om ett begränsat antal personer – omkring 10 000 i hela landet – men med en stor spridning på 300-400 olika diagnoser, är kunskaperna om diagnostik och behandling ofta dåliga bland hälso- och sjukvårdspersonalen inklusive tandvårdspersonalen.

Mun-H-Center har som sin viktigaste uppgift att vara ett kunskapscentrum kring odontologiska problem hos små och mindre kända grupper med funktionshinder. Denna uppgift fullgörs genom insamling, dokumentation och spridning av kunskap. Patientbehandling vid Mun-H-Center sker i första hand av patienter boende i Göteborgsregionen. Behandlingarna måste oftast skötas av ett team med olika medicinska och odontologiska specialiteter. För övriga erbjuds konsultation och handledning oberoende av var i landet de är bosatta.

Insamlandet och spridningen av kunskap sker till stor del genom ett nätverk som för närvarande omfattar omkring 170 tandläkare i landet. Mycket kunskap inhämtas via ett frågeformulär till föräldrar och vårdpersonal om tandvård, matsituation och dregling. Tandläkarna följer sedan ett särskilt observationsschema. Hittills har i databasen införts uppgifter från omkring 550 frågeformulär och 450 observationsscheman. Mun-H-Center får kontakt med patienter från hela landet

genom ett samarbete med "Ågrenska", ett familjecenter i Hovås. Hit kommer familjer från hela Sverige för att under en vecka träffa andra barn och familjer med samma funktionshinder.

En nyttillkommen del av verksamheten är att vara ett resurscenter för s.k. orofaciala hjälpmedel. Funktionshindren hos de olika patientgrupperna medför ofta stora svårigheter att äta och att själv sköta munhygien. Resurscentret arbetar med att kartlägga, utvärdera och utveckla munvårdshjälpmedel, tränings- och behandlingshjälpmedel för oral motorik, måltidshjälpmedel samt hjälpmedel vid tandvård för funktionshindrade.

En annan viktig del av verksamheten vid Mun-H-Center är forsknings- och utvecklingsarbete. Möjligheterna till forskning torde komma att öka i framtiden då det finns planer på att flytta verksamheten till Odontologiska fakulteten i Göteborg.

Utredningen anser att det för Sveriges del endast behövs ett nationellt kompetenscentrum. Det är inte rationellt att sprida kunskaperna och erfarenheterna kring små och mindre kända funktionshinder på flera enheter. Detsamma gäller för konsultationsverksamheten och utvecklandet av orofaciala hjälpmedel.

Det är egentligen inte utredningens uppgift att föreslå var ett sådant kompetenscentrum skall vara beläget. Det förefaller dock rimligt med tanke på vad som med hjälp av statliga medel redan byggts upp vid Mun-H-Center, att denna verksamhet får ett fortsatt statligt stöd för den del av verksamheten som har nationell betydelse.

I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* har chefen för Mun-H-Center beräknat att kostnaden för det nationella centret uppgår till omkring sex miljoner kronor per år. Utredningen har granskat budgeten för år 1998 då Bohuslandstinget svarar för hela kostnaden och har också funnit att kostnaderna för den nationella verksamheten uppgår till detta belopp. Utredningen förelår att ett statligt bidrag till den nationella delen i Mun-H-Center lämnas i särskild ordning, t.ex. i en Dagmar-överenskommelse.

9 Författningskonsekvenser och lagförslag

9.1 Översikt av författningsfrågorna

Utredningen gör i detta avsnitt en inventering av författningskonsekvenserna av förslagen enligt de föregående kapitlen. I anslutning härtill lämnas förslag till de huvudsakliga ändringar i tandvårdslagen och lagen om allmän försäkring som följer av utredningsförslaget. Fortsatt beredning av de juridiska delarna förutsätts ske inom Socialdepartementet inför avlämnande av proposition om ett nytt ersättnings-system för vuxentandvård.

Utredningens förslag om ekonomiskt stöd för vuxna i allmänhet utgår från ett grundalternativ med en åtgärdstaxa av nuvarande typ. Detta alternativ kan därför grundas på bestämmelser av det slag som redan finns i lagen (1962:381) om allmän försäkring respektive förordningen (1973:638) om tandvårdstaxa. Emellertid tillkommer den fria prissättningen (se avsnitt 9.2) samt möjligheten till abonnemang inom bas-tandvården (se avsnitt 9.3).

I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* framfördes att de i prop. 1995/96:119 *Reformerad tandvårdsförsäkring* lämnade lagförslagen om uppsökande verksamhet respektive särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid i och för sig torde vara tillräckliga men att de, eller kommentarerna till dem, borde ses över. Utredningen har nu föreslagit ytterligare ett stöd inom landstingens ansvarsområde, nämligen för nödvändig tandvård åt dem som uppsökts. Frågan om författningsreglering av landstingens ansvar behandlas i avsnitt 9.4.

Utredningens förslag medför också behov av förändringar av reglerna för anslutning till tandvårdsförsäkringen (avsnitt 9.5). Förslagen överensstämmer här helt med motsvarande förslag i prop. 1995/96:119.

De uppgifter för Socialstyrelsen m.fl. rörande uppföljning, som föreslagits i kapitel 8, Uppföljning m.m., kan föranleda ändringar i instruktioner och regleringsbrev. Utredningen ser inget behov av att nu utveckla detta närmare än vad som redan framgått av förslaget.

9.2 Fri prissättning för vårdgivaren och återbäring till patienten

Fri prissättning skall enligt utredningens förslag gälla inom försäkringens ersättningssystem, dvs. för sådan tandvård som ersätts med *grundbelopp* respektive *förhöjt belopp*. Nuvarande reglering av arvoden följer av förordningen om tandvårdstaxa. Någon bestämmelse om högsta arvoden finns inte i AFL. I och för sig kommer således den fria prissättningen till uttryck genom en omarbetning av tandvårdstaxan till en ny förordning om tandvårdsersättning. Detsamma gäller patientavgiftens ändrade karaktär och form.

Om uttryckligt lagstöd anses önskvärt för den fria prissättningen i vad gäller försäkringen får AFL kompletteras. Om man emellertid för tydlighetens skull vill involvera all tandvård, får det i stället göras i tandvårdslagen (1985:125), genom en komplettering av antingen nuvarande 4 § eller 15a §. Utredningen föredrar därvid att ändringen görs i 4 §, eftersom upplysningsskyldigheten gentemot patienten i fråga om kostnader återfinns där och dessutom bör ses över. Ett ändringsförslag lämnas i avsnitt 9.6.1

9.3 Bastandvårdsabonnemang

Utredningen har föreslagit att vårdgivare och patient som ett alternativ till ersättning per utförd åtgärd skall kunna välja en form där patienten tecknar abonnemang på viss tandvård för viss tid. Förslaget omfattar ett väl definierat bastandvårdspaket med fast årlig ersättning från försäkringen. Abonnemanget tecknas för två år i taget.

När ett sådant abonnemang tecknats innebär det i och för sig att ett avtal mellan vårdgivare och patient träffats. Enligt förslaget blir ett sådant avtal emellertid starkt begränsat och rymmer inte några stora osäkerhetsmoment för vårdgivare och patient.

Utredningen har därför föreslagit att bastandvårdsabonnemanget tas in i förordningen som en alternativ "åtgärd" och regleras i taxebestämmelserna. För avtalet i sig behövs ingen lag. Att ingå avtal är fritt. Någon särskild lag till patientens skydd i detta fall torde heller inte behövas med den utformning som nu föreslagits.

9.4 Tandvård inom landstingets ansvarsområde

Utredningen har föreslagit att landstingen skall ha ansvar för att följande tandvårdsinsatser kommer till stånd, oavsett vem som sedan utför dem, nämligen

- a) *uppsökande verksamhet* för dem som vårdas på sjukhem m.m.,
- b) *nödvändig tandvård* för dem som omfattas av a) ovan samt
- c) *särskilda tandvårdsinsatser* som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.

Den uppsökande verksamheten föreslås vara avgiftsfri för patienten. För tandvård enligt b) och c) föreslås patienten betala avgift enligt bestämmelserna om vårdavgifter i hälso- och sjukvårdslagen.

Patientgruppen är densamma i a) och b). Tandvård enligt c) omfattar ingen specifik personkrets utan gäller envar som har det avsedda tillfälliga behovet.

Förslag har lämnats tidigare, i prop. 1995/96:119 och därefter i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling*, om såväl uppsökande verksamhet som tandvård i anslutning till sjukdomsbehandling under en begränsad tid.

Lagförslag för båda dessa komponenter fanns i den nämnda propositionen i form av ändring i 8 § tandvårdslagen som därvid skulle få följande lydelse (sakändringen kursiverad här)

Landstinget skall planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. *Landstinget skall se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med behov av särskilda tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård.*

Planeringen skall avse även den tandvård som erbjuds av någon annan än landstinget.

Härtill kom en då föreslagen ändring i 15a § om patientavgift i fråga om tandvård i samband med sjukdomsbehandling under begränsad tid.

När nu landstingens ansvar avses utökas också med nödvändig tandvård för de uppsökta är det enligt utredningens mening nödvändigt att särskilt ange de kategorier som avses få specifika insatser från landstingets sida. Detta kan inte lämpligen ske enbart i samband med stadgande om patientavgift i 15a §.

Utredningen anser att den tidigare föreslagna förändringen av 8 § i och för sig bör göras, men föreslår att de specifika kategorierna anges i en särskild 8a §. Förslag till en sådan lämnas i avsnitt 9.6.2.

Stadgandena om att patientavgift i vissa fall skall erläggas enligt hälso- och sjukvårdslagen kan därefter göras i 15a § med hänvisning till den föreslagna 8a §. I 15a § bör dessutom, liksom nu, ingå bestämmelse om viss oralkirurgi, med den tekniska förändring av definitionen som utredningen förlagit. Förslag till ny lydelse av 15a §, tredje stycket, lämnas i avsnitt 9.6.3. Observera att prop.1995/96:119 också innehöll ett förslag om rätt till merkostnad vid överstandard inom barn- och ungdomstandvården, vilket ledde till ett förslag om ändring i 15a § första stycket. Frågan har inte behandlats av nuvarande utredning, men bör beaktas i den fortsatta beredningen.

Det bör understrykas att landstingens ansvar till stor del berör institutioner under kommunalt huvudmannaskap. Detta påpekande gjordes redan i den föregående rapporten vad gällde uppsökande verksamhet. Landstingens ansvar föreslås nu omfatta även nödvändig tandvård för dem som uppsökts, vilket förstärker samverkanskravet. Då uppkommer lätt den tanken att kommunerna borde vara ansvariga för tandvård på ifrågavarande institutioner likaväl som för hälso- och sjukvård. Det sistnämnda ansvaret sträcker sig f.n. dock endast upp till och med sköterskenivå.

Direktiven för den nu företagna utredningen har inte innefattat att utreda en så långtgående lösning som att föra över tandvårdsansvar på kommunerna. I utredningens förslag har således landstingen kvar ansvaret för tandvård. Behovet av samverkan med kommunerna måste emellertid understrykas.

9.5 Vårdgivarbegreppet

Utredningens förslag i kapitel 7, Administration och genomförande, medför behov av ändringar av reglerna för anslutning till försäkringen genom ett nytt vårdgivarbegrepp och genom slopande av den kvantitativa begränsning som hittills gällt för tandläkares anslutning till försäkringen. Utredningen har också fört vidare det i samband med prop. 1995/96:119 lämnade förslaget om viss maximiålder för tandläkare eller tandhygienist som skall ansvara för verksamheten vid en mottagning. Ett förslag till ändringar i lagen om allmän försäkring lämnas i avsnitt 9.6.4. Utredningen har därvid i berörda delar använt sig av det lagförslag som fanns i propositionen, med undantag för de delar som avser återkrav respektive omprövning, frågor som utredningen inte be-

handlat. I den fortsatta juridiska beredningen bör dock även de förslagen beaktas.

Vidare bör, i enlighet med förslaget i den nämnda propositionen, en konsekvensändring göras i 3 kap 9 § lagen (1976:380) om arbetsskade-försäkring.

9.6 Förslag till lagändringar

9.6.1 Ändring i 4 § tandvårdslagen (1985:125)

Denna paragraf föreslås få i princip helt ny text enligt nedan.

4 §

Vårdgivaren får ta ut skälig ersättning av patienten, *arvode*, för undersökning och tandbehandling. Vid beräkning av arvodet skall hänsyn i förekommande fall tas till den ersättning som utgår från den allmänna försäkringen. För viss tandvård gäller särskilda bestämmelser om patientavgift enligt denna lag.

Innan en undersökning eller viss behandling påbörjas skall vårdgivaren upplysa patienten om kostnaden för åtgärden. Om en följd av behandlingar behövs skall vårdgivaren upplysa patienten om den beräknade kostnaden härför. Om förutsättningarna för behandlingsförslaget eller kostnadsberäkningen ändras skall patienten upplysas om detta och om ändringen.

Kommentarer:

- Det kan finnas ett behov att i tandvårdslagen nämna fri prissättning, eftersom man ger regler om patientavgifter på vissa punkter. Tidigare har ju dessutom så gott som all tandvård varit prisreglerad genom bestämmelser inom AFL-området, något som nu ändras enligt utredningsförslaget.
- Kravet på skälighet och på hänsyn till förekommande försäkringser-sättning syftar som ett påpekande och ett skydd för patienten. Se även angående prislista nedan.
- Utredningsförslaget innebär att någon formell behandlingsperiod inte längre finns i försäkringen. Någon sådan period bör inte heller anges i lagen för annan tandvård.
- För en enskild undersökning eller behandlingsåtgärd bör en bindande kostnadsuppgift kunna lämnas.
- Vårdgivaren bör vara skyldig att ha en prislista. Det bör dock räcka att begränsa den skyldigheten till att gälla åtgärder som kan ersättas inom försäkringen, varvid föreskrift kan ges i taxeförordningen.

– Det som här stadgas om upplysningsskyldigheten är en minimiregel. Patienten och vårdgivaren är fria att avtala om viss vård. Vad gäller försäkringen bör dock detta särskilt regleras i taxeförordningen i form av ett särskilt beskrivet bastandvårdsabonnemang.

9.6.2 Ändring i 8 § samt ny 8a § i tandvårdslagen

8 § föreslås få följande ändrade lydelse.

8 §

Landstinget skall planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Landstinget skall se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård.

Planeringen skall avse även den tandvård som erbjuds av annan än *landstinget*.

Kommentar:

Denna redan i tidigare sammanhang föreslagna ändring bör ses som ett förtydligande och en förstärkning av landstingets s.k. befolkningsansvar vad gäller tandvården. Utredningen har emellertid ansett att 8 § med denna lydelse inte blir tillräckligt tydlig i fråga om de specifika patientgrupper som avses bli föremål för särskilda insatser och få särskilda avgiftsförmåner. En särskild 8a § föreslås därför enligt nedan. 8 § bör dock kunna stå som den principiella grunden. Eventuellt kan det som nu föreslås under 8a § tas in i 8 § som ett nytt stycke.

8a §

Vid tillämpningen av 8 § skall landstinget särskilt svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. kommunen har sjukvårdsansvar för enligt 18 §, första stycket, hälso- och sjukvårdslagen (1987:763), eller
2. har hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
3. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller
4. vid ordinärt boende har motsvarande behov av vård, omsorg eller service som personer som omfattas av punkterna 1–3 ovan.

Landstinget skall också svara för att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.

Landstinget skall vidare tillse att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.

Kommentarer:

Skrivningen i första stycket behövs om man tydligt vill ange vilka grupper det gäller och det således inte anses tillräckligt med motsvarande innehåll i förarbetena till en lagtext enligt förslaget till 8 §. Det vore också opraktiskt att räkna upp kategorierna i 15a §. Se i övrigt huvudtexten i fråga om de olika gruppernas närmare innehåll.

Det har bedömts lämpligt att i fråga om punkten 1 hänvisa till den specifikation i fråga om det kommunala ansvaret som finns i hälso- och sjukvårdslagen, i stället för att här ge hänvisningar till olika delar av socialtjänstlagen. Det är också en fördel att uttryckligen få med "kommunen" i lagtexten. Landstinget har ansvar för uppsökande verksamhet och för att nödvändig tandvård kan erbjudas. Samverkan måste emellertid ske med kommunerna inom landstingsområdet.

Staten och landstingen avses för en inledningsperiod förhandla om ersättningen för de insatser som avses i 8a §. Härvid bör staten i konkurrensbefrämjande syfte som ett bidragsvillkor *kräva* att landstinget upphandlar vårdgivare; enligt 5 § tandvårdslagen *får* landstinget lägga ut uppgifter på annan, något som närmast avser barn- och ungdomstandvården och som inte lämpligen bör ändras i förevarande sammanhang.

9.6.3 Ändring av 15a § tandvårdslagen

Ändringen avser tredje stycket. Sakändringarna är kursiverade. Observera vad som i huvudtexten påpekats om paragrafens första stycke.

15a §, tredje stycket

Vid tandvård enligt 8a §, andra och tredje styckena, samt vid oralkirurgisk behandling och undersökningar för sådan behandling för vilka ett sjukhus tekniska och medicinska resurser behövs, gäller bestämmelserna om vårdavgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), om inte vården ersätts till någon del enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Kommentar:

Hänvisningen till den föreslagna nya 8a § syftar på dem som skall få nödvändig tandvård till följd av den särskilda uppsökande verksam-

heten respektive på dem som behöver särskilda tandvårdsinsatser i samband med en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.

Vidare har en teknisk anpassning gjorts till den föreslagna nya definitionen av vilken oralkirurgi som skall ersättas på det angivna sättet.

9.6.4 Ändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Förslagen gäller dels ändring av 2 kap. 3 §, dels införande av två nya paragrafer, 2 kap. 3a och 3b §§.

Förslagen anknyter till motsvarande förslag i prop. 1995/96:119. Förslagen där hade granskats av lagrådet. Några kortfattade kommentarer ges här nedan i anslutning till respektive paragraf. I övrigt hänvisas till författningskommentarerna i den nämnda propositionen (s. 102-104).

3 §

Ersättning för *tandvård lämnas* om vården ges vid folktandvårdsklinik, odontologisk fakultet eller annars genom det allmännas försorg. *Ersättning lämnas också om vården ges hos en enskild näringsidkare, ett bolag eller en annan juridisk person som bedriver tandvårdsverksamhet och som är uppförd på en av den allmänna försäkringskassan upprättad förteckning.*

Ersättning *lämnas* enligt grunder som regeringen fastställer efter förslag av Riksförsäkringsverket.

Vårdgivare som avses i första stycket skall tillhandahålla en eller flera tandläkare eller legitimerade tandhygienister som har ansvaret för tandvården inom ramen för sin kompetens. Ersättning för tandvård lämnas endast om vården utförts av sådan legitimerad personal som inte har fyllt 65 år.

Ersättning lämnas inte för tandvård åt en försäkrad som fyller högst 19 år under det år då vården ges. Om avgiftsfri tandvård åt sådan försäkrad föreskrivs i tandvårdslagen (1985:125).

Kommentar:

Ändringen i första stycket föranleds av utredningens förslag att anslutningen till försäkringen inte längre skall vara personlig.

Tredje stycket innehåller kompetens- och ålderskrav. Kompetenskravet är en följd av det nya vårdgivarbegreppet.

3a §

En vårdgivare som avser att ge tandvård i enskild verksamhet mot ersättning enligt denna lag skall senast tre månader innan verksamheten påbörjas skriftligen anmäla detta till den allmänna försäkringskassa, inom vars område verksamheten skall bedrivas.

Om vårdgivaren uppfyller de krav som anges i 3 § skall försäkringskassan efter anmälan föra upp vårdgivaren på den förteckning som avses i 3 § första stycket.

Försäkringskassan är inte skyldig att betala tandvårdsersättning tidigare än tre månader efter anmälan enligt första stycket.

Kommentar:

Anmälningsförfarandet ersätter den tidigare s.k. etableringsbegränsningen.

3b §

Om en vårdgivare som har förts upp på förteckningen hos en försäkringskassa avser att upphöra med sin verksamhet eller att flytta verksamheten till en annan försäkringskassas område eller av någon annan anledning vill föras av från förteckningen, skall vårdgivaren anmäla detta till försäkringskassan senast tre månader i förväg.

En vårdgivare som har upphört att bedriva verksamhet i enskild tandvård eller inte längre uppfyller de krav som avses i 3 a § andra stycket skall föras av från förteckningen genom beslut av kassan. Det samma gäller om verksamheten inte har påbörjats senast sex månader efter anmälan enligt 3 a §.

Kommentar:

Första stycket innebär den förändringen att det skall vara flyttning till annat kassaområde, inte till annan kommun, som kräver anmälan om avförande från förteckningen när det gäller flyttning av verksamhet.

I fråga om AFL påpekas slutligen vad som sagts i huvudtexten om de i prop. 1995/96:119 föreslagna ändringarna i 20 kap.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av Solveig Allard-Ringborg

Utredningens förslag avseende formerna för det nya tandvårdsstödet innebär överförande av ansvar till landstingen. Landstingen blir därmed fortsättningsvis finansiärer av ca en tredjedel av det nya tandvårdsstödet. I detta sammanhang vill jag peka på två områden som särskilt måste beaktas i den fortsatta beredningen av utredningens förslag.

För det första är det angeläget att formerna för ersättning till vårdgivarna, i de fall landstingen är finansiärer av viss tandvård, närmare övervägs. Landstingsförbundet har i skrivelse till Socialdepartementet begärt en utredning om huruvida vårdavtal utgör sådana avtal om tjänster till landsting och kommuner som avses i EG:s upphandlingsdirektiv. Direktiv till en sådan utredning är nu under utarbetande inom Socialdepartementet. Jag anser att dessa direktiv även borde omfatta tandvården.

För det andra bör av den föreslagna särskilda överenskommelsen med staten framgå att landstingen får full ersättning för sina faktiska kostnader. Detta är särskilt angeläget eftersom de antaganden som beräkningarna bygger på är osäkra.

Särskilt yttrande av Bjarne Almström

Alltsedan tandvårdsförsäkringen infördes 1974 har staten tagit ett särskilt ansvar för tandvård till vuxna. Det har avsett såväl åtgärdernas utförande som kostnad. Genom de förhandsprövningar som försäkrings- tandläkarna vid försäkringskassorna gjort har den försäkrade kunnat känna trygghet att få rätt och relevant behandling. Detta förhållande har kvarstått även sedan ersättningen från tandvårdsförsäkringen minskat och egenavgifterna höjts. Försäkringen i sin nuvarande utformning medverkar således inte endast till att betala för tandvården utan garanterar också ett visst innehåll. Med utredningens förslag försvinner den funktionen. Jag är medveten om att utredningens direktiv inte ger särskilt stort utrymme vare sig innehålls- eller tidsmässigt, men finner det

ändå olyckligt att statens fortsatta ansvarstagande för vuxentandvården inte närmare klarlagts.

Utredningens uppgift har bl.a. varit att lämna förslag till ett ekonomiskt stöd till vuxna för tandvård. Detta stöd skall ha en tandhälsoriktad utformning. Utredningen har valt att koncentrera det stöd som inte avser sjuka och funktionshindrade människor till "bastandvård" dvs. regelbundna undersökningar, förebyggande åtgärder och hälsobevarende tandvård. Med det senaste avses reparationer och fyllningar på befintliga tänder. Protetisk behandling kommer inte att omfattas av stödet.

Enligt min uppfattning leder inte utredningens förslag till att de begränsade medel som kommer att finnas för tandvårdsförsäkringen används på ett lämpligt sätt. Stödet bör i stället utformas som ett skydd vid höga kostnader, ju högre kostnad, desto högre ersättning. Jag anser att all vanlig tandvård skall omfattas av försäkringen, alltså även protetik. Däremot delar jag av kostnadsskäl utredningens uppfattning att mer kvalificerad behandling som t.ex. implantat inte kan omfattas av skyddet.

Utredningens förslag innebär att man får stöd för att laga trasiga tänder, för att gå till tandläkaren regelbundet och för förebyggande åtgärder. Dessutom ingår behandling av infektioner och inflammationer, bl.a. rotfyllningar. Alla dessa behandlingar är förhållandevis billiga, åtminstone jämfört med protetiska åtgärder. Syftet med förslaget är att patienten genom att få dessa åtgärder inte skall behöva ytterligare tandvård. Jag tror inte att sambandet är så enkelt. Även den som går regelbundet till tandläkaren och får förebyggande behandling och reparation av mindre skador kan förlora tänder och behöva fast protetik. Dessutom har i dag en betydande del av befolkningen kron- och broprotetik som man fått med stöd av tandvårdsförsäkringen. Dessa människor kommer med utredningens förslag inte att få något stöd om deras proteser skadas eller av annan anledning behöver göras om.

Med utredningens modell anser jag att den sociala ambition som finns i tandvårdsförsäkringen och som varit framgångsrik går förlorad. Vi riskerar att tandstatus åter blir en social fråga och att den som inte har råd får gå med luckor i munnen

Jag delar uppfattningen att tandvårdsförsäkringen skall innehålla komponenter som stimulerar till eget ansvarstagande och till förebyggande åtgärder, men jag anser inte att det kan drivas så långt att den som trots sådana åtgärder drabbas av skador som kräver protetisk behandling skall lämnas helt utan skydd. Det är mer angeläget med skydd vid dyra behandlingar än vid mindre kostnadskrävande. Det är också så tandvårdsförsäkringen är utformad i dag.

Om bastandvård verkligen i stor omfattning skyddar patienten mot framtida dyrare skador kan jag tänka mig att pröva ett alternativ där den försäkrade själv får genomgå och betala regelbunden bastandvård och i stället får tillgång till ett ordentligt högkostnadsskydd. Detta skulle då inte behöva utnyttjas i någon större omfattning och därmed kunna hållas inom de kostnadsramar som finns.

Utredningen föreslår en ny formulering för inriktningen på tandvårdsförsäkringen. Förslaget är helt inriktat på att åstadkomma ett förbättrat tandtillstånd och att minska kostnaderna. Jag anser att inriktningen bör kompletteras med att det skall finnas ett högkostnadsskydd för behandlingsbehov som ändå uppkommer så att den sociala ambition som finns i tandvårdsförsäkringen bevaras.

Utredningen föreslår att försäkringsersättningen skall utgå som ett fast belopp per åtgärd. Prissättningen skall därefter vara fri. Ett av argumenten som framförs är att landstingen i det marknadsläge som kommer att gälla för tandvården kommer att vara prisledande. Jag anser att priset även i framtiden bör regleras åtminstone för de behandlingar där stat eller kommun står för hela eller en betydande del av kostnaden. I det förslag som jag förordar och där försäkringsersättningen utgör en procentuell andel av arvudet kan prissättningen inte vara fri. Däremot kan försäkringsersättning utgå till fullt belopp även om tandläkaren sätter ned sitt arvode.

Särskilt yttrande av Sten Arne Enocksson

Framtidens samhällsstöd till vuxentandvård föreslås ha som främsta syfte att bidra till en förbättrad tandhälsa bland befolkningen så att tandvårdsbehovet på sikt minskar. Med denna målsättning som utgångspunkt har utredningen identifierat olika stödformer och därvid gjort en prioritering utifrån angelägenhetsgrad med hänsyn till de begränsade resurser som står till förfogande.

De prioriteringar som görs inom ramen för 1,4 miljarder har inriktats på tandvård vid särskilda behov och på bastandvård åt alla vuxna. Detta är prioriteringar som väl följer det uttalade syftet med ett tandhälsoinriktat stöd.

I utredningen förs också en diskussion om hur en ökad budgetram, utöver 1,4 miljarder, bör leda till ytterligare stöd. I detta sammanhang prioriteras stöd vid behandling av helt tandlösa käkar och övrig protektisk behandling.

Enligt min mening prioriteras med detta synsätt den viktiga tandhälsoinriktningen ned till förmån för en exklusiv vård till ett fåtal patienter. En förutsättning för att detta skall kunna anses motiverat är att

sådant stöd endast kommer i fråga för särskilt ömmande fall. En lämplig gränsdragning kan vara i de fall där patienten är helt tandlös. Jag anser att ett ytterligare stöd för behandling av infektioner och inflammationer är mer angeläget från tandhälsoperspektiv än stöd för protetisk behandling.

Särskilt yttrande av Agneta Funseth

Som företrädare för Sveriges Konsumentråd avger jag ett särskilt yttrande på följande punkter: högkostnadsskydd, ekonomiskt stöd till åldersgruppen 20–29 år, abonnemangstandvård och fri prissättning.

Inledning

Beslut om direktiven till utredningen "Ny inriktning på tandvårdsförsäkringen" fattades på regeringssammanträdet den 12 juni 1997. Utredningen har haft en mycket snäv tidsram och själva utredningsarbetet kunde påbörjas först i mitten av september.

Ambitionen med den nya utformningen på tandvårdsförsäkringen är, att den skall kunna fungera in på 2000-talet och kunna ge konsumenterna trygghet och producenterna stabila spelregler.

Utredningsuppdraget har varit digert och det snäva tidsschemat har inte gjort det möjligt att fördjupa diskussionerna i alla stycken, eller belysa olika aspekter i den utsträckning som behövts. Även tidsramarna för den fortsatta hanteringen är alldeles för snäva. Sveriges Konsumentråd är starkt kritiskt på denna punkt, då utredningens förslag innebär genomgripande förändringar och ett totalt systemskifte vad gäller utformningen av tandvårdsförsäkringen.

Högkostnadsskydd

Tandvårdsförsäkringen har varit föremål för mycket kraftiga besparingar under 90-talet p.g.a. statsfinansiella skäl. Svenska folket har accepterat åtstramningar på detta och andra områden under lång tid. Nu när ekonomin förbättras är det inte acceptabelt att den ekonomiska ramen för tandvårdsförsäkringen anpassas på en lägre nivå. Sveriges Konsumentråd anser att avgifterna för patienterna inom tandvård på sikt skall vara på samma nivå som för sjukvården. Att det nu i utredningens grundförslag inte finns något skydd för höga behandlingkostnader är ett avsteg i den riktningen.

Det slopade högkostnadsskyddet innebär att inget försäkringsskydd utgår för protetiska åtgärder till den del av befolkningen, som inte tillhör de särskilda grupperna. Dvs. de får betala hela kostnaden för protetik själva.

Halva befolkningen är över 40 år och har sämre tandhälsa, de har vuxit upp med en annan tandvård. Här återfinns de, som utredningen mycket riktigt påpekar, *"har omfattande protetiska rekonstruktioner"* och där *"...Funktionstiden hos tandvårdsarbeten är begränsad och de biologiska förutsättningarna i munhålan ändras så att det efter ett tiotal år kan uppkomma behov av att göra om tidigare utförda arbeten..."*

I befolkningsgruppen över 40 år återfinns också de som har många och stora amalgamfyllningar. Denna del av befolkningen lämnas, enligt grundförslaget, helt utan försäkringsskydd när tidigare protetik görs om, eller när ny protetik behövs då de egna tänderna med stora fyllningar inte håller längre. Dessa förslitningar och förändringar på grund av ålder kan inte förebyggas med en aldrig så god profylax och egenvård. Utredningens grundförslag innebär på denna punkt en avsevärd kostnadsökning för patienterna jämfört med dagens system. Konsekvensen är att dessa kan komma att drabbas av mycket höga tandvårdskostnader. De grupper som har svag ekonomi kommer inte att kunna ha råd med denna tandvård och det kommer att synas på tänderna vilken samhällsklass de tillhör.

Många kan således av ekonomiska skäl tvingas avstå från protetik och avancerad tandvård. Sveriges Konsumentråd anser att detta är oacceptabelt. En allmän tandvårdsförsäkring måste innehålla ett fullgott försäkringsskydd vid stora behandlingsbehov och höga vårdkostnader.

Ekonomiskt stöd till åldersgruppen 20–29 år

För att stimulera åldersgruppen 20–29 år till att besöka tandvården ges till denna grupp ett ekonomiskt stöd även för undersökning, diagnostik och rådgivning. Med den ekonomiska ram som står till förfogande är det inte försvarbart att ge ett större ekonomiskt stöd till denna grupp med bra tandhälsa, då grupper med stora behandlingsbehov inte får något stöd för höga vårdkostnader.

Behöver åldersgruppen 20–29 år stimuleras till regelbundna tandvårdsbesök är det istället sannolikt mer effektivt att satsa på en professionellt utformad riktad information.

Abonnemangstandvård

Utredningen lägger ett förslag som ger möjlighet till s.k. abonnemangstandvård. Enligt grundförslaget skall abonnemang kunna tecknas för bastandvård och vid en utökad kostnadsram även för protetik. Sveriges Konsumentråd ställer sig tveksamt till abonnemangstandvård som idé, eftersom konsumenten är i ett underläge.

Det är mycket svårt att se vad som är attraktivt för konsumenten med denna möjlighet. Däremot finns det många frågetecken vad som gäller konsumentens trygghet. Detta gäller inte minst vid s.k. tilläggsabonnemang för protetik.

De konsumenträttsliga aspekterna har inte belysts tillräckligt. Vad händer om vårdgivaren inte följer vårdåtagandet? Vilka spelregler gäller om man vill byta vårdgivare under avtalsperioden? Vad händer vid avtalstvister? Vad innebär systemet för den konsument som t.ex. har abonnemang om bastandvård och sedan under avtalsperioden behöver tandvård som ett led i kortvarig sjukdomsbehandling, dvs. byter från ett system till ett annat? Det finns också enligt min bedömning risker för undervård med denna modell.

Fri prissättning

Förslaget innebär att prisregleringen avskaffas. Frågan är hur detta påverkar prisutvecklingen. Det finns, vilket också utredningen beskriver, krafter som påverkar priserna både uppåt och nedåt. Underlaget för att bedöma konsekvenserna av fri prissättning är begränsat. En absolut förutsättning för att kunna garantera en trygghet för konsumenterna är en aktiv uppföljning av prisutveckling, prisbildning och konkurrensförhållanden.

Försäkringsförslaget innebär att ersättningsnivåer i fasta krontal fastställs. Utredningen menar att "...ersättningsbeloppen kan vara oförändrade till dess att det av andra skäl kan vara befogat att göra förändringar". Jag anser att det skall ske en årlig översyn av ersättningsnivåerna bl.a. av det skälet att inte beloppen urholkas. Vid denna översyn skall konsumentföreträdare vara representerade.

Slutord

Sammanfattningsvis anser jag att utredningen skall omarbetas i dessa stycken, för att kunna föras vidare till proposition och riksdagsbeslut.

Särskilt yttrande av Karin Lund

Av utredningens direktiv framgår klart att förslagen i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* om ett bättre ekonomiskt stöd till personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov skall vara utgångspunkt för utredningens arbete.

I *Tandvårdsförsäkring i omvandling* har en princip slagits fast som innebär att merkostnader för långvariga och väsentligt ökade tandvårdsbehov som följer av sjukdom eller funktionshinder inte skall bäras av den enskilde utan istället solidariskt och belasta tandvårdsförsäkringen. Dessa personers egna tandvårdskostnader skall högst motsvara vad den övriga vuxna befolkningen i genomsnitt behöver betala för sin tandvård. Utredningens förslag i denna del innebar att personer som har långvariga och väsentligt ökade tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder skulle få rätt till undersökningar, förebyggande vård, fyllningar m.m. mot en avgift på högst 800 kronor under en tolv månadersperiod. För protetiska arbeten skulle halva arvudet subventioneras.

Utredningen har nu föreslagit en modell där det utökade stödet till tandvård till följd av sjukdom eller funktionshinder blir inordnat i tandvårdsförsäkringens bastandvård, men med högre kompensation och fler åtgärder som kompenseras. Jag instämmer i modellens grundprinciper.

Samtidigt föreslås emellertid att prisregleringen avskaffas och att fri prissättning för tandvårdsbehandling i fortsättningen skall gälla. Som en följd härav kommer den framtida subventionen att konstrueras som ett fastprissystem.

Trots att långvarigt sjuka och funktionshindrade föreslås få en högre subvention i utredningens förslag inger förslagen stark oro om inte de särskilda merkostnaderna som följer av sjukdom eller funktionshinder på något sätt begränsas för den enskilde. Kostnaderna kan annars dra iväg orimligt. T.ex. kan Crohns sjukdom eller långvarig psykisk sjukdom ge oväntade och relativt hastigt uppkomna stora tandvårdskostnader, momentant eller återkommande, som på intet sätt kan jämföras med den genomsnittliga kostnaden som uppstår för en regelrätt, återkommande tandvård för en frisk person.

Principen om att personer med långvariga sjukdomar eller funktionshinder inte skall ha högre kostnader för sin tandvård än genomsnittet av den vuxna befolkningen måste bibehållas.

Sammanfattningsvis instämmer jag sålunda i den grundläggande principen i förslaget till bastandvård, men anser att den nya konstruktionen av tandvårdsförsäkringen måste kompletteras med ett kostnadstak för de grupper som har väsentligt ökade kostnader till följd av

tandvårdsbehov under en lång tid till följd av sjukdom eller funktionshinder.

Särskilt yttrande av Krister Sandström

Sveriges Privattandläkarförening (SPF) har i sitt remissvar på utredningen *Tandvårdsförsäkring i omvandling* argumenterat för att det framtida ekonomiska stödet till tandvården kanaliseras genom en allmän, enhetlig och producentneutral tandvårdsförsäkring inriktad på högkostnadsskydd och administrerad av försäkringskassorna. SPF var också kritisk till den förra utredningens förslag att överföra nya uppgifter till landstingen finansierade med särskilda statsbidrag. Enligt vår bedömning skulle utredningens förslag medföra en ytterligare snedvridning av konkurrensförhållandena inom tandvården.

Den nya utredningen har bedrivits under mycket kort tid. Under utredningsarbetet har jag som sakkunnig efterlyst

- en närmare analys av samhällskostnaderna för tandvården – både dess totala storlek och utveckling, dvs. inte bara statens utan även landstingens subventioner till tandvården
- en genomlysning av förutsättningarna för privata försäkringslösningar för den händelse högkostnadsskyddet i nuvarande tandvårdsförsäkringen slopas eller begränsas
- en diskussion om lämpliga kriterier för en odontologisk prioritering av det ekonomiska stödet till tandvården i framtiden
- en vårdmässig och ekonomisk utvärdering av den sjuåriga försöksverksamheten med s.k. frisktandvård; av särskilt intresse är självfallet hur tandhälsan påverkats och kostnadsutfallet för staten
- på vilka sätt staten kan åstadkomma konkurrens på lika villkor mellan offentliga och privata vårdgivare
- konsekvensanalyser beträffande de långsiktiga effekterna på befolkningens tandhälsa, vårdkvalitet och tandvårdssystemets effektivitet
- genomgång av problemen kring själva övergången till ett nytt system (hamstringseffekter m.m.)

Det är bara att konstatera att det inte varit möjligt att belysa dessa frågor beroende både på den begränsade tidsramen och tillgången till relevant information.

Den nya utredningen bygger alltså i allt väsentligt på den föregående. Jag är kritisk till utredningens förslag på följande punkter, nämligen utredningens prioritering av bastandvård och s.k. abonnemangstandvård framför ett generellt högkostnadsskydd, konkurrensaspekterna

och konsekvenserna i form av ökad administration för både vårdgivare och försäkringskassor.

Utredningens huvudförslag om införande av bas- och abonnemangstandvård innebär att huvuddelen av svenska folket förlorar skydd mot höga tandvårdskostnader. Visserligen kommer några patientgrupper särbehandlas men förslaget om bastandvård har framtvingat en sänkning av kostnadsramen både för omsorgstandvården och s.k. LSF-patienter jämfört med den förra utredningen.

Utredningen motiverar sitt förslag om bastandvård med att det är bättre att ge ekonomiskt stöd för att förhindra uppkomsten av skador i framtiden än för att åtgärda redan uppkomna skador.

Jag delar inte den uppfattningen av flera skäl. Redan det förhållandet att stora grupper av befolkningen fått ekonomiskt stöd till reparativ vård tidigare – det gäller särskilt befolkningen över 45 år – skapar ett moraliskt problem om man på kort tid skulle dra undan ett fortsatt stöd. Dessutom anser jag det svårt att prioritera ett ekonomiskt stöd i storleksordningen 200 miljoner kronor till åldersgruppen 20–29 år, som generellt sett har mycket god tandhälsa, om det sker till priset av ett borttagande av högkostnadsskyddet vid stora och oförutsedda vårdbehov hos dem som inte tillhör de särskilda patientgrupperna enligt utredningens förslag.

Från konkurrenssynpunkt innebär den nya utredningen – i likhet med den förra – att landstingen tillförs nya uppgifter, som finansieras med riktade statsbidrag, utan att utredningen på något sätt klarar ut hur konkurrensneutraliteten och patienternas rätt att själv välja vårdgivare skall säkerställas. Av detta skäl anser jag att ansvaret för omsorgstandvården skall läggas på primärkommunerna, vilket också öppnar möjlighet att införa avgiftssystem som tar hänsyn till patienternas betalningsförmåga.

Särskilt yttrande av Hans Sundberg

Jag anser att utredningen inte tillräckligt uppmärksammat att ett antal studier visar att arbetslösa, de som uppbär socialbidrag och låginkomsttagare får avstå från regelbunden tandvård p.g.a. ekonomiska skäl. En förhöjd ersättning (t.ex. 60 procent) bör utgå till de som varit arbetslösa över ett år respektive uppburit socialbidrag under minst tio månader under det senaste året. Finansiering av detta förslag kan ske genom att bidrag till undersökning inte utgår för personer i åldern 20 - 29 år. Jag anser nämligen att det inte finns skäl till att införa denna specialregel för nämnda åldersgrupp.

Kommittédirektiv

Ny inriktning på tandvårdsförsäkringen

Dir 1997:86

Beslut vid regeringssammanträde den 12 juni 1997.

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppdrag att lämna förslag till en ny inriktning på tandvårdsförsäkringen. Regeringen har i 1997 års ekonomiska vårproposition (prop. 1996/97:150) aviserat en ändrad inriktning av tandvårdsförsäkringen fr.o.m. år 1999. Det gäller dels att med utgångspunkt i förslagen i den nyligen avlämnade rapporten Tandvårdsförsäkring i omvandling (Ds 1997:16) införa ett bättre ekonomiskt stöd till vuxna personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov, dels att ge övriga vuxna ett ekonomiskt stöd genom en mer tandhälsoinriktad utformning av tandvårdsförsäkringen än nuvarande.

Bakgrund

Den nuvarande tandvårdsförsäkringen har i princip — bortsett från ett betydande antal justeringar i arvodes- och subventionsbestämmelserna — gällt sedan år 1974. Den tillkom i en tid med stora tandvårdsbehov och hade syftet att göra det ekonomiskt möjligt för de flesta människor att få tandvård. En tandvårdstaxa infördes med reglerade arvoden för angivna åtgärder. Patientavgiften beräknades som en procentuell andel av det utifrån en taxa sammanlagda arvodet för behandlingen.

Efter hand som tandhälsosituationen har förbättrats för flertalet vuxna har behovet av ett annorlunda arvodes- och ersättningssystem än den befintliga åtgärdstaxan kommit att framstå som allt mer angeläget. Hösten 1992 tillsattes inom Socialdepartementet en arbetsgrupp för översyn av tandvårdsförsäkringen (ÖTF). Översynen resulterade våren

1993 i principförslag om två parallella system, dels en åtgärdstaxa, dels ett system med s.k. premietandvård med fri prissättning för vårdgivaren. Patienten skulle ha fritt val mellan dessa system. En proposition med förslag om riktlinjer för ett förändrat ersättningsystem, i stort enligt ÖTF:s förslag, avlämnades i januari 1994 (prop. 1993/94:93) till riksdagen som godkände förslagen. Ännu en proposition med förslag till lagändringar m.m. (prop. 1993/94:119) avlämnades under våren 1994. Efter en omfattande riksdagsbehandling avslogs propositionen och det tidigare beslutet om riktlinjer återtogs. I beslutet ingick emellertid att regeringen skulle återkomma med nytt förslag.

Ett sådant förslag avgavs till riksdagen i januari 1996. Förslaget (prop. 1995/96:119) utgick från samma principiella parallellösning som tidigare, men nu kunde även vårdgivarna välja mellan åtgärdstaxa och premietandvård. I förslaget ingick även ett av lagrådet behandlat förslag till lag om premietandvård vilket tillkommit för att minska den otrygghet för patienten i ett premietandvårdsavtal som riksdagen tidigare pekat på. Då det visade sig att förslaget i den del som avsåg premietandvård sannolikt inte skulle godtas av en majoritet i riksdagen, återkallade regeringen propositionen.

Regeringen redovisade i 1996 års ekonomiska vårproposition (prop. 1995/96:150) att man avsåg att väsentligt begränsa och omstrukturera tandvårdsförsäkringen fr.o.m. år 1998. Detta innebar att man avsåg att slopa samtliga subventioner i försäkringen med undantag för ett ekonomiskt stöd för vissa s.k. särskilda patientgrupper i samhället. För det ändamålet avsattes en kostnadsram för år 1998 på högst 1 000 miljoner kronor. Regeringen beslutade i juni 1996 att det inom Socialdepartementet skulle tillsättas en arbetsgrupp för att utarbeta förslag med den nämnda inriktningen. Arbetsgruppen avslutade sitt arbete i mars 1997 då rapporten Tandvårdsförsäkring i omvandling (Ds 1997:16) överlämnades. Rapporten har remissbehandlats och arbetet med att sammanställa remissvaren pågår.

I 1996 års ekonomiska vårproposition redovisade regeringen även sin avsikt att fr.o.m. oktober 1996 införa en reviderad åtgärdstaxa. Riksförsäkringsverket utarbetade på regeringens uppdrag ett förslag till taxa och en reviderad taxa trädde i kraft den 15 oktober 1996.

I 1997 års ekonomiska vårproposition ändrade regeringen sina planer vad gäller slopandet av subventionerna i tandvårdsförsäkringen till flertalet patienter fr.o.m. år 1998. Regeringens avsikt är nu att dels betydligt begränsa den aviserade besparingen, dels fr.o.m. år 1999 göra tandvårdsförsäkringen mer tandhälsoinriktad. Som grund för förslag till ny inriktning skall ligga arbetsgruppens rapport om ett bättre ekonomiskt stöd till personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov. När det gäller det mer tandhälsoinriktade

stödet framhåller regeringen att denna fråga behöver utredas närmare innan ett förslag kan läggas fram för riksdagen.

Allmänna utgångspunkter

Förslagen i rapporten Tandvårdsförsäkring i omvandling om ett bättre ekonomiskt stöd till personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov skall vara utgångspunkt för den nya inriktningen på tandvårdsförsäkringen, även om denna del av stödet — för att kunna kopplas samman med det övriga stödet — kan behöva ändras i vissa avseenden. Det nya tandhälsoinriktade ekonomiska stödet skall utformas så att det stimulerar till ökat ansvarstagande från patienternas sida vad gäller tandhälsan och att tillkommande disponibla medel används på ett sätt så att denna riktning främjas. Som ett mål för den nya inriktningen bör gälla att i möjligaste mån underlätta för patienten att få överkomliga tandvårdskostnader sett över tiden och på lång sikt bör målet vara att åstadkomma en bättre samordning av avgiftsreglerna för öppen sjukvård och tandvård.

Det nya ersättningssystemet bör inte grundas på en åtgärdstaxa av nuvarande slag. Det skall vara så enkelt som möjligt från juridisk och administrativ synpunkt. Det bör i möjligaste mån ge förutsättningar för ett avskaffande av nuvarande detaljbestämmelser, t.ex. i fråga om anslutning av vårdgivare och om arvoden. Patienterna skall fritt kunna välja vårdgivare i det nya systemet. Konkurrensneutralitet bör så långt det är möjligt råda mellan offentlig och privat tandvård. Det nya tandhälsoinriktade ersättningssystemet bör utgå från en enhetlig grundmodell för alla patienter även om graden av ekonomiskt stöd kan komma att variera mellan olika patienter. Det är också angeläget att utredningsförslagen utformas så att de främjar effektivitet i tandvården, genom bl.a. utveckling av arbetssätt och kompetens och genom stimulans till investeringar i verksamheten. Utredaren skall vid utformningen av sina förslag beakta riksdagens ställningstagande våren 1994 i fråga om att av miljöskäl avveckla amalgam som tandfyllningsmaterial.

Uppdraget

En särskild utredare skall lämna förslag om en tandvårdsförsäkring med ny inriktning. Utredaren skall med utgångspunkt i rapporten Tandvårdsförsäkring i omvandling (Ds 1997:16) och med beaktande av remissutfallet lämna förslag om ett ekonomiskt stöd till vuxna personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov. Utredaren skall samtidigt lämna förslag om ekonomiskt stöd för

övriga vuxna patienter. En förutsättning är att ett sådant stöd blir mer tandhälsoinriktat än det nuvarande med ersättning per utförd åtgärd enligt en prestationstaxa.

Uppdraget kan således sägas bestå av två delar, varav den ena redan är utredd men behöver ses över och på lämpligt sätt samordnas med den tillkommande delen av det nya ersättningssystemet.

Utredningsuppdraget i den senare delen består i att lämna förslag om en tandhälsoinriktad grundmodell — eller om så bedöms motiverat — två alternativa grundmodeller. Utredaren skall i första hand överväga möjligheten att utforma subventionerna från försäkringen i form av fasta belopp vilka kan lämnas årligen eller med annat intervall till vårdgivaren per behandlad patient. På motsvarande sätt bör patienterna betala fasta avgifter till vårdgivaren som denne fastställer, såvida inte utredningsarbetet leder fram till någon annan bedömning. Avgifterna bör ligga på en nivå som utgår dels från patientens tandhälsosituation, dels från ett kostnadseffektivt resursutnyttjande inom tand-vården.

Vidare ingår i utredningsarbetet att beräkna och lämna förslag till storleken av subventionerna i det ersättningssystem som föreslås. Utredaren skall ange vilka tandvårdsinsatser som skall omfattas av dessa subventioner, förutom den undersökning och de förebyggande insatser som förutsätts ingå. Det bör prövas om och i så fall i vilken utsträckning t.ex. behandling av infektioner och inflammationer i munhålan bör vara subventionerad. Ytterligare tandvårdsinsatser kan eventuellt omfattas av subventionering beroende på det ekonomiska utrymmet i de alternativ utredaren lägger fram.

Utredaren skall också ta ställning till om subventionerna bör differentieras med hänsyn till patientens ålder eller på annat lämpligt sätt samt lämna förslag till vilka tidsintervaller som bör tillämpas mellan subventionerade besök.

Bedömningarna och beräkningarna skall grundas på att den totala utgiftsramen för den nya tandvårdsförsäkringen uppgår till högst 1 400 miljoner kronor för år 1999.

Vidare ingår i uppdraget att bedöma om och i så fall på vilket sätt det föreslagna ersättningssystemet kan kompletteras med regler om ersättning för ytterligare behandlingsinsatser som patienter och vårdgivare kommer överens om, insatser som således inte täcks av subventionerna i den föreslagna grundmodellen. För att skydda patienterna mot oskäligt höga avgifter är det angeläget att utredaren tar ställning till och redovisar om även ett vårdåtagande utöver den subventionerade grundmodellen bör kunna betalas av patienten genom ett system med fasta årliga avgifter som varierar beroende på vilken eller vilka kompletterande vårdinsatser som avses.

I utredningsuppdraget ingår också att föreslå hur administrationen av det föreslagna ersättningssystemet skall utformas och göra en beräkning av de administrativa kostnaderna jämfört med nuvarande förhållanden. En viktig del i uppdraget — som måste beaktas i samband med utformningen av systemet — är hur effektiviteten i det nya ersättningssystemet skall följas upp vad gäller hälsoutveckling, vårdkvalitet och kostnader, inkl. nivån på patientavgifterna.

Utredaren skall i anslutning till detta överväga behovet av en nationell resurs för att stödja det lokala arbetet med att effektivisera tandvården. En av uppgifterna för en sådan skall vara att utvärdera befintlig och ny odontologisk metodik samt ange vilka åtgärder som behöver genomföras för att denna kunskap skall komma till användning. En annan viktig uppgift kan vara att bygga upp en kunskapsbank där vårdgivarna kan hämta exempel på framgångsrika verksamhetsformer. Ytterligare en uppgift skulle kunna vara att göra jämförande studier över kostnadseffektiviteten hos olika vårdgivare. Utredaren skall pröva var det från ett statsfinansiellt, verksamhetsmässigt och resultatmässigt perspektiv är lämpligast att förlägga ovan nämnda verksamheter. Utredaren skall vidare pröva möjligheten till ett gemensamt finansieringsansvar för staten och landstingen för de nya verksamheter utredaren finner relevanta att utföra.

Avslutningsvis är det angeläget att de juridiska effekterna av redovisade förslag belyses med avseende på behov av lagändringar och eventuell kompletterande lagstiftning liksom av författningsbehov i övrigt.

Utredaren skall beakta direktiven till samtliga kommittéer och särskilda utredare att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (1992:50), pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23), redovisa jämställdhetspolitiska aspekter (dir. 1994:124) samt att redovisa konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir. 1996:49).

Utredningsarbetet skall vara avslutat senast den 31 december 1997.

(Socialdepartementet)

Tandvård i Norden och övriga EU- och EES-länder

Flera västeuropeiska länder har system för subventionering av tandvård. Följande redovisning koncentreras till medlemsländerna i EU och EES: Danmark, Finland, Island, Norge, Belgien, Frankrike, Grekland, Irland, Italien, Luxemburg, Nederländerna, Portugal, Spanien, Storbritannien, Tyskland och Österrike.¹

Danmark

I Danmark finns 273 primärkommuner och 14 sekundärkommuner (Amter). Den danska hälso- och sjukvården finansieras via allmänna skatter.

Personer under 18 år erhåller avgiftsfri tandvård, oftast i sin skola. Barn- och ungdomstandvården organiseras av kommunerna och tandvården utförs oftast av tandläkare anställda hos kommunen. Det förekommer även, framför allt på landsbygden, att kommuner kontrakterar privatpraktiserande tandläkare för att utföra tandvård åt barn och ungdomar.

Systemet för vuxentandvård administreras av Amterna som via Amtsrådsföreningen samarbetar med Dansk Tandlaegeforening. Vuxna personer erhåller sin tandvård huvudsakligen hos privatpraktiker och de flesta vanliga behandlingar berättigar till ersättning. I genomsnitt betalar patienten 77 procent av behandlingskostnaden och Amterna resterande del. Subventionsnivåerna varierar dock mellan olika typer av behandlingar. Nödvändig bastandvård och förebyggande åtgärder åtnjuter en högre ersättning än t.ex. oral kirurgi. Personer mellan 18 och 25 års ålder erhåller en högre subvention än övriga vuxna. Ersättningsystemet omfattar undersökning och diagnostik, förebyggande vård, fyllningsterapi, oral kirurgi, tandlossningsbehandling och rotbehandling. Tandreglering, kron- och broterapi samt avtagbar protetisk behandling står utanför systemet och hela behandlingskostnaden för

¹ Framställningen bygger i huvudsak på rapporten *EU Manual of Dental Practice 1997*, publicerad av Dental Liason Committee in the EU.

denna typ av vård betalas av patienten själv. För ersättningsberättigad vård finns en taxa som fastställs i förhandlingar mellan Amdsrådsföreningen och Dansk Tandlægeforening.

Tandvård som utförs på sjukhus är avgiftsfri för patienten. Två patientkategorier, mindre bemedlade människor som inte har arbetslöshetsunderstöd och äldre människor inom den kommunala omsorgen, erhåller också avgiftsfri tandvård. Fri tandvård för mindre bemedlade är den enda vård som kräver förhandsprövning i Danmark.

Omkring en fjärdedel av de vuxna har en privat försäkring i "Försäkringsbolaget danmark". Denna ger ersättning för bl.a tandvård, glasögon och privat sjukhusvård. Tandvårdsdelen täcker i princip alla förekommande behandlingsåtgärder inklusive protetik. Ersättning utbetalas med ett fast belopp per åtgärd.

Finland

Finland är indelat i 455 primärkommuner och 12 sekundärkommuner, regionala provinser. Hälso- och sjukvård finansieras nästan helt via allmänna skatter.

Ansvar för planering av tandvården ligger hos socialministeriet men tillhandahållandet av tandvård sker huvudsakligen av privatpraktiserande tandläkare och vid hälsocentraler i primärkommunerna. Det finska nationella socialförsäkringsorganet, Kansaneläkelaitos (KELA) bidrar till finansieringen. Av landets 5,1 miljoner invånare är det cirka 2,5 miljoner som själva betalar hela kostnaden för sin tandvård, utan bidrag från KELA. Subventionerad vuxentandvård ges vid kommunala hälsocenter och hos privatpraktiker genom ett system där patienten betalar hela tandläkararvodet för att sedan erhålla återbäring från KELA. Barn och ungdomar under 19 års ålder erhåller avgiftsfri tandvård av kommunen.

Privatpraktiserande tandläkare utgör ungefär 50 procent av kåren och dessa utför cirka 70 procent av all vuxentandvård i Finland. Patienten betalar hela arvodet direkt till vårdgivaren och vissa grupper – vuxna födda efter 1956, krigsveteraner och människor med vissa medicinska problem – kan därefter erhålla återbäring från KELA. För detta ändamål finns en åtgärdsförteckning med arvoden, fastställd av KELA. Personer födda efter 1956 erhåller 75 procents subvention av arvodet för undersökning, diagnostik, röntgen och förebyggande behandling. Övriga åtgärder som finns upptagna på KELA:s förteckning subventioneras med 60 procent. Kron- och broterapi, tandreglering, avtagbar protetik och implantat subventioneras inte. För personer med vissa sjukdomar och för sådan tandvård som är en följd av medicinska pro-

blem utgår vissa subventioner. Krigsveteraner har rätt till avgiftsfri tandvård i form av undersökningar, förebyggande behandling och avtagbar protetik.

Kommunerna fastställer också en särskild åtgärdsförteckning med arvoden för den tandvård som ges vid hälsocentralerna. För den tandvård som inte subventioneras är prissättningen fri.

Privata tandvårdsförsäkringar utnyttjas endast av omkring en procent av befolkningen.

Island

Hälso- och sjukvården är statligt organiserad och finansieras med allmänna skatter. Det nationella socialförsäkringsorganet är Tryggingasstofnun Ríkisins (TR). Nästan samtliga 270 praktiserande tandläkare arbetar privat och har kontrakt med TR. Det finns inget generellt system för subventioner av tandvård utan olika regler gäller för olika grupper. De flesta vuxna betalar själva hela kostnaden för sin tandvård på en fri marknad. TR ger bidrag till barn under 17 år, vuxna över 67 år med låga inkomster och vissa funktionshindrade personer. Barnen erhåller 50-75 procents subvention och de äldre med låga inkomster mellan 50-100 procent. För sådan tandvård som subventioneras av TR finns en fastställd taxa med över 200 åtgärder, inkluderande undersökning och diagnostik, fyllningsterapi, röntgen, tandlossningsbehandling, rotfyllning och förebyggande åtgärder. Taxan indexeras automatiskt med den allmänna prisutvecklingen. Oral kirurgi, kron- och broterapi och tandreglering ersätts endast sällan och då först efter förhandsprövning.

Privata tandvårdsförsäkringar finns inte.

Norge

De regionala organen, fylkerna, har ansvar för att alla vuxna invånare har rimlig tillgång till tandvård. Över 90 procent av de norska medborgarna erhåller sin tandvård hos privatpraktiserande tandläkare på en fri marknad utan några subventioner. Det finns också en offentligt ordnad tandvård i fylkena som ger subventionerad tandvård till vissa patientgrupper. Barn och ungdomar under 18 års ålder och psykiskt utvecklingsstörda personer, äldre, långtidssjuka och handikappade personer på institution eller i hemsjukvård erhåller avgiftsfritt erforderlig tandvård med undantag för tandreglering. Ungdomar i åldern 19 till 20 år och vissa andra grupper erhåller också en viss subvention. För den offentligt ordnade tandvården finns en tandvårdstaxa som fastställs av

det norska Socialdepartementet. I vissa undantagsfall kan personer som inte har egna medel erhålla bidrag eller lån från kommunen till sin tandvård. Den nationella socialförsäkringsmyndigheten, Rikstrygdeverket, ger också ersättning för vissa typer av behandling. I den norska tandvårdslagen anges att förebyggande verksamhet skall prioriteras framför behandling.

Belgien

Ansvarigt för hälso- och sjukvård är Institut National d'Assurance de Maladie et d'Invalidie (Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeits Verzekering), nedan benämnt Institutet. Hälso- och sjukvården finansieras via avgifter som dras från lönesumman och vilket belopp som dras beror på vilken typ av arbete en person har. Olika regler gäller för anställda respektive egenföretagare. Invånarna är medlemmar i sjuk-kassor, det finns över 1000 att välja mellan. Centralt fastställda regler garanterar att samtliga kassor har samma ersättningsregler och avgifter.

Tandvård ingår som en del i detta system och bedrivs nästan uteslutande i privat regi. Avgifter och ersättningsbelopp för sådan tandvård som omfattas av försäkringssystemet regleras i en tandvårdstaxa (Convention) som fastställs i förhandlingar mellan sjukkassorna, representerade av Institutet, och landets två tandläkarförbund. Endast enklare behandlingar ersätts. För kronor, broar, inlägg, implantat och tandlossningsbehandling betalar patienten hela behandlingskostnaden själv, detta gäller även för tandreglering för personer över 14 år. Pris-sättningen för denna vård är fri. I syfte att få knappa resurser att räcka finns också en prioriteringslista för vilken vård som i första hand bör ersättas av de offentliga systemen. Denna lista kan ändras varje år. Nyligen ändrades t.ex. ersättningen för tandfyllningar på barn från 75 till 95 procent av det fastställda arvodesbeloppet. Vanligen betalar patienten tandläkaren per utförd åtgärd och återkräver sedan en proportion av den erlagda avgiften från sin sjukkassa.

Besöksfrekvensen är relativt låg, endast en tredjedel av befolkningen besöker tandvården regelbundet, och det finns ett tandläkaröverskott.

Det finns ett fåtal privata tandvårdsförsäkringar, huvudsakligen utformade som grupp-försäkringar.

Frankrike

Det franska socialförsäkringssystemet är uppdelat i tre branscher: sjukförsäkring, pension och familj. Var och en av dessa leds av en styrelse, åtskild från staten och med ledamöter från finansierarna dvs. arbetsgivare och arbetstagarer. Inom sjukförsäkringen (Caisse d'Assurance Maladie) finns tre kassor och vilken av dessa en medborgare och dennes anhöriga är anslutna till bestäms av yrkestillhörigheten. Alla medborgare har konstitutionell rätt att erhålla hälso- och sjukvård, systemet är enhetligt över hela nationen och medlemskap i sjukkassa är obligatoriskt. Tandvård utförs i princip uteslutande av privatpraktiserande tandläkare enligt en överenskommelse mellan den centrala tandläkarorganisationen och staten (tandvårdstaxa) som kallas konventionen (Convention). En förutsättning för att patienten skall ha rätt till subventionerad tandvård är att den behandlande tandläkaren är ansluten till konventionen. Konserverande behandling och kirurgiska ingrepp debiteras enligt konventionen och ersätts med upp till 70 procent. Protetisk behandling och tandreglering ingår inte i konventionen. För denna typ av åtgärder är prissättningen fri men patienten kan ändå erhålla en viss subvention från sin sjukkassa efter förhandsprövning. För subventionerad tandvård gäller att patienten betalar hela behandlingskosten direkt till sin tandläkare för att därefter återkräva en del från sjukkassan.

Omkring 85 procent av befolkningen utnyttjar privata tandvårdsförsäkringar som täcker delar av patientavgiften.

Grekland

Hälso- och sjukvård produceras och finansieras inom ett relativt komplicerat system bestående av många olika regionala och lokala socialförsäkringsorganisationer. Sedan år 1983 finns också ett statligt, nationellt system. IKA är den största sjukkassan med omkring fem miljoner medlemmar. Flera sjukkassor, däribland IKA, utför själva tandvård i ett system med anslutna privatpraktiker för vilken också subventioner lämnas till kassans medlemmar. För sådan tandvård finns vanligen en åtgärdstaxa med fastställda arvoden och subventioner utges för de flesta behandlingsåtgärder utom de förebyggande. Det är emellertid vanligt att patienterna, på grund av uppfattningen om att tandvården inom sjukkassorna är av lägre kvalitet, söker sig till privatpraktiserande tandläkare utanför sjukförsäkringssystemet och själva betalar hela behandlingskosten. Prissättningen är då fri. Barn under 18 år kan erhålla enklare behandling avgiftsfritt vid nationella hälsocentra. Akut-

tandvård och viss tandvård som utförs på sjukhus är också avgiftsfri för patienten.

Marknaden för privata tandvårdsförsäkringar är i Grekland relativt utvecklad och av liten omfattning.

Irland

Huvuddelen av den irländska hälso- och sjukvården administreras av Hälsodepartementet och omkring 80 procent av kostnaderna bärs av staten. Det finns emellertid också en relativt omfattande privat sjukvårdssektor vilken subventioneras av staten genom att medborgarna kan göra skatteavdrag för inbetalda försäkringspremier. Vuxentandvård utförs huvudsakligen av privatpraktiserande tandläkare, men det finns också en offentligt organiserad tandvård för barn upp till 16 års ålder, institutionsbundna personer och andra funktionshindrade.

För den vuxentandvård som subventioneras finns två olika system. Enligt det ena har alla arbetstagare som betalar egenavgifter till socialförsäkringen, och deras anhöriga, rätt till subventionerad tandvård som administreras på det nationella planet. För närvarande täcker denna försäkringsvariant omkring 56 procent av den vuxna befolkningen i Irland. Undersökning och diagnostik samt röntgen är avgiftsfritt för patienten och tandläkaren ersätts till 100 procent av det nationella socialförsäkringsorganet. För andra behandlingar såsom fyllningsterapi och avtagbar protetik finns en åtgärdstaxa som anger både arvodesbelopp per åtgärd och hur stor andel av detta som ersätts av socialförsäkringen. För fyllningar gäller 70 procents försäkringsersättning och för behandling med avtagbar protetik 50 procent. Dyrare behandlingar som t.ex. rotfyllning och tandlossningsbehandling ersätts med ett fast belopp per utförd åtgärd men priset är inte reglerat. För mer exklusiv behandling som kron- och broterapi, inlägg och tandreglering är marknaden helt fri och inga subventioner utges.

Sedan år 1994 finns vidare också ett system där de regionala sjukvårdshuvudmännen, främst via kontrakt med privatpraktiserande tandläkare, erbjuder avgiftsfri tandvård till låginkomsttagare och arbetslösa personer. Denna form av tandvård förutsätter en ekonomisk behovsprövning och täcker undersökning och diagnostik, röntgen, fyllningsterapi, viss oral kirurgi, avtagbar protetik, tandlossningsbehandling, rotfyllning och förebyggande åtgärder. Arvodena regleras i en tandvårdstaxa. För närvarande omfattas cirka 35 procent av den vuxna befolkningen av denna avgiftsfria tandvård.

Italien

Italien är indelat i 21 regioner vilka vardera leds av ett parlament med beskattningsrätt. Hälso- och sjukvården administreras regionalt och finansieras huvudsakligen med skatter och till en mindre del via patientavgifter. Subventionerad hälso- och sjukvård ges till personer som tjänar upp till en viss, fastställd årslön. Personer som har högre inkomst än denna får själva betala all behandling utom sjukhusvård. För tandvård finns, åtminstone teoretiskt, ett nationellt försäkringssystem som omfattar alla typer av behandling utom dentala implantat. Generellt gäller att en patient som avser uppsöka tandvården köper en "biljett". Kostnaden för denna beror på hur behandlingsbehovet och behandlingsplanen ser ut och är fastställd i nationell lag. I praktiken varierar emellertid den subventionerade tandvårdens omfattning mycket mellan olika regioner och städer beroende på olika budgetrestriktioner och prioriteringar. De flesta söker sig till privat tandvård och betalar själva hela behandlingskostnaden på en fri marknad. I de flesta regioner är det väntelistor till tandläkare. Barn över 6 års ålder har normalt inte tillgång till fri tandvård.

Luxemburg

Hälso- och sjukvården i Luxemburg finansieras via egenavgifter, arbetsgivaravgifter och statsbidrag. Den centrala sjukkassan, Union des Caisses de Maladie (Unionen), är ett samlingsorgan för flera mindre kassor. Unionens uppgifter är på tandvårdens område att förhandla fram en tandvårdstaxa i samarbete med den centrala tandläkarorganisationen och att på patientens begäran återbetala en del av den erlagda behandlingskostnaden. Varje medborgare har ett socialförsäkringsnummer och är därmed berättigad till delvis subventionerad tandvård. Samtliga praktiserande tandläkare måste vara anslutna till systemet och följa den centralt fastställda tandvårdstaxan. Ersättningsreglerna för protetik behandling, både fast och avtagbar, medger 100 procents ersättning till patienten om denne årligen besöker tandläkare. Den som besöker tandvården mer oregelbundet erhåller 80 procents subvention. Det finns också vissa restriktioner för hur ofta en åtgärd kan utföras inom ramen för det allmänna sjukförsäkringssystemet, en tandkrona kan t.ex. bytas ut först efter 15 år. Det finns i princip ingen offentligt organiserad tandvård i Luxemburg utan samtliga tandläkare arbetar som privatpraktiker.

Nederländerna

Nederländerna består av 714 primärkommuner och 12 provinser. Stora delar av den offentliga verksamheten är decentraliserad. För hälso- och sjukvård finns två typer av försäkringssystem: offentliga sjukkassor som är obligatoriska för låginkomsttagare och privata försäkringslösningar för de med högre inkomster. För de offentliga kassorna gäller att en arbetstagare bidrar med dels en fast nominell premie per år, dels en viss procent av sin inkomst. Arbetslösa personer betalar den nominella premien och staten skjuter till resterande del. De som är anslutna till en offentlig, obligatorisk sjukkassa har rätt till ett årligt baspaket bestående av kontroll, förebyggande behandling, plackborttagning och munhygieninstruktion. För att erhålla baspaketet avgiftsfritt krävs att patienten besöker tandläkaren minst en gång per år. Övriga behandlingsåtgärder täcks av tilläggsförsäkringar vilka utnyttjas av omkring 75 procent av den vuxna befolkningen. Trots att den största delen av all tandvård utförs på en fri marknad finns en nationellt fastställd tandvårdstaxa som anger maximalt arvode för olika åtgärder. Barn- och ungdomstandvård utförs avgiftsfritt i offentlig regi och inkluderar restaurerande behandling, rotfyllning, förebyggande behandling och tanduttagningar. Kronor, broar och tandreglering ingår inte. De boende på institutioner och vissa handikappade erhåller den mesta tandvården utan avgift.

Portugal

Den offentliga sektorn i Portugal är uttalat centraliserad och administreras huvudsakligen nationellt av ministerierna. För hälso- och sjukvården ansvarar hälsoministern som dock delegerar vissa uppgifter till regionala och lokala organ. Behandling är avgiftsfri för mindre bemidlade människor och arbetslösa, de sysselsatta bidrar genom en progressiv socialförsäkringsskatt till finansieringen av sjukkassorna. Den offentligt subventionerade tandvården i Portugal är komplex och inte särskilt heltäckande. En tandläkare kan vara ansluten till flera olika sjukkassor och dessa har vanligen olika regler för vilka behandlingsåtgärder som ersätts och dessutom olika tandvårdstaxor. Generellt gäller dock att flertalet utger ersättning för akut tandvård, få ersätter avancerad protetisk behandling. Huvuddelen av vuxentandvården ges emellertid av privatpraktiserande tandläkare på en fri marknad där patienten själv betalar hela behandlingskostnaden. Sedan ett par år tillbaka medges att patienter som besökt och själva betalat privat sjukvård eller tandvård kan dra av hela patientavgiften i sin deklaration.

Spanien

Hälso- och sjukvården administreras i Spanien i ett delegerat system på regional nivå, det finns 17 regioner. Varje region har etablerat en egen hälso- och sjukvårdsmyndighet. Nödvändig sjukvård är enligt lag tillgänglig för alla men tandvård, psykiatrisk vård och kosmetisk vård infattas inte i detta begrepp. Viss vård utförs i offentlig regi av det nationella socialförsäkringsorganet Insalud. Den offentliga vården finansieras genom löneskatter och dessa är progressiva. Nästan all tandvård i Spanien utförs av privatpraktiserande tandläkare på en fri marknad där patienten själv betalar hela behandlingskostnaden. Det finns ingen fastställd tandvårdstaxa och antitrustlagar gör att någon sådan inte heller kan existera. Endast en mycket liten del av tandvården produceras i offentlig regi av Insalud eller regionerna. Privata, kompletterande tandvårdsförsäkringar finns men är inte vanligt förekommande. För barn 6-15 år prövas i ett par av regionerna ett system med fast ersättning per patient.

Storbritannien

Ansvar för hälso- och sjukvården ligger i Storbritannien hos National Health Service (NHS). Finansieringen sker huvudsakligen via allmänna skatter. Tandvård organiseras och finansieras på flera olika sätt. De flesta av landets tandläkare arbetar som privatpraktiker (General Dental Practitioners, GDP) och har ett kontrakt med NHS vilket innebär att de arbetar inom ramen för ett subventionssystem. De flesta patienter som behandlas inom ramen för detta system, omkring 60 procent av befolkningen, får själva stå för en procentuell andel av ett av NHS fastställt behandlingsarvode. För närvarande är patientandelen 80 procent och kopplad till ett högkostnadsskydd. Barn under 18 års ålder, gravida, ammande mödrar, socialbidragstagare och unga heltidsstuderande erhåller sin tandvård utan avgift. Eftersom NHS inte ersätter vissa kosmetiska behandlingsåtgärder eller dyrare material betalar patienten dessa fullt ut till sin tandläkare. De personer som av olika skäl själva betalar hela kostnaden för sin tandvård är konsumenter på en fri marknad utan priskontroll. Det finns också en kommunalt ordnad tandvård som utnyttjas av patienter boende på sjukhem och av grupper som av någon anledning har svårt att få vård hos privatpraktiserande tandläkare. Tandläkarna i den kommunala tandvården är anställda av NHS. Viss tandvård utförs också på sjukhus. Det finns flera privata tandvårdsförsäkringar. De största är Denplan och BUPA vilka fungerar som kapitaltäckningssystem.

Tyskland

I Tyskland är tillgången till hälso- och sjukvård avhängig medlemskap i någon av landets över 1 100 sjukkassor. Huvuddelen av dessa är inte vinstdrivande och medlemskap är obligatoriskt för medborgare med låga eller medelhöga inkomster. Egenföretagare och höginkomsttagare har inte tillgång till dessa sjukkassor utan är hänvisade till privata sjukförsäkringar. För tandvården ansvarar på nationell nivå Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) och på regional nivå 22 Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZV), tillsammans med sjuk-kassorna. Tandläkare som behandlar patienter inom ramen för sjukförsäkringssystemet måste vara anslutna till en KZV. Det finns inget enhetligt nationellt ersättningssystem vad avser tandläkarens ersättning från sjuk-kassorna utan denna bestäms på regional nivå av KZV. Eventuella patientavgifter är däremot reglerade i federal lag. För patienten gäller att medlemskap i en sjuk-kassa berättigar såväl barn som vuxna till tandvård inom försäkringssystemet. Åtgärder som röntgen, undersökning, diagnostik, fyllningsterapi, inlägg, oral kirurgi, förebyggande behandling, behandling av tandlossningssjukdom och rotfyllning är avgiftsfria för patienten, hela behandlingskosten ersätts av dennes sjuk-kassa. Mer avancerad terapi såsom kronor och broar subventioneras med omkring 50 procent och tandreglering för barn med 80 procent. Behandling med dentala implantat ersätts inte.

Innan en patient söker tandvård inom sjukförsäkringens ram måste patienten erhålla en voucher från sin sjuk-kassa. Vouchern fungerar som ett certifikat som visar att patienten är berättigad till vård och den används, efter avslutad behandling, av tandläkaren för att kräva ersättning från KZV och slutligen från den berörda sjuk-kassan.

På nationell nivå finns i Tyskland ett organ, Bundesausschuss, som är en federal kommitté vilken utarbetar riktlinjer för tandvården. Dess roll är bl.a. att ange vilka behandlingsåtgärder som är nödvändiga och därför kan ersättas inom ramen för sjuk-kassornas verksamhet samt att pröva nya behandlingsåtgärder och användandet av nya material. Kommittén fastställer också vilket värde olika behandlingsåtgärder har inbördes, i förhållande till varandra.

Österrike

Tillgång till hälso- och sjukvård förutsätter medlemskap i en sjuk-kassa, det finns såväl offentliga och obligatoriska sådana som privata kompletterande. Ungefär 99 procent av landets åtta miljoner invånare är medlemmar av de offentliga, obligatoriska systemen vilka utgörs av nio

regionala sjukkassor och fyra som är kopplade till olika yrkesgrupper. Kassorna finansieras huvudsakligen via egenavgifter och arbetsgivaravgifter. De personer som inte täcks av det offentliga försäkringssystemet, vanligen de arbetslösa, erhåller ett försäkringscertifikat från de lokala myndigheterna som berättigar till fri vård.

Subventionerad tandvård erhålls genom att patienten lämnar en tandvårdsvoucher, som erhålls från sjukkassan, till valfri tandläkare. Tandläkaren kräver sedan ersättning från sjukkassan.

De tandläkare som har kontrakt med de offentliga sjukkassorna, cirka 70 procent av privatpraktikerna, följer en tandvårdstaxa. Arvodesbeloppen sätts av sjukkassornas samarbetsorgan (Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungen) i årliga förhandlingar med Österrikes läkarförbund. Detta förklaras med att det tidigare inte fanns någon separat tandläkarexamen utan för att få praktisera som tandläkare krävdes läkarexamen och en påbyggnadsutbildning i odontologi. Dessa regler ändras för närvarande.

Subventionsnivån är vanligen 100 procent för standardbehandlingar som t.ex. konserverande och kirurgiska behandlingsåtgärder. För mer exklusiv behandling, t.ex. vissa avtagbara protetiska konstruktioner och tandreglering med avtagbar apparatur, subventioneras upp till 50 procent av behandlingskostnaden och behandlingsplanen måste i förväg godkännas av den berörda sjukkassan. Kron- och broterapi, implantat, fast tandregleringsapparatur och kosmetisk tandvård betalas i sin helhet av patienten.

Ungefär 5 procent av befolkningen är anslutna till privata, enskilda tandvårdsförsäkringar där premien vanligen bestäms av patientens ålder. 27 procent av de privatpraktiserande tandläkarna står utanför det offentliga ersättningssystemet och accepterar därmed endast helt privatbetalande patienter.

Exempel på ersättningsbelopp

I denna bilaga redovisas exempel på ersättningsbelopp i den föreslagna bastandvårdsmodellen. Därefter följer några konstruerade räkneexempel som visar hur patientens kostnad för ett antal olika behandlingar påverkas.

1 Exempel på ersättningsbelopp i den föreslagna modellen

Exempel på ersättningsbelopp, grundbelopp och förhöjt belopp, baserade på åtgärdsförteckning och arvodesbelopp i nu gällande tandvårdstaxa (1973:638, Bilaga 1, avdelning I och II) uttryckt i kronor. Förteckningen är inte fullständig utan syftar till att illustrera exempel. Grundbelopp motsvarar 30 procents tandvårdsersättning av nu gällande arvode (december 1997). Förhöjt belopp motsvarar 60 procent.

Åtgärd	Grundbelopp kr	Förhöjt belopp kr	
Undersökning, diagnostik, rådgivning			
011	Undersökning av revisionspatient	106	211
012	Undersökning av förstagångspatient	148	296
013	Röntgenundersökning, intraoral, per bild	7	13
014	Panoramaröntgen	79	158
015	Röntgenundersökning, komplett för munhålan	122	245
016	Röntgenundersökning, extraoral, per bild	20	40
017	Profylaxskena, tomografiska, mjukplastskena för bettfysiologisk behandling, per skena	122	245
018	Lustgasbehandling, per behandlings-	106	211

tillfälle

Åtgärd	Grundbelopp kr	Förhöjt belopp kr
Förebyggande åtgärder		
021	79	158
022	106	211
023	106	211
024	52	105
Oralkirurgisk behandling		
031	82	165
032	23	46
033	297	595
034	297	297
035	107	215
Pulpakirurgisk behandling		
041	317	634
042	373	746
043	552	1103

Åtgärd	Grundbelopp kr	Förhöjt belopp kr
Konserverande behandling		
051	Enytsfyllning med amalgam. En- eller flerytsfyllning med glasjonomer. Till-sättning av lossnad protestand. Fast-sättning av lossnad krona	112
052	Flerytsfyllning med amalgam	179
053	Amalgamkrona	281
054	En- eller flerytsfyllning med komposit på fram- eller hörntänder, enytsfyllning med komposit på premolar och molar	182
055	Flerytsfyllning med komposit på premolar	260
056	Flerytsfyllning med komposit på molar	362
Behandling med fast protes		
061	Guldinlägg, laboratorieframställt kompositinlägg och maskinframställt porslinsinlägg (CAD-CAM), flera ytor. Radikulärförankring vid overdenture	1 097
062	Laboratorieframställt inlägg, flera ytor, eller krona	1 430
063	Gjuten pelare	687
064	Klinikframställd pelare	218
065	Hängande broled, per led	608
066	Emaljretinerad konstruktion, per stöd	462
Behandling med avtagbar protes		
071	Partiell protes, enkel, för temporärt bruk, 1–3 tänder	925
072	Partiell protes, enkel, för temporärt bruk, 4 eller fler tänder	1 582
073	Partiell protes med gjutet skelett, klammerförankrad	2 903

Åtgärd	Grundbelopp kr	Förhöjt belopp kr
074	Komplicerad partiell protes och al- veolarbarkonstruktion eller pro- tes med stöd av urtagskrona eller attach- ments	3 271
075	Hel över- eller underkäksprotes, per käke	2 048
076	Rebasering och/eller komplicerad lagning av protes	578
077	Bettskena i hård akrylat, utförd på bettfysiologisk indikation	998
Övriga behandlingar		
081, 082	Tidsdebitering	217/tim. 434/tim
Akutbehandling		
091	Undersökning och behandling av akutpatient	106 211
Implantatbehandling		
396	Operation avseende käkbensförank- rade implantat, fler än tre fixturer	5 255
398	Operation avseende käkbensförank- rade implantat, högst tre fixturer	3 688
991	Bro, underkäke	12 547
992	Bro, överkäke	13 445
993	Tillägg per fixtur vid delimplantat, där krona eller broled utförs i ädel- metall eller titan	284
994	Overdenture vid implantat	5 850
008	Bastandvård, abonnemang, 20-29 år	x
009	Bastandvård, abonnemang, > 29 år	y
010	Bastandvård, abonnemang, förhöjt belopp	z

2 Exempel på kostnadseffekter för patienter med normala tandvårdsbehov

I det följande redovisas fyra räkneexempel som visar vilka kostnadseffekter den föreslagna bastandvårdsmodellen får för patienten, jämfört med vid behandling enligt nuvarande tandvårdstaxa (december 1997). Exempelen avser patienter över 29 år som erhåller tandvårdsersättning med grundbelopp, dvs. motsvarande 30 procent av nuvarande arvode. Arvodena i bastandvårdsmodellen antas i exemplen vara oförändrade jämfört med de arvoden som gäller enligt nuvarande taxa.

Enligt räkneexemplen blir kostnaden för revisionspatienten 20 procent lägre. Akutpatientens kostnad blir 21 procent lägre och saneringspatientens kostnad sjunker med 16 procent. Patienten som erhåller protetisk behandling i form av en treledsbro får en ökad kostnad med 38 procent.

Åtgärd	Patientens kostnad, kr		
	Dec. -97	Bastandvård	Differens
<i>1. Revisionspatient</i>			
011 Undersökning	352	352	
021 Förebyggande behandling	263	184	
055 Kompositfyllning	433	303	
Totalt	1 048	839	-204
<i>2. Akutpatient</i>			
091 Akutbehandling	352	246	
042 Rotbehandling	1 244	871	
054 Kompositfyllning	303	212	
Summa	1 899	1 329	
Självrisk	1 300		
Rest. 65 %	389		
Totalt	1 689	1 329	-360

Åtgärd	Patientens kostnad, kr		
	Dec. -97	Bastandvård	Differens
<i>3. Saneringspatient</i>			
012	Undersökning	494	494
013	Röntgen x 2	44	44
021	Förebyggande behandling	263	184
052	Amalgamfyllning	298	209
054	Kompositfyllning	303	212
	Summa	1 402	1 143
	Självrisk	1 300	
	Rest. 65 %	66	
	Totalt	1 366	-223
<i>4. Treledsbro</i>			
062	Krona 2 st.	4 766	4 766
065	Hängande led	1 013	1 013
	5 g guld a´ 115:-	575	575
	Summa	6 354	6 354
	Självrisk	1 300	
	Rest. 65 %	3 285	
	Totalt	4 585	+1 769

3 Exempel på kostnadseffekter för patienter med kronisk sjukdom eller funktionshinder i förhållande till förslagen i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling*

I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* (Ds 1997:16) föreslogs ett särskilt ekonomiskt stöd till personer som har långvariga och väsentligt ökade tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder. Mot en avgift på högst 800 kronor under en tolv månadersperiod skulle dessa patienter erhålla undersökningar, förebyggande vård, fyllningar m.m. För protetiska arbeten föreslogs patientavgiften utgöra 50 procent av vårdgivarens arvode. Kostnaderna för ädelmetaller, eller vid behandling med fast protetik gjutmetaller, föreslogs patienten få svara för själv.

I denna utredning föreslås en ändrad form för stödet till de kroniskt sjuka och funktionshindrade. Tandvårdsersättning föreslås bli betald som ett s.k. förhöjt belopp. Detta belopp föreslås motsvara 60 procent

av arvodet enligt nuvarande tandvårdstaxa (december 1997). Ersättningsnivån 60 procent avses omfatta alla erforderliga behandlingsåtgärder, inklusive specialisttandvård.

Nedan följer några konstruerade räkneexempel. Avsikten med dessa är att illustrera hur kostnaderna för patienten beräknas bli med utredningens förslag till stödform, jämfört med det förslag som lades fram i *Tandvårdsförsäkring i omvandling*. I exemplen antas att arvoden i den föreslagna modellen är oförändrade, jämfört med de arvoden som gäller i december 1997. Jämförelsen avser ett ettårsperspektiv.

Åtgärd	Patientens kostnad, kr		
	Ds 1997:16	Nuvarande förslag	Differens
<i>Exempel 1.</i>			
011	Undersökning	141	
022	Förebyggande behandling 4 behandlingstillfällen	563	
055	Kompositfyllning	173	
	Totalt	800	+77
<i>Exempel 2.</i>			
012	Undersökning	198	
013	Röntgen x 4	35	
022	Förebyggande behandling 4 behandlingstillfällen	563	
052	Amalgamfyllning	119	
054	Kompositfyllning	121	
	Totalt	800	+236

Exempel 3

Avser en patient som har tre tänder kvar i underkäken. Tänderna är karierade och måste tas bort och ersättas med implantat i form av en hel underkäksprotes. Operationen görs av en specialist i oral kirurgi inom ramen för tandvårdsförsäkringens ersättningsregler. Under läkningstiden bär patienten en avtagbar underkäksprotes.

Åtgärd	Patientens kostnad, kr		
	Ds 1997:16	Nuvarande förslag	Differens
012	Undersökning		198
015	Röntgenundersökning, komplett för munhålan		163
031	Tanduttagning x 3		330
	Summa	800	691
075	Hel underkäksprotes, avtagbar	1 707	1 366
396	Operation, fler än 3 fixturer	4 379	3 503
991	Implantatbro, under- käke	10 456	8 364
	Titankomponenter 5x2500 kr	6 250	5 000
	Totalt	23 592	18 924
			-5 298