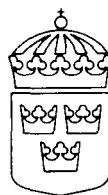


Regeringens proposition

1993/94:93



Förändrat ersättningssystem för vuxentandvård

Prop.
1993/94:93

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 22 december 1993

Carl Bildt

Bo Könberg
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen läggs fram förslag om riktlinjer för ett nytt ersättningssystem för vuxentandvård. Ersättningen från sjukförsäkringen för denna vård skall kunna lämnas enligt två parallella ersättningssystem, dels ett system med s.k. premietandvård, dels ett system med åtgärdbaserad taxa. Gemensamt för båda systemen finns ett särskilt högkostnadsskydd. Oavsett vilket system som tillämpas av vårdgivaren skall det inte vara någon skillnad i standarden på vården eller på det ekonomiska stödet från försäkringen.

Vårdgivarna får för sin verksamhet inom försäkringens ram välja att tillämpa antingen både premietandvård och åtgärdstaxa eller ettdera av systemen. Även patienten får möjlighet att välja mellan de båda systemen.

Vid premietandvård lämnar försäkringskassan till vårdgivaren en av regeringen fastställd årlig ersättning för varje sådan patient. Ersättningen varierar beroende på patientens ålder. Patienten betalar en årlig fast avgift (premie) som vårdgivaren bestämmer. Vårdgivaren skall dock vara skyldig att till försäkringskassan redovisa de olika premieklasser och belopp som tillämpas.

Den reviderade åtgärdstaxan avses i likhet med den nuvarande taxan innebära att vårdgivaren har rätt att uppbära ett arvode för varje utförd prestation eller behandling och att försäkringskassa och patient i varierande utsträckning svarar för betalningen av arvodesbeloppet. Taxan indelas i tre områden. Undersökning, diagnostik och förebyggande åtgärder utgör ett område, konserverande behandlingar och tanduttag-

ningar ett andra och protetik ett tredje. För samtliga dessa utgör försäkringsersättningen 50 % av arvodet. För de två sistnämnda områdena införs en gemensam självrisk på 750 kr per behandlingsperiod. För det första av dessa två områden ges möjlighet för vårdgivaren att tillämpa fri prissättning på patientavgiften under förutsättning att patient och försäkringskassa informeras.

Ovanstående förändringar innebär en ökad satsning från försäkringen på förebyggande åtgärder. I syfte att förenkla och förbättra taxan och göra den mer överskådlig för patienterna bör taxan i fortsättningen enbart innehålla tandvårdsåtgärder med enhetligt arvode. Till följd härav kommer arvodesuppdelningen på olika personalgrupper att slopas och kostnaderna för tandtekniskt arbete och material, eventuellt med undantag för kostnad för ädelmetall, inräknas i arvodet för en åtgärd. Ett viktigt inslag i den reviderade åtgärdstaxan är att patienten för varje åtgärd skall kunna se vilken avgift som skall betalas.

Ett särskilt högkostnadsskydd föreslås finnas gemensamt för premietandvård och åtgärdstaxa och grundas på diagnos och behandlingsbehov. Det får tas i anspråk endast efter förhandsprövning. Försäkringsersättningen skall vara 85 % av det sammanlagda arvodet för behandlingen. Vid premietandvård avses premien täcka även patientavgiften.

Ersättning från försäkringen för tandvård föranledd av olycksfall föreslås däremot lämnas till vårdgivaren enligt åtgärdstaxan och avgift tas ut även av de patienter som omfattas av premietandvård.

Ersättning från försäkringen för patienter som behöver extraordinära tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid skall ersättas enligt de regler som gäller för den öppna hälso- och sjukvården. För patienter som på grund av sjukdom eller funktionshinder har ett omfattande tandvårdsbehov skall förhöjd årlig ersättning inom premietandvården för merkostnader kunna utges enligt vissa kriterier. Om åtgärdstaxan tillämpas bör självrisken i stället reduceras.

För patienter med behov av särskilda tandvårdsinsatser skall landsingen få ett tydligare lagfäst ansvar för att det finns tillräckliga och anpassade resurser och att det vid behov drivs en uppsökande verksamhet samt att tandhälsoutvecklingen för dessa grupper följs. Socialstyrelsen bör utarbeta föreskrifter/allmänna råd om tandvården för dessa grupper.

De nuvarande ersättningsreglerna för specialisttandvården avses behållas tills vidare i avvaktan på att en ytterligare översyn företas av dess organisation och finansiering.

När det nya ersättningsystemet tidigast träder i kraft, vilket avses ske tidigast den 1 juli 1994, skall även de nuvarande bestämmelserna om begränsningen av anslutningen till försäkringen upphöra. Anslutning skall då även kunna medges för en juridisk person som bedriver tandvårdsverksamhet.

Olika åtgärder aviseras som väsentligt bör förbättra förutsättningarna för konkurrens inom tandvården.

Regeringen planerar att snarast tillsätta en delegation för samordning av förberedelserna inför genomförandet samt för uppföljning och utvär-

dering av effekterna av ett nytt ersättningssystem. Delegationen avses också få till uppgift att dels pröva och besluta om särskilda stimulansbidrag som bör kunna lämnas från staten för att främja utvecklingen inom tandvården sett från försäkringens synpunkt, dels utarbeta förslag för regeringens ställningstagande vad gäller storleken på den fasta ersättningen i premietandvården och arvodesbeloppen i de reviderade åtgärdstaxan.

För nämnda uppgifter som föranleds av ersättningssystemets reformering är det nödvändigt att samordningsdelegationen får möjlighet att disponera vissa medel. Regeringen avser att senare återkomma till riksdagen i denna fråga.

1	Förslag till riksdagsbeslut	6
2	Ärendet och dess beredning	6
3	Bakgrund	7
3.1	Tandvårdshälsans utveckling	7
3.2	Tandvårdsförsäkringens tillkomst och utveckling	8
3.3	Marknadsstruktur, kostnadsutveckling, m.m.	9
3.4	Nuvarande ersättningssystem med åtgärdstaxa	12
3.5	Brister i nuvarande ersättningssystem	13
3.6	Mål för ett nytt ersättningssystem m.m.	14
4	Regeringens överväganden	16
4.1	Riktlinjer för det nya ersättningssystemet	16
4.2	Premietandvård	26
4.2.1	Premietandvård i stort	26
4.2.2	Särskilt högkostnadsskydd samt ersättning för vård vid olycksfall	33
4.3	Reviderad åtgärdstaxa	36
4.4	Särskilda patientgrupper	40
4.4.1	Extra ordinära tandvårdsbehov under begränsad tid	40
4.4.2	Ökat tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder	41
4.4.3	Lagfäst resursansvar för landstingen för särskilda patientgrupper	43
4.4.4	Aktivt erbjudande om tandvård till vissa grupper	44
4.4.5	Socialstyrelsens tillsynsansvar för de särskilda patientgrupperna	45
4.5	Specialisttandvård	45
4.6	Särskilda frågor	50
4.6.1	Anslutning till försäkringen	50
4.6.2	Ersättning för tandtekniskt arbete m.m.	52
4.6.3	Konkurrensfrågor	55
4.7	Uppföljning, utvärdering och kvalitetsfrågor	60
4.7.1	Grundläggande principer	60
4.7.2	Kvalitetssäkring	61
4.7.3	Ekonomisk uppföljning	62
5	Administrativa och ekonomiska effekter	63
5.1	Inledning	63
5.2	Administrativa effekter	64
5.3	Ekonomiska effekter	66
6	Genomförande och fortsatta förberedelser	67
7	Barn- och ungdomstandvården	68

Bilaga	Sammanfattning av rapporten Premietandvård – en effektivare tandvårdsförsäkring	70
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 22 december 1993	82

Regeringen föreslår att riksdagen

godkänner de föreslagna riktlinjerna för ett nytt ersättningssystem för allmäntandvård (avsnitten 4.1, 4.2, 4.4.1- 4.4.4, 4.5, 4.6.1 och 4.6.2).

2 Ärendet och dess beredning

I budgetpropositionen för budgetåret 1992/93 (prop. 1991/92:100 bil.6) aviserades en översyn av tandvårdsförsäkringen. Som bakgrund för detta angavs att kostnaderna under senare år ökat mer än beräknat och att det rådde enighet om att tandhälsan blivit allt bättre för övervägande delen av befolkningen. Det angavs också att kostnadsökningen hade många orsaker av vilka den prestationsinriktade taxan sannolikt var en. Vidare konstaterades att ett flertal åtgärder under de senaste åren vidtagits av regeringen och Riksförsäkringsverket (RFV) samtidigt som mer långsiktiga och övergripande förändringar i tandvårdsförsäkringen diskuterats och övervägts.

Vidare konstaterade föredragande statsrådet att försöksverksamheter med stöd av riksdagens godkännande hade inletts inom folktandvården i Kristianstads och Göteborgs Bohus läns landsting samt i Göteborgs kommun för att pågå under en tid av längst tre år i syfte att pröva olika system med ersättning från försäkringen som utgår från ett visst fast belopp per individ som omfattas av försöket.

Sammanfattningsvis framhöll föredragande statsrådet det angelägna i att arbetet med att utforma en tandvårdsförsäkring och tandvårdstaxa som bättre svarar mot nuvarande och framtida tandhälsosituation inte vilade i avvaktan på resultaten av försöksverksamheterna. Han ansåg därför att detta arbete måste intensifieras och avsåg att på lämpligt sätt låta utreda frågan under år 1992.

Mot den bakgrunden påbörjades våren 1992 inom Socialdepartementet ett arbete vilket utmynnade i en promemoria som kom att läggas till grund för själva översynsarbetet som påbörjades i september 1992. Promemorian innehöll en bakgrund till behovet av en förändring av ersättningssystemet för tandvård och angav målen för ett nytt sådant system. Vidare angavs den huvudsakliga inriktningen på översynen och formerna för arbetet.

I promemorian angavs även att utredningsarbetet borde bedrivas i form av en intern beredning med en sakkunnig knuten till Socialdepartementet som sammanhållande för arbetet. Vidare framhölls att arbetet skulle bedrivas med flexibilitet och att till utredningsarbetet borde knytas ett antal referens- eller arbetsgrupper med olika inriktning och representation.

Utredningen som arbetat under benämningen Översyn av tandvårdsförsäkringen (ÖTF), har bedrivit sitt arbete enligt riktlinjerna i den nämnda promemorian. Det innebär bl.a. att fem referensgrupper knutits till översynen, nämligen en grupp med socialpolitisk inriktning, en med producentinriktning, en med företrädare för samtliga riksdagspartier

samt en med förträdare för handikappgrupper m.fl. Dessutom har inrättats en referensgrupp med företrädare för olika delar inom regeringkansliet. ÖTF har vidare engagerat ett antal experter från olika områden. Bl.a. genomfördes en hearing för att bidra med idéer om tandvårdsförsäkringens framtida utformning. ÖTF har också informerat om arbetet och fört diskussioner med intressenter på tandvårdsområdet som inte medverkat i referensgrupperna. Vidare har ÖTF genom besök studerat de tidigare nämnda försöksverksamheter som pågår samt företagit en studieresa till Storbritannien för besök hos dels det brittiska hälsovårdsministeriet, dels det privata tandvårdsföretaget Denplan.

ÖTF avlämnade sin huvudrapport Premietandvård – en effektivare tandvårdsförsäkring den 18 mars 1993 (Ds 1993:18). En sammanfattning av huvudrapporten finns intagen som *bilaga*. En kompletterande rapport Premietandvård del 2 – Specialisttandvård, Särskilda patientgrupper, Uppföljning och utvärdering, Högkostnadsskydd avlämnades den 30 juli 1993. Huvudrapporten är remissbehandlad, medan den kompletterande rapporten utsänts till närmast berörda myndigheter och organisationer för ev. synpunkter. En förteckning över remissinstanserna samt en sammanställning över remissyttrandena resp. synpunkter finns tillgänglig i ärendet hos Socialdepartementet (S93/2579/F resp. S93/6191/F).

3 Bakgrund

3.1 Tandhälsans utveckling

Av promemorian Tandhälsans utveckling hos olika befolkningsgrupper (A. Hugoson, 1993) framgår att data från epidemiologiska studier bland såväl barn och ungdom som vuxna visar på en kraftigt förbättrad tandhälsa under de senaste decennierna. Många barn och ungdomar är i dag helt kariesfria och bland de övriga barnen uppvisar de flesta endast ett fåtal kariesade eller fyllda ytor hos tänder i kindtandsområdena. Den parodontala hälsan är oförändrat god. Inom vissa grupper av barn finns dock ett relativt stort vårdbehov. Det gäller såväl det primära bettet som det permanenta. Detta gäller inte minst bland invandrabarn.

Även bland de vuxna kan en fortsatt förbättring av tandhälsan konstateras. Den egna munhygienien bland vuxna har också kraftigt förbättrats. Bland de vuxna som har egna tänder ökar antalet kvarvarande tänder. 30 – 40-åringar har i dag inte förlorat några av sina tänder. Parodontiten (tandlossningen) är mindre allvarlig än för 10 – 15 år sedan. I högre åldersgrupper minskar medeltalet rekonstruktioner för ersättning av tänder och kommer att minska än mer i framtiden. Behandling med helprotes blir sällsynt inom en 10 – 20-årsperiod. Även bland de vuxna finns personer med ett stort och ibland mycket stort tandvårdsbehov. Detta gäller i synnerhet funktionshindrade, långvarigt sjuka personer samt invandrare och flyktingar.

Före år 1974 då ersättningen för tandvård från den allmänna försäkringen infördes tillämpade privattandvården en fri arvodesättning som var prestationsrelaterad. Inom folktandvården tillämpades en av Kungl. Maj:t. fastställd taxa, vars arvoden i stort sett var baserade på styckepriser. Landstingen fick vid behov tillskjuta medel.

Syftet med ersättningen för tandvård inom ramen för sjukförsäkringen, i propositionen kallad tandvårdsförsäkringen, var i första hand att göra det ekonomiskt möjligt för stora delar av befolkningen att efterfråga tandvård. Det fanns omfattande otillfredställda tandvårdsbehov när försäkringen utformades. Det var därför naturligt att ersättningssystemet konstruerades på ett sådant sätt att det skulle skapa incitament till en maximering av antalet behandlingsåtgärder per tidsenhet. Detta ledde till att ersättningsmodellen baserades på principerna om ersättning per utförd prestation/åtgärd och bruttointäktsneutralitet. Det senare innebär att vårdgivarna i genomsnitt skall erhålla samma ersättning per tidsenhet oavsett vilka behandlingsåtgärder som utförs.

Regeringen tillsatte år 1978 en tandvårdsutredning som efter ingående arbetsstudier bl.a. kom fram till att taxan inte var helt neutral. I betänkandet Reviderad tandvårdstaxa (SOU 1982:50) föreslog utredningen därför bl.a. en förändring av arvodesbeloppen inom olika delar av taxan, en avsevärd minskning av antalet åtgärdsrubriker för både tandläkare och tandtekniska arbeten samt en avveckling av de s.k. latitudarvodena. Det sistnämnda innebar att endast ett arvode skulle finnas för varje åtgärd.

Utredningens förslag krävde fortsatt utredning av RFV och en reviderad tandvårdstaxa kunde träda i kraft först den 1 februari 1987. Den taxan gäller i sina huvuddrag fortfarande även om bl.a. nivåerna för ersättning från försäkringen ändrats flera gånger.

För att inhämta underlag för en fortsatt reformering av tandvårdstaxan uppdrog regeringen åren 1987 och 1990 åt RFV att beräkna och redovisa de försäkringsmässiga konsekvenserna av olika ändringar i ersättningssystemet enligt vissa angivna riktlinjer och förutsättningar. Regeringen ansåg dock att det fordrades ytterligare underlag för ett ställningstagande till en omfattande systemförändring och fann det angeläget att i första hand genom försöksverksamhet skaffa underlag för ett beslut. Därför inhämtade regeringen våren 1991 riksdagens medgivande att enligt vissa riktlinjer få starta försöksverksamhet för att pröva olika system för ersättning från försäkringen med utgångspunkt i att ersättningen skulle beräknas i form av ett visst belopp per patient som omfattas av försöket. Sådan försöksverksamhet bedrivs nu med stöd av förordningen (1991:1234) om försöksverksamhet inom tandvården, som trädde i kraft den 1 oktober 1991, inom folktandvården i Kristianstads och Göteborgs och Bohus läns landsting samt i Göteborgs kommun för en tid av längst tre år.

Efter det att tandvårdsförsäkringen införts år 1974 uppstod inte helt oväntat under de närmast följande åren betydande vårdköer på många

håll i landet beroende på att det fanns stora eftersatta vårdbehov och att ersättningsvillkoren gjorde det ekonomiskt möjligt för många att efterfråga tandvård.

Förutom att taxans utformning i sig stimulerade till en hög vårdproduktion bidrog även konkurrensen mellan en offentlig och en privat vårdsektor på ett positivt sätt till att skapa förutsättningar för en hög produktivitet. Detta var starkt bidragande orsaker till att vårdköerna efter hand kunde avvecklas.

Det råder numera enighet om att inte bara flertalet barn och ungdomar utan även vuxna successivt har fått en allt bättre tandhälsa. Det finns dock fortfarande grupper i samhället som har otillfredsställda tandvårdsbehov, t.ex. vissa funktionshindrade och patienter i särskilda vård- och omsorgsformer samt vissa invandrare.

Under den senaste femårsperioden har – trots den allt bättre tandhälsan – ökningen av försäkringsutgifterna för tandvård varit betydligt större än de av regeringen beslutade höjningarna av tandvårdstaxans arvodesnivå. Det innebär att den totala vårdvolymen måste ha ökat och/eller att en övergång skett till mer kostnadskrävande behandlingar.

Det faktum att den allt bättre tandhälsosituationen inte haft en utgiftsdämpande effekt visar på behovet att reformera tandvårdsförsäkringen inte bara från statens synpunkt utan även sett ur vårdgivarnas och patienternas synvinkel.

Mot den bakgrunden inleddes därför som tidigare nämnts hösten 1992 en översyn av tandvårdsförsäkringen enligt vissa riktlinjer. Avsikten var att denna översyn skulle utgöra grunden för en reformerad tandvårdsförsäkring. I sin huvudrapport lämnade utredningen ett principförslag om ett nytt ersättningssystem för vuxentandvården. Därefter har ÖTF i den kompletterande rapporten behandlat specialisttandvård, särskilda patientgrupper, uppföljning och utvärdering, högkostnadsskydd m.m.

3.3 Marknadsstruktur, kostnadsutveckling, m.m.

Samhällets totala kostnader för tandvård beräknas för närvarande uppgå till drygt 11 miljarder kronor per år. Det innebär att tandvårdskostnaden per individ och år uppgår till närmare 1 300 kr. Vid en internationell jämförelse är den mycket hög och är i Europa högre endast i Tyskland. Tandvårdskostnadernas andel av BNP utgör ca 0,7 %, något som också är mycket högt internationellt sett.

Patienter, sjukförsäkring och landsting svarar vardera för ca en tredjedel av kostnaderna. Vuxentandvårdens andel av kostnaderna uppgår till ca två tredjedelar och den av landstingen helt av skattemedel finansierade barn- och ungdomstandvården utgör resten. Det innebär att vuxentandvården för närvarande omsätter ca 8 miljarder kr, varav ca 3,8 miljarder kr finansieras genom försäkringen och ca 4,2 miljarder kr av patienterna. Ungefär tre fjärdedelar av försäkringens kostnader för vuxentandvård, inkl. tandtekniskt arbete och material, hänförs till vård som utförs av försäkringsanslutna privatpraktiserande tandläkare. Ca hälften av försäkringens utbetalningar avser tandtekniskt arbete och

material.

Ungefär hälften av all tandvård i landet utförs inom folktandvården. Denna omfattar den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården, en stor del av specialisttandvården och allmäntandvård för vuxna i viss utsträckning.

Totalantalet verksamma tandläkare uppgår till ca 9 000, varav ca 5 100 arbetar inom den offentliga vården. Av de ca 3 900 privatpraktiserande tandläkarna är närmare hälften anställda inom serviceföretaget Praktikertjänst AB. År 2000 bedöms antalet tandläkare ha minskat till ca 8 000 och år 2010 till drygt 7 000.

Antalet av Socialstyrelsen godkända tandtekniska laboratorier beräknas till ca 900, varav nästan 700 driver verksamhet i full skala. Drygt 500 av dessa är organiserade i Dentallaboratoriernas Riksförening.

Folktandvården har ökat sin andel behandlade vuxenpatienter avsevärt under det senaste decenniet och beräknas nu svara för ca 35 % av alla vuxenpatienter eller ca 1,7 miljoner. Detta har främst skett genom att resurser successivt har kunnat föras över från barn- och ungdomstandvården till vuxentandvården.

Specialisttandvård för barn- och ungdom sker nästan uteslutande i folktandvårdens regi. Inom vuxentandvården finns också privat verksamheter, men rätten att tillämpa specialisttaxa är i princip förbehållen de privatpraktiker som vid utgången av år 1972 var verksam i enskild tandvård. Det finns åtta specialiteter: pedodonti (barn-tandvård), ortodonti (tandreglering), parodontologi (tandlossningssjukdomar), oral kirurgi, endodonti (rotbehandling), oral protetik, odontologisk radiologi och bettfysiologi. Den totala försäkringskostnaden för specialisttandvård har beräknats till högst 200 milj. kr, varav högst 150 milj. kr avser folktandvård och högst 50 milj. kr privat specialistvård. Huvudparten av specialisttandvården bekostas emellertid av landstingen.

Tandvårdsreformens genomförande år 1974 innebar en kraftig ökning av sjukförsäkringens kostnader för tandvård, en ökning som var särskilt markant fram till år 1980. De löpande kostnaderna för försäkringen har därefter fortsatt att öka med undantag för åren 1986 och 1987 beroende på att ersättningen från försäkringen på ca 735 milj. kr för barn- och ungdomstandvården då slopades. Det bör också framhållas att de löpande kostnaderna ökat även under de år då besparingsåtgärder företagits med undantag för år 1992. Den 1 juli 1992 genomfördes en sänkning av ersättningsnivån från 40 % till 30 % och ersättningen för ädla metaller i tandtekniska arbeten halverades. Dessa åtgärder beräknas få full effekt först under år 1993 men kostnaderna har minskat betydligt även under år 1992. Detta framgår av följande tabell som visar försäkringskostnadernas utveckling åren 1974-1993 i både löpande och fasta priser.

År	Försäkringsutgifter (milj.kr)	
	löpande	fasta (1974)
1974	699	699
1975	989	901
1976	1 162	960
1977	1 306	969
1978	1 515	1 021
1979	1 823	1 146
1980	2 174	1 202
1981	2 437	1 202
1982	2 624	1 192
1983	2 700	1 126
1984	3 055	1 179
1985	3 369	1 211
1986	3 114	1 074
1987	2 905	962
1988	3 206	1 003
1989	3 495	1 027
1990	3 750	999
1991	4 211	1 024
1992	3 994	949
1993	3 650	(beräknat)

Under år 1992 fördelade sig försäkringens utbetalningar på 3 994 milj.kr på följande delposter.

- Privattandläkarvård	1 298 milj. kr
- Privata tandtekniska laboratorier	1 488 milj. kr
- Privata laboratorier, material	446 milj. kr
- Folktandvård vuxna	752 milj. kr
- Övrig tandvård (fakultetstandvård)	10 milj. kr

Försäkringskostnaderna visar en påfallande ojämn regional fördelning. I de tre storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Malmö är den genomsnittliga försäkringskostnaden per invånare ungefär dubbelt så hög som i de områden som har de lägsta kostnaderna, t.ex Norrlandslänen. Detta har sin huvudsakliga grund i att det i storstadsområdena genom en hög tandläkartäthet finns ett stort vårdutbud, men också många människor med goda ekonomiska förutsättningar medvetna om betydelsen av en god tandhälsa. Det bör dock tilläggas att en del av de högre kostnaderna i storstadsområdena också beror på att många av dem som söker tandvård i dessa områden tillhör ett annat försäkringskasseseområde, men får sin vård på den ort där arbetsplatsen finns.

Den nuvarande konstruktionen av ersättningssystemet med en prestationsrelaterad tandvårdstaxa bygger på en tandhälsosituation som kräver största möjliga utnyttjande av resurserna för att tillgodose stora vårdbehov. Stora och ackumulerade vårdbehov fanns också vid tidpunkten för

tandvårdsförsäkringens införande år 1974. Det nuvarande ersättnings-systemet kan också karakteriseras som ett system med löpande räkning som inte ger möjlighet att förutse eller kontrollera kostnadsutvecklingen.

Även om kostnadsutvecklingen – inte minst mot bakgrund av kraftfulla besparingsinsatser – har kunnat bromsas upp för tillfället måste den samlade kostnadsbilden ses mot bakgrunden av den successivt allt bättre tandhälsosituationen. Denna situation förväntas inte komma att försämras i framtiden. Tandvårdsförsäringen och den avgiftsfria barn- och ungdomständervården har varit bidragande orsaker till denna positiva utveckling. De höga kostnaderna för vuxentändervården korresponderar dock inte längre med den nu uppnådda nivån på tandhälsan.

De viktigaste faktorerna bakom den hittillsvarande kostnadsutvecklingen är – bortsett från själva taxekonstruktionen – förändringar i vårdvolymer och val av behandling. En ökning av vårdvolymen kan bero på olika faktorer. En alltför låg arvodesnivå i taxan kan pressa fram ett behov hos vårdgivarna att öka antalet prestationer för att täcka sina kostnader. Andra orsaker kan vara ökad efterfrågan från patienter som blivit medvetna om betydelsen av regelbunden vård samt befolkningstillväxt inte minst genom invandring. När det gäller val av behandling medger dagens system ersättning för dyrare behandlingar, inkl. material, än vad som är erforderligt, i många fall beroende på tandläkarens eller patientens önskemål. Denna höjda ambitionsnivå har emellertid ofta sin grund i nya behandlingsmetoder och material, t.ex. implantat.

3.4 Nuvarande ersättningssystem med åtgärdstaxa

Ersättning från försäringen lämnas för tandvård som meddelas av folktändervården, odontologisk fakultet eller annars genom det allmännas försorg eller av privatpraktiserande läkare som är uppförd på en av den allmänna försäkringskassans upprättad förteckning. Möjligheterna till försäkringsanslutning som privatpraktiserande tandläkare är sedan många år starkt begränsade.

De allmänna försäkringskassorna handhar administrationen av ersättningen från den allmänna försäringen, vilket bl.a. innebär att de i efterhand betalar ut tandvårdsersättning för vården till vårdgivare och tandtekniska laboratorier. RFV svarar för tillsynen av kassornas verksamhet.

Ersättningen för tandvården regleras i tandvårdstaxan som regeringen fastställer efter förslag från RFV för högst två år i sänder. I taxan anges både de högsta arvoden en tandläkare får ta ut för sina behandlingsåtgärder och de högsta arvoden som får tas ut för arbete som utförs av tandhygienister, tandsköterskor och tandtekniker samt för tandtekniskt material. Om ett tandtekniskt arbete har utförts vid ett tandtekniskt laboratorium för en tandläkares räkning, betalar försäkringskassan ut ersättning för det arbetet direkt till laboratoriet.

Det arvode en tandläkare får ta ut för en behandling består av tandvårdsersättning från försäringen och en avgift som patienten betalar direkt till tandläkaren. Kassan lämnar tandvårdsersättning endast för

behandling som är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

Tandvård ersättning utges med 30 % av arvodet upp till 3 000 kr, med 50 % för arvoden mellan 3 000 och 7 000 kr samt med 75 % för arvoden därutöver. För ädla metaller som ingår i tandtekniskt arbete beräknas tandvård ersättningen endast på halva arvodet. För behandlingar till följd av missbildningar, defekter, avvikande reaktion mot dentala material, epileptiska anfall samt muntorrhet till följd av strålbehandling och Sjögrens syndrom kan försäkringskassan betala hela arvodet om kassan har gjort s.k. förhandsprövning av den föreslagna behandlingen.

I taxan finns två arvoderingprinciper dels arvode för utförd åtgärd, s.k. styckepris, dels arvode efter tidsåtgång.

Arvodetsbeloppen framgår av bilagorna A-C till taxan. De högsta arvodesbelopp som en tandläkare får ta ut finns angivna i bilagorna A och C. Bilaga B innehåller en förteckning över sådana oralkirurgiska behandlingar som ersätts enligt de regler som gäller för den öppna offentliga sjukvården.

Bilaga A omfattar fem avdelningar som enligt gällande ordning avser tandläkarens, tandhygienistens och tandsköterskans åtgärder, tandtekniska arbeten samt specialisttandläkarens åtgärder. Bilaga C avser arvodesbelopp för behandling med vissa käkbensförankrade broar (implantat).

När en försäkrads behov av tandvård är omfattande eller svårbedömt får tandläkaren begära prövning av behandlingsförslaget hos försäkringskassan om tandvård ersättning kan utges. En patient kan begära förhandsprövning hos kassan om han önskar en annan behandling än den tandläkaren förklarat sig beredd att ge inom försäkringens ram. Förhandsprövning skall ske vid bl.a. omfattande protetisk behandling inkl. implantationsprotetik, vid behandling av fall med avgiftsfri tandvård enligt vad som tidigare nämnts, vid utbyte av amalgamfyllningar i samband med långvariga sjukdomssymtom samt när en behandling behöver göras om och den nya behandlingen görs av en annan tandläkare än den som svarade för ursprungliga behandlingen.

I taxan finns också bestämmelser som skyddar patienten och försäkringens mot kostnader som uppstår om vissa angivna protetiska arbeten måste göras om inom en viss tid.

3.5 Brister i nuvarande ersättningssystem

ÖTF genomförde – som tidigare nämnts – sitt utredningsarbete med utgångspunkt i vissa riktlinjer som fanns angivna i en promemoria från juni 1992. Den problembild som redovisats i denna diskuterades ingående med de referensgrupper som knutits till översynen. I stort sett accepterades den beskrivning av bristerna i ersättningssystemet som gjorts i promemorian. Det ansågs dock inte framgå av promemorian att den nuvarande ersättningsmodellen hade konstruerats för en situation med stora otillfredsställda reparativa tandvårdsbehov hos stora delar av

befolkningen, något som i dag inte längre gäller. Även om de flesta problem med det nuvarande ersättningssystemet torde vara kända och beskrivna i andra sammanhang lämnas här en kort sammanfattning av dem.

- Systemet medger inte samhällelig kostnadskontroll
- Incitamenten för vårdgivare och patient att hålla tillbaka kostnaderna är begränsade genom att försäkringen betalar en stor del av kostnaden
- Patienten kan i förväg inte beräkna sina tandvårdskostnader och har små möjligheter att själv direkt påverka dem
- Risk finns för s.k. överterapi
- Ekonomiska faktorer hämmar en mer individanpassad förebyggande tandvård
- Det övergripande målet att uppnå tandhälsa för alla personer återspeglas inte i ersättningssystemet
- Ett kontinuerligt omhändertagande av patienten premieras inte av systemet
- God vårdkvalitet premieras inte
- Ett optimalt resursutnyttjande, bl.a. genom att i större utsträckning använda andra personalkategorier än tandläkare, stimuleras inte
- Administrationen av ersättningssystemet är för vårdgivare och försäkringskassor mycket omfattande med många kompletterande föreskrifter till taxan
- Det administrativa regelsystemet innehåller bestämmelser som innebär vissa skillnader i konkurrensförhållandena mellan folk tandvård och privattandvård.

Referensgruppen med producentföreträdare framhöll dessutom problemet med den låga taxenivån som bl.a. anses leda till att det inte på ett naturligt sätt skapas utrymme för investeringar, metodutveckling, fortbildning o.dyl.

Även om problembilden var omfattande ansågs det att många av problemen är möjliga att lösa. Ett gott utgångsläge i fråga om tandhälsan finns genom den grund som lagts av barn- och ungdomstandvården.

3.6 Mål för ett nytt ersättningssystem m.m.

I den bl.a. i föregående avsnitt nämnda promemorian angavs ett antal övergripande mål för ett alternativt ersättningssystem. Målen angavs vara

- Tandvård på lika villkor
- Valfrihet för patienten
- Tandhälsa måste premieras för vårdgivare och patient
- God vårdkvalitet stimuleras
- Egenvård och regelbunden tandvård stimuleras
- Incitament till kontinuitet hos vårdgivaren
- Ersättning baserad på effektivitet, inte produktivitet
- Effektivt utnyttjande av vårdresurserna

- Högkostnadsskydd för stora och motiverade behandlingskostnader utan nuvarande vårdstyrning
- Rättvisare regional fördelning av försäkringsmedlen
- Enkel administration för vårdgivare och försäkringskassa
- Skälig ersättning till vårdgivarna
- Konkurrens på lika villkor mellan vårdgivarna
- Slopande av etableringsbegränsningarna
- Kontrollerbara försäkringsutgifter och ev. besparingsåtgärder skall ske på ett enkelt och rättvist sätt.

Denna målförteckning diskuterades också av de olika grupperna i översynsprojektet och accepterades i huvudsak. Det framhölls dock att förteckningen delvis innehåller motstridiga mål och mål av olika dignitet. Det konstaterades bl.a. också att alla mål inte kan uppnås samtidigt och att det nya ersättningssystemet bör innehålla ett primärt incitament till förebyggande insatser samtidigt som reparativa åtgärder måste medges på rimliga villkor. Från främst producentföreträdarhåll framhölls också fri prissättning som ett angeläget mål inte bara för den företags-ekonomiska utformningen av det nya systemet utan också som ett nödvändigt medel för att tandvårdsmålen skall kunna upprätthållas och verksamheten utvecklas.

I promemorian redovisades två huvudalternativ som utredningen borde belysa med utgångspunkt i att de så långt som möjligt skulle uppfylla de mål som angivits för ett nytt ersättningssystem. Det gällde dels ett alternativ med tre olika ersättningsnivåer med utgångspunkt i nuvarande åtgärdsförteckning, dels ett system med fast ersättning till vårdgivaren per individ i kombination med viss prestationsersättning. Det angavs också att om det under översynsarbetet skulle komma fram ytterligare kombinationer och varianter av dessa huvudalternativ eller ytterligare alternativ som bedömdes vara intressanta mot bakgrund av möjligheterna till måluppfyllelse borde även dessa belysas närmare.

4.1 Riktlinjer för det nya ersättningssystemet

Regeringens förslag: För allmäntandvård skall ersättning från sjukförsäkringen lämnas enligt två parallella ersättningssystem, premietandvård och åtgärdstaxa. Gemensamt för de båda systemen skall det finnas ett särskilt högkostnadsskydd. Vårdens kvalitet och standard och nivån på det ekonomiska stödet från försäkringen skall vara densamma oavsett system.

Vårdgivarna skall för sin verksamhet inom försäkringen få välja att tillämpa antingen både premietandvård och åtgärdstaxa eller ettdera av dessa system. Även patienten skall ha möjlighet att välja mellan de båda systemen.

Inom premietandvården skall försäkringskassan lämna vårdgivaren en av regeringen för olika patientgrupper fastställd årlig ersättning per patient som omfattas. Vårdgivaren fastställer sina premieklasser och premiebelopp samt bestämmer tillsammans med patienten vilken premieclass denne skall placeras in i. För åtgärdstaxan fastställer regeringen med visst undantag arvoden och patientavgifter.

Den nya ordningen avses träda i kraft tidigast den 1 juli 1994.

Utredningens förslag: Överensstämmer i stort med regeringens förslag. Viss fördjupning och modifiering har gjorts. Den närmare utformningen av premietandvård och åtgärdstaxa liksom vissa särskilda ersättningar m.m. beskrivs i särskilda avsnitt i det följande.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser är positiva till förslaget om en ny ersättningsform, premietandvård, och två parallella taxor, bl.a. Försäkringsöverdomstolen, Kammarrätten i Göteborg, Riksrevisionsverket, Folkhälsoinstitutet, Landstingsförbundet, samtliga landsting utom tre samt Sveriges Tandhygienistförening. Försäkringskasseförbundet tillstyrker den föreslagna konstruktionen av åtgärdstaxan samt premietandvården under förutsättning att den blir konkurrensneutral. Tandteknikerförbundet tillstyrker förslaget om premietandvård men anser att ersättningen till tandtekniska laboratorier inte skall inrymmas i ersättningen till tandläkaren.

Sveriges Tandläkarförbund anser att en modifierad åtgärdstaxa i enlighet med förbundets förslag bör införas och att om premietandvården införs måste det finnas full frihet för tandläkaren att, i samförstånd med patienten, avgöra om premietandvård eller åtgärdstaxa är lämpligast i det enskilda fallet. Förbundet anser vidare att oavsett försäkringssystemets form krävs fri prissättning i den del där patienten står för kostnaderna. Tjänstetandläkarföreningen är positiv till att premietandvården provas men anser att tandläkaren och patienten gemensamt skall avgöra när den är lämplig. Sveriges Privattandläkarförening, Praktikertjänst AB

och Malmöhus läns landsting avstyrker förslaget. Kronobergs läns landsting anser att det behövs ytterligare klarlägganden och kompletteringar och Hallands läns landsting är tveksamt till förslaget.

Riksförsäkringsverket anser att det finns behov av en förändring i tandvårdsförsäkringen men anser att vissa frågor inte är färdigutredda och att det saknas underlag när det gäller kontroll- och uppföljningsfunktioner samt författningsförslag. Socialstyrelsen anser att det är viktigt att fast ersättning enligt premietandvårdens modell prövas men vill begränsa detta till 20-åringar.

Konkurrensverket anser att innan utredningens förslag genomförs bör åtgärder vidtas för att åstadkomma konkurrens på lika villkor. Statskontoret efterlyser en mer försäkringsmässig inriktning av tandvårdens ersättningssystem.

Skälen för regeringens förslag: Världshälsoorganisationen (WHO) konstaterar i sin rapport *Recent Advances in Oral Health* (1992) att en av de mest genomgripande förändringarna inom tandvården har varit att olika åtgärder i ökande utsträckning har kunnat grundas på vetenskaplig kunskap. Forskningen har bidragit till att belysa hur de biologiska mekanismerna ser ut och hur sjukdom skall kunna förebyggas. Detta har lett till en ökad insikt vad avser etiologi och behandling av de två dominerande tandsjukdomarna, karies och parodontit (tandlossning). WHO gör bedömningen att det inte bara är möjligt utan också faktiskt genomförbart att utplåna dessa två tandsjukdomar för en stor majoritet av befolkningen i världen.

Det är enligt WHO nu möjligt att behålla en god tandhälsa i stället för att behandla sjukdom. WHO menar att inte inom något annat hälsoområde har det kunnat visas en så påfallande inverkan av ett förebyggande angreppssätt. Ett tidigt kariesangrepp kan läka ut om en effektiv fluorbehandling sätts in tillsammans med en optimering av den egna munhygien och information om kost och olika riskfaktorer. Framsteg inom biologi och epidemiologi gör det möjligt att identifiera patienter med hög risk för sjukdomsutveckling.

WHO rekommenderar en vårdfilosofi som bygger på behandlingsmetoder som ger så små ingrepp som möjligt i tandens vävnader och på att ingreppen sker så sällan som möjligt (låg intervention). En viktig komponent i detta angreppssätt är betoningen av egenvård och en hälsosam livsstil.

En konsekvens enligt WHO av den förändrade vårdinriktningen inom tandvården är att personalens sammansättning och organisation behöver förändras. Det behövs en ny tandläkare, en "munhälsoläkare" som kommer att vara ledare för "munhälsoteamet" som engageras i hälsoutbildning, sjukdomsprevention och åtgärder för att behandla och vidmakthålla patienternas tandhälsa. Detta kräver förändringar i olika länders tandvårdsorganisationer, ersättningssystem och utbildningsprogram.

Den slutsats WHO drar om tandvårdens framtida inriktning har i andra sammanhang uttryckts så att om färre tänder behöver fyllningar och om färre fyllningar behöver göras om skulle patienten på längre sikt

behöva färre kronor, broar, rotbehandlingar och implantat.

En viktig förutsättning för en ändrad vårdstrategi är att såväl karies- som parodontitutvecklingen i dag är betydligt långsammare än förr. Det har således bl.a. visats att det är möjligt att i många fall avvakta med lagningar utan negativa effekter. Fördelarna är uppenbara. Varje ingrepp i tanden innebär en förlust av tandsubstans och ju tidigare det sker sådana ingrepp ju fler ytterligare ingrepp kan bli aktuella under tandens livstid. Bättre tandfyllnadsmaterial kan också ha hunnit utvecklas tills dess ingreppet eventuellt behöver göras.

Det är dock viktigt i detta sammanhang att erinra om att det också finns grupper av individer med en snabb såväl karies- som parodontit-utveckling. För dessa patienter gäller att identifiera de riskfaktorer som utlöser sjukdomen så att förebyggande åtgärder kan sättas in på ett så tidigt stadium som möjligt.

En strategi med sikte på att förebygga kommande tandvårdsbehov har tidigast tillämpats inom barn- och ungdomstandvården. Över hela världen har det visat sig att den mest påtagliga minskningen av karies har inträffat i länder, där alla barn har en regelbunden kontakt med tandvårdspersonal, som direkt eller indirekt påverkar deras attityder till munhälsa. I Sverige har t.ex. en drastisk minskning skett av karies på tändernas sidoytor i det permanenta bittet. Även om inriktningen av tandvården för vuxna i Sverige förändrats i samma riktning som barn- och ungdomstandvården bör en liknande strategi som för barnen nu få fullt genomslag även för vuxna.

Munhälsan påverkas av många faktorer. Den påverkas av människors livsvillkor i allmänhet, utbildning, arbetsförhållanden, ekonomi och möjligheter att i övrigt påverka den egna livssituationen. Utformningen av tandvårdens ersättningssystem är bara en av de faktorer, som antingen underlättar eller i sämsta fall motverkar den önskade utvecklingen.

Hälsoekonomiska studier har visat att ekonomiska och andra incitament påverkar alla i ett system och att systemen bör utformas med hänsyn till de incitament man vill skapa. Det finns mycket få studier av effekterna av olika ersättningssystem inom tandvården. Ingen systematisk utvärdering har t.ex. gjorts av nuvarande åtgärdstaxa. Det kan dock vara värt att nämna de erfarenheter som trots allt finns om incitamenten i olika typer av ersättningssystem.

Den fasta ersättningen per barn inom barn- och ungdomstandvården i Sverige har lett till att man utvecklat de metoder, som redovisats i det föregående, för att bedöma när olika åtgärder bör sättas in, t.ex. i fråga om karies. Resultaten hittills visar, som nämnts, att det har varit möjligt att avvakta med kontroller och behandling, utan negativa effekter, vilket förutom mindre vävnadsingrepp även ger stora ekonomiska besparingar, inte minst på sikt.

I Storbritannien har man infört ett system med årlig fast ersättning per barn i barn- och ungdomstandvården och jämfört det med ett ersättningssystem, där ersättningen baseras på varje åtgärd som utförs. Resultatet visar sig vara att klinikerna med fast ersättning per barn utför mer förebyggande vård men i övrigt en mer resurssnål vård än klinikerna

med ersättning per åtgärd. Barnen i systemet med fast ersättning kallas t.ex. mer sällan till hälsokontroller. De har färre röntgenundersökningar och initiala kariesangrepp behandlas på ett annat sätt än i det åtgärdsbaserade ersättningssystemet. Det finns ingen skillnad i tandhälsa mellan de olika slags klinikerna. Tiden är dock för kort för att visa om betoningen av de förebyggande åtgärderna vid klinikerna med fast ersättning ger en annan tandhälsoutveckling sett över en längre tid. Det är dock uppenbart att de olika ersättningsformerna ger skilda incitament hos vårdgivarna.

Många människor har i dag lagningar av varierande omfattning, kronor och broar. Alla dessa s.k. rekonstruktioner har en begränsad livslängd. Kvaliteten på behandlingarna beror bl. a. mycket på den tid som tandläkaren använt för att framställa dem. Om behandlingen påskyndas kommer kvaliteten att bli lidande. I Storbritannien har det gjorts en översyn av det nationella ersättningssystemet för vuxna och i det sammanhanget har man gått igenom de forskningsresultat som finns. Resultaten av undersökningen visar att de rekonstruktioner som utförts på patienterna varar mindre än halva den tid som borde vara möjlig. Ersättningsnivåerna är lägre i Storbritannien än i Sverige, vilket torde förstärka den beskrivna tendensen men resultaten är ändå intressanta för att tolka hur olika ersättningssystem kan påverka behandlingen.

I Storbritannien har man också gjort studier av utbetalningarna inom det nationella ersättningssystemet. De visar att om ersättningen för en viss typ av åtgärd blir sämre i förhållande till ersättningen för andra åtgärder så minskar volymen av den åtgärden och tvärtom. Det är uppenbart att ersättningssystemets utformning styr vårdgivarens beteende i detta avseende. Liknande erfarenheter finns i Sverige vid förändringar av åtgärdstaxan.

I en situation med stora otillfredsställda vårdbehov var det riktigt att ha ett ersättningssystem som ersätter vårdgivaren för varje åtgärd. Ett sådant system uppmuntrar genom sin konstruktion vårdgivaren att göra så många fyllningar och andra behandlingar som möjligt, dvs. stora vårdvolymen på så kort tid som möjligt.

I dag och framöver borde den samlade volymen åtgärder minska, även om olika rekonstruktiva åtgärder behöver göras om, eftersom tandhälsan stadigt förbättras för alla åldersgrupper. En ökad vårdvolym kan inte heller kanaliseras i någon större utsträckning genom att vårdgivarna tar hand om fler patienter. I dag går i Sverige, förutom så gott som alla barn och ungdomar, även de flesta vuxna patienter regelbundet till tandläkare. I åldersgrupperna 16 – 54 år gör t. ex. mellan 90 – 95 % av patienterna regelbundna tandvårdsbesök. I äldre åldersgrupper är besöksfrekvensen lägre. I åldersgruppen 75 – 84 år är den enbart ca 50 %. Hittillsvarande erfarenheter av bl.a. uppsökande verksamhet tyder dock på att det av flera skäl är svårt att öka vårdefterfrågan bland äldre i någon påtaglig omfattning.

För de åtgärder som måste utföras i form av lagningar etc. gäller att de bör vara kostnadseffektiva och ske med minimala ingrepp och med stor omsorg. Tandbehandlingen bör så långt möjligt vara vävnadsbeva-

rande. Det kan ibland vara fråga om vård som kan ställa stora krav på avancerad utrednings- och behandlingsmetodik som t.ex. rotbehandling av tänder med komplicerad rotanatomi, behandling av svåra former av tandlossningssjukdom, tandregleringsbehandling, implantatbehandling och omfattande protetisk behandling. Denna vård sker i dag oftast inom specialisttandvården.

Det finns inga ersättningssystem som enbart har fördelar. I ett system med ersättning per åtgärd finns risken för överbehandling. I ett system med fast ersättning per patient finns en risk för underbehandling. Underbehandling går dock oftast att konstatera medan överbehandling förstör bevisen. Eftersom merparten av tandsjukdomarna i dag snarare är kroniska än akuta, anses det att underbehandling lättare kan åtgärdas än överbehandling. En tand som har lagats i onödan kan mycket väl kräva fortsatt behandling med fem eller tio års mellanrum under resten av patientens liv.

De förhållanden som har belysts i det föregående talar starkt för att det är nödvändigt att pröva ett ersättningssystem som ger tandvårdspersonalen större möjligheter att finna nya former för att tillsammans med patienten få arbeta långsiktigt för patientens tandhälsa. Tandvårdspersonalen i Sverige har nått långt när det gäller att ge verksamheten en förebyggande inriktning. Ett fortsatt konstruktivt arbete bör stödjas av ett ersättningssystem för vuxentandvården som ger rätt incitament och förutsättningar att bedriva en orsaksinriktad tandvård.

Ett nytt ersättningssystem måste understödja möjligheten att kunna välja åtgärder som ger effekter på tandhälsan på sikt, att utföra dem vid rätt tidpunkt och att kunna utföra dem omsorgsfullt och väl. Ersättningssystemet måste skapa utrymme för investeringar i utbildning och utrustning för att få en tandvård som håller jämna steg med den vetenskapliga utvecklingen. Ersättningssystemet måste medge för personalen i tandvården att tillsammans med annan personal inom hälso- och sjukvården kunna arbeta på ett helt nytt sätt och med nya metoder för att påverka livsstil, livsmiljö och kostvanor.

Ersättningssystemet bör stimulera till en effektiv organisation där resurserna utnyttjas så väl som möjligt. Uppgifterna bör utföras på, som det heter, lägsta effektiva omhändertagandenivå. Genom att tandvårdsarbetet i ökad utsträckning kommer att inriktas mot hälsoutbildning, sjukdomsprevention och åtgärder för att vidmakthålla patientens munhälsa kommer personalgrupper som tandhygienister och tandsköterskor att få utökade arbetsuppgifter. Allt talar för att patienterna i framtiden kommer att lägga en än större vikt vid själva omhändertagandet och omsorgen i vården, vilket också understryker den viktiga rollen för dessa personalgrupper. En rationell vård i framtiden förutsätter att det finns ett tandvårdsteam med tandläkaren som arbetsledare, dvs. liksom inom andra "branscher" måste även tandvårdsorganisationen förändra sin "produktionsstruktur" med hänsyn till de nya krav som vårdverksamheten ställer. Ett nytt ersättningssystem måste tillåta och helst främja sådana förändringar.

Det finns ett starkt stöd för en förändring av ersättningssystemet i

remissopinionen även om det också finns negativa yttranden. Tjänstetandläkarföreningen har t.ex. uttalat att det finns ett stort behov av att reformera tandvårdsförsäkringen så att friheten ökar för tandläkaren att tillsammans med sin patient utveckla vårdtjänsten. Det är enligt föreningen i den individuella vårdsituationen som den betydande utvecklingspotentialen finns. I detta avseende anser Tjänstetandläkarföreningen att den hittillsvarande åtgärdstaxan utgjort ett hinder.

Inom Göteborgs kommun och Göteborgs och Bohus läns landsting samt Kristianstads läns landsting bedrivs f.n. försöksverksamheter med alternativa ersättningsformer. De baseras på att försäkringen betalar ut en fast ersättning per patient och år. Ersättningen är differentierad på tre grupper och patienten betalar lika mycket som försäkringen. Försöksverksamheterna har pågått under relativt kort tid men en enkät till patienterna i Göteborg visar att patienterna är mycket positiva. De förklarar att de har blivit mer medvetna om betydelsen av munhygien och om kostvanor och att de själva tar en mer aktiv del i de förebyggande åtgärderna. Patienterna ser det också som en stor fördel att de vet vad de behöver betala för tandvården varje år.

Mot den bakgrund vi nu har beskrivit anser vi, i likhet med utredningen, att ersättningssystemet bör ändras så att två parallella system får tillämpas, premietandvård och en åtgärdstaxa. Premietandvården innebär att en fast årlig försäkringsersättning per patient utbetalas till vårdgivaren. Det statliga försäkringsstödet inom tandvården bör ligga på samma genomsnittliga nivå oavsett om vården ges inom ramen för premietandvård eller en åtgärdstaxa.

Försäkringsstödet inom premietandvården måste schabloniseras. Det är inte möjligt för försäkringskassorna att göra en individuell prövning för varje patient och grunda försäkringsstödet på det. Det är heller inte möjligt att utan vårddrivande effekter skapa centrala kriterier för en differentiering av försäkringsstödet som skulle kunna tillämpas av den individuella vårdgivaren. Eftersom försäkringsutgifterna för patienterna i genomsnitt ökar med stigande ålder har vi liksom utredningen kommit fram till att det statliga försäkringsstödet inom premietandvården bör grundas på patientens ålder. Tanken är dock lika litet som inom hälso- och sjukvården i övrigt att det ekonomiska bidraget till vården innebär en rätt för den enskilde patienten att oavsett sina vårdbehov kräva att få tillgodoräkna sig stödet vid premiesättningen.

Förutom den fasta ersättningen bör ett särskilt högkostnadsskydd finnas. Det bör vara samma högkostnadsskydd som finns i åtgärdstaxan. Försäkringskyddet vid olycksfall bör lösas i särskild ordning.

Tandhälsan har genomgått genomgripande förändringar. Ersättningssystemet skulle behöva ändras radikalt för att anpassas till dessa förändringar. En snabb förändringsprocess stöter dock på stora svårigheter. I samband med översynen av det brittiska nationella ersättningssystemet konstaterades att ett mycket tydligt hinder mot att ändra det finns i tandläkarens behov av att känna att själva behandlingen värdesätts. Teknologiskt avancerad tandvård är en svår verksamhet som kräver stor skicklighet. Ett kraftfullt sätt att visa uppskattning för denna förmåga är

att värdera varje behandling i ekonomiska termer. Det kräver därför en stor omställning för att också kunna känna yrkesstolthet över att hålla patienten frisk och förebygga behovet av behandlingsåtgärder. Det upplevs ibland som att "få betalt för det man inte gör".

Om det finns två parallella system kan premietandvården introduceras successivt och utvärderas samtidigt och på motsvarande sätt som åtgärdstaxan. En förändring av ersättningssystemet påverkar verksamheten och tandvårdspersonalen på många plan. Vi får acceptera att genomgripande förändringar måste ske i en stegvis process och i en takt där alla som är delaktiga i tandvården kan vara med och utforma det nya systemet. Vilka fördelar ett nytt ersättningssystem än har måste alla berörda få vara med i processen och få möjlighet att vänja sig och påverka utvecklingen. Det är också en fördel att successivt kunna utvärdera en ny lösning och kunna revidera ersättningsformen med hänsyn till de erfarenheter som görs.

Flertalet av de remissinstanser som har yttrat sig i frågan instämmer i utredningens bedömning att fördelarna med en lösning med två parallella system är så stora att den rent administrativa nackdelen med två system bör kunna accepteras.

Därför förordar vi också att både patienten och vårdgivaren skall ha frihet att välja den eller de ersättningsformer som man anser fungerar bäst. Vårdgivaren skall kunna kombinera ersättningsformerna. Han eller hon kan då pröva vilka möjligheter ett premieersättningsalternativ ger. Det skall dock inte vara möjligt att en vårdgivare gör upprepade byten mellan ersättningsformerna för samma patient. Vi har erfarit att många vårdgivare över hela landet, om systemet införs, tänker erbjuda premietandvård vilket bör ge patienten möjlighet att välja det alternativet.

Det förefaller av remissvaren som om den lösning som vi angivit med möjlighet för den individuella vårdgivaren att välja ersättningssystem eller kombinera ersättningssystemen och ändå kunna tillgodoräkna sig ekonomiskt stöd från försäkringen bör vara lämplig. Sveriges Tandläkarförbund har t.ex. anfört att full frihet måste finnas för tandläkaren att i samförstånd med patienten avgöra vilken modell som är lämpligast i det enskilda fallet med hänsyn till patientens vårdbehov.

Både inom folktandvården och i den privata vården planeras för premietandvård på olika håll. Det börjar redan växa fram olika organisatoriska lösningar, t.ex. nätverk och samarbete mellan privata vårdgivare, för att kunna erbjuda premietandvård.

Vissa remissinstanser har framfört synpunkten att premietandvården bör begränsas till vissa åldersgrupper. Socialstyrelsen har t.ex. anfört att det är mycket viktigt att fast ersättning enligt premietandvårdens modell prövas men har samtidigt konstaterat att detta inledningsvis bör ske enbart för 20-åringar. Vi anser dock i likhet med utredningen att premietandvårdens modell bör prövas i sin helhet och utan inskränkningar. Det kan annars uppstå effekter som försvårar en bedömning av modellen. Inte heller bör någon undantas från möjligheten till premietandvård enbart på grund av sin ålder. Vi anser att det är särskilt viktigt att pröva vilka vinster som patientgrupper med stora vårdbehov kan

uppnå med en förebyggande, resurssnål och effektiv behandling inom ramen för en premietandvård.

Det har ibland sagts att premietandvård missgynnar svaga grupper. Vi kan då konstatera att nuvarande ersättningssystem innebär att patienter med stora tandvårdsbehov får betala höga patientavgifter. Som exempel kan nämnas att patientavgiften för två kronor som ersätter två raserade tänder uppgår till ca 5 000 kr. Om man kan identifiera riskerna och förebygga att behandlingsbehov uppstår gynnas svaga grupper och riskgrupper. Det bör vara möjligt att använda helt nya metoder för att förebygga skador hos grupper som i dag har dålig tandhälsa. En vårdgivare som är verksam i ett invandrartätt område kan t.ex. arbeta genom invandrarorganisationer för att hitta rätt sätt att nå fram till och påverka patienternas attityder och livsstil. Premietandvärden ger en sådan möjlighet. Erfarenheterna från liknande brittiska ersättningssystem säger att ett system baserat på fast ersättning skapar incitament att leta efter orsakerna till att behandlingsbehoven uppstår och sedan försöka begränsa dem på ett effektivt sätt.

Vi förordar därför vidare att ett kraftigt förhöjt försäkringsstöd lämnas för patienter med särskilda tandvårdsbehov. Detta behandlas i avsnitt 4.4.

Vi anser att premieklasserna skall fastställas av vårdgivaren. Det kan komma att behövas ett visst minsta antal klasser för att skapa tillräckliga incitament för patienten att genom egenvård förflyttas till en premieklass med lägre premie. Erfarenheterna från försöksverksamheten i Göteborg antyder att tre klasser är för få för att skapa sådana incitament. I Storbritannien med ett liknande privat ersättningssystem finns fem klasser (barn och vuxna) och man diskuterar om man skall utöka antalet något. I de exempel på premienivå som utredningen lämnat ligger genomsnittet för premierna i storleksordningen 600-800 kr. Beroende på patientens vårdbehov kan premienivån variera från ca 300 kr per år och uppåt.

Grunden för vårdgivarens rätt att fastställa premieklasserna bör vara att vårdkvalitet och kostnadseffektivitet skall uppnås genom att ett stort ansvar läggs på den personal som utför vården. För att detta ansvar skall kunna komma till uttryck måste personalen ha rimliga möjligheter att påverka utgifter och intäkter. Framgången för det brittiska privata ersättningssystemet Denplan har grundats på att den enskilda mottagningen har fått ett stort handlingsutrymme både när det gäller ekonomin och den kliniska friheten. Tandläkaren bestämmer t.ex. premiebeloppet i resp. premieklass. Denplan fastställer det grundläggande konceptet, vilka premieklasser som skall tillämpas och hur riskbedömningen skall göras samt ger viss administrativ service. Denplan motiverar sitt förhållningssätt med de erfarenheter som finns av ersättningssystem baserade på fast ersättning i USA, där besluten fattas på en nivå långt ovanför kliniken. Dessa system har misskrediterat principen eftersom tandläkaren har liten kontroll över sin ersättning och kliniska verksamhet.

Styrkan i enskild verksamhet är den frihet som finns att påverka verksamheten i olika avseenden. En utveckling mot decentralisering av

ansvar och befogenheter pågår även inom den offentliga verksamheten. Vi bedömer att en viktig förutsättning för att få en verksamhet med god kvalitet och effektivitet är att den enskilda kliniken får ett ansvar för sitt resultat, vilket förutsätter att kliniken får ett rimligt mått av handlingsfrihet och i tillräckligt stor utsträckning kan påverka sina intäkter och utgifter.

Tillgången på tandläkare och annan tandvårdspersonal är god. Med en rationell tandvårdsorganisation och en optimal sammansättning av tandvårdsteamet borde behovet av tandläkare kunna begränsas till 6 000 – 7 000 tandläkare. I dag finns enligt uppgift ca 9 000 yrkesverksamma tandläkare. Detta torde medföra att det kommer att bli ett mycket aktivt intresse för att ta hand om patienterna och en konkurrens om dem. Försäkringskassförbundet har t.ex. uttalat att förbundet anser att etableringsfriheten genom ökad konkurrens kan komma patienterna till godo i form av lägre premier inom premietandvården, en högre servicebenägenhet hos tandläkarna samt en kvalitativt bättre tandvård.

Samtidigt är det viktigt att bevaka att patienterna får vård på lika villkor. Vår uppfattning är att patienterna i dag oftast är mycket medvetna konsumenter och har goda möjligheter att göra jämförelser mellan vårdgivarna så länge det är fråga om årliga premier. Vi har därför valt att ge patienterna och vårdgivarna den möjligheten och i stället följa utvecklingen noga. Det gäller särskilt att uppmärksamma premiesättningen för de svaga grupperna. Detta blir en viktig uppgift för den samordningsdelegation som vi avser att inrätta (avsnitt 6). Vi anser även att samordningsdelegationen bör initiera ett utvecklingsarbete för att utarbeta kvalitativa metoder för riskgruppering och svara för att ett erfarenhetsutbyte sker.

Enligt regeringen bör vårdgivarna i viss utsträckning ha rätt att själva fastställa patientavgifterna i åtgärdstaxan. Utredningen har anfört att en omfattande omprioritering av försäkringsstödet bör ske i denna taxa. Det skulle enligt utredningen bli svårt att studera effekterna av denna omprioritering om patientavgifterna samtidigt släpptes helt fria. Det skulle också skapa en betydande osäkerhet när det gäller möjligheten att slopa begränsningen av anslutningsrätten till försäkringen.

Specialisttandvårdens anknnytning till det nya ersättningsystemet behandlas i avsnitt 4.5.

Genom vad vi förordar om ett förhöjt försäkringsstöd för de särskilda patientgrupperna, ett särskilt högkostnadsskydd för alla patienter och en särskild lösning när det gäller olycksfallstandvården anser vi att det bör finnas goda möjligheter även för vårdgivare med begränsad omslutning på verksamheten att kunna erbjuda premietandvård till sina patienter.

I avsnitt 4.6.3 behandlas frågan om hur konkurrensförutsättningarna skall bli likvärdiga för olika sektorer inom tandvården. En viktig fråga i detta sammanhang är en tydligare redovisning av landstingens kostnader och intäkter för folktandvården. Vidare behandlas frågan om konkurrensneutrala mervärdesskatte regler samt avvecklingen av vissa särskilda rutiner för folktandvården. Även genom att knyta ett förhöjt ekonomiskt stöd för patientgrupper med särskilda tandvårdsbehov till

försäkringen och inte välja en lösning där landstingen får ett ansvar för dessa patienter på samma sätt som för barn och ungdomar torde bättre förutsättningar skapas för konkurrens mellan de olika vårdsektorerna.

Regeringen har redan tidigare uttalat att den nuvarande begränsningen av anslutningen till försäkringen bör avvecklas. Vi anser att detta bör ske i samband med att ett nytt ersättningssystem införs. Inslaget av ett system baserat på fast ersättning underlättar en sådan förändring. I detta sammanhang föreslås också möjlighet till anslutning till försäkringen för legitimerade tandhygienister och för tandvårdsföretag.

Det nya ersättningssystemet bör träda i kraft tidigast den 1 juli 1994. En ny åtgärdstaxa kan börja tillämpas omedelbart. Premictandvård kan införas successivt av vårdgivarna i en takt som medger ett omsorgsfullt förberedelsearbete.

Det nya ersättningssystemet och vissa andra förändringar som redovisas i kommande avsnitt kommer att medföra behov av bl.a. vissa ändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) och i tandvårdslagen (1985:125) (TVL). Innebörden av dessa ändringar kommenteras i de följande redogörelserna.

Den stora förändringen gäller emellertid tandvårdstaxan, som avses inrymma bestämmelser för såväl premictandvård som åtgärdstaxa. Regeringen avser att i en särskild proposition till riksdagen under våren 1994 lägga fram de lagförslag som krävs för den nya ordningen samt lämna en närmare redogörelse för utformningen av den nya tandvårdstaxan.

4.2.1 Premietandvård i stort

Regeringens förslag: Premietandvård skall innebära ett ömsesidigt, långsiktigt åtagande för tandläkaren och patienten att planmässigt förbättra och underhålla patientens tandhälsa.

Den tandläkare, som tillhandahåller vård enligt premiesystemet, och dennes patient sluter ett avtal om vård enligt fastställda allmänna villkor för tandvårdsförsäkringen. Försäkringskassan betalar fast ersättning på sätt som fastställs av regeringen. Patienten åtar sig att följa tandläkarens anvisningar för egenvård och återbesök och att genomgå de behandlingar som tandläkaren finner behövliga. Patienten åtar sig också att betala en årlig premie enligt tandläkarens prislista. Vården och behandlingen skall i enlighet med 3 § andra stycket TVL så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Det ömsesidiga åtagandet bekräftas i ett avtal som skall löpa tills vidare med uppsägningsrätt. I avtalet kan tandläkaren och patienten också genom tillägg komma överens om annan tandvård än den som omfattas av försäkringen.

Vårdavtalet skall bl.a. ge patienten rätt att för sin premie få tandvård enligt den för försäkringen gällande normala standarden, inkl. specialisttandvård och viss akuttandvård och med särskilt högkostnadsskydd. Regelbunden undersökning och kontroll skall också ingå. Tandvård till följd av olycksfall skall omfattas av försäkringen men inte täckas av premien. Rätt för patienten att få bl.a. sådan vård mot tilläggsavgift skall också kunna ingå i avtalet. Tandläkaren skall vara skyldig att utföra den vård, inkl. omgörning, som behövs och som patienten har rätt till enligt vårdavtalet. Om tandläkaren inte själv utför viss behandling som vårdavtalet omfattar, skall han kunna anlita annan att mot ersättning utföra behandlingen i hans ställe. För ersättning vid specialisttandvård skall dock gälla särskilda regler.

Försäkringskassan skall ersätta tandläkare som erbjuder premietandvård dels genom en för olika åldersgrupper eller patientgrupper fastställd årlig ersättning per patient, dels genom ersättning enligt åtgärdstaxan bl.a. för åtgärder inom det särskilda högkostnadsskyddet eller vid tandvård till följd av olycksfall.

Den allmänna försäkringen skall stå som yttersta garant gentemot patienten, i den mån dennes rätt till vård eller till ekonomisk gottgörelse inte kan tillgodoses av vårdgivaren, till följd av konkurs, dödsfall eller liknande.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. En modifiering har gjorts så att även tandläkaren får möjlighet att välja om han eller hon vill erbjuda både åtgärdstaxa och premietandvård.

Remissinstanserna: Förslaget om en utformning av ersättningssystem för tandvård med två parallella system baseras på införande av premietandvård som den bärande nyheten. Alla remissinstanser som varit positiva till den principiella uppläggningsen med två parallella system – och de utgör flertalet – har då också tagit positiv ställning för premietandvården. Man anser bl.a. att premietandvården hälsoekonomiskt sett är ett bra system för svensk tandvård och att försäkringens kostnader lättare kan kontrolleras. Synpunkterna har i övrigt refererats i avsnitt 4.1. Flertalet remissinstanser stöder således tanken på premietandvård, om än med varierande uppfattningar om dess närmare utformning.

Synpunkterna på premietandvårdens utformning, förutom sådana som hänger samman med principfrågan om att försäkringen bör omfatta även premietandvård, gäller bl.a. frågan om en begränsning till vissa åldersgrupper, samt enskilda synpunkter på bl.a. riskbedömning och premiebelopp, försäkringsersättning och åldersgrupper, avtalskonstruktion, vårdatagandets innehåll och standard, försäkringskassornas roll och tandläkarens risktagning. Dessa frågor behandlas i den följande redogörelsen för premietandvårdens närmare utformning och innehåll.

Skälen för regeringens förslag: Den tandvård som avses bedrivs inom premietandvården skall givetvis uppfylla de krav på kvalitet och inriktning i övrigt som ställs i 3 § TVL. Häri ingår också att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten. Det är emellertid väsentligt att premietandvårdens långsiktiga karaktär kommer till tydligt uttryck i den närmare utformningen av systemet. Detta påverkar bl.a. patientens möjlighet till anslutning till premietandvården och frågan om hur avtalsperioden bör bestämmas.

Utredningen har betonat vikten av att patienten kan välja mellan de två ersättningsalternativen. Detta bör gälla även med den lösning som vi nu förordar, där premietandvården inte är en obligatorisk del inom försäkringen. De tandläkare som valt att ha premietandvård på sitt program får gentemot patientkollektivet anses ha åtagit sig att tillhandahålla denna ersättningsform. Någon begränsning av premietandvården till att omfatta endast vissa åldersgrupper bör som anförts i avsnitt 4.1 inte ske. Tandläkaren har en ansvarsfull roll som rådgivare åt patienten. I samband med anslutning till premietandvården gäller detta särskilt om patienten är osäker i sitt val av ersättningsform, men också t.ex. i sådana fall där lämpligheten av en önskad anslutning till premietandvården framstår som tveksam. Om patienten har ett sådant tandvårdsbehov som enligt utredningens förslag behöver behandlas innan en anslutning lämpligen kan ske, bör åtgärdstaxan och dess villkor tillämpas för den behandlingen. Om patienten inledningsvis bedöms sakna förmåga att i tillräcklig grad sköta sin tandhälsa eller samarbeta i vårdsituationen, kan det vara motiverat att en provotid tillämpas innan avtal om premietandvård ingås. Om sådana åtgärder inte ger resultat eller i undantagsfall redan i förväg bedöms otillräckliga, torde det inte vara lämpligt att avtal om premietandvård ingås. Patientens sociala och ekonomiska situation eller tillhörighet till viss åldersgrupp eller annan typ av kategori får inte

vara ett godtagbart skäl för tandläkaren att neka anslutning. En uppföljning av hur principerna tillämpas kommer att vara en viktig uppgift för den av regeringen planerade samordningsdelegationen. I anslutning härtill vill vi framhålla att försäkringsbestämmelserna bör utformas så att upprepede byten mellan premietandvård och åtgärdstaxa inte medges.

I likhet med utredningen anser vi att tandläkaren bör avgöra premiebeloppens storlek. Detta är ett viktigt inslag i premietandvårdens idé. Det är emellertid också viktigt att prissättningen dels sker i ordnade och överblickbara former, dels hålls på sådan nivå att den motsvarar rimliga kalkyler med hänsyn till vårdbehov och vårdgivarens rörelsekostnader.

Utredningen har föreslagit att tandläkarnas prislistor skall finnas tillgängliga hos försäkringskassan samt att dessa får ändras högst en gång per år. Vi anser att det måste vara ett krav från både patienternas och det allmännas synpunkt att sådan information finns tillgänglig. Från försäkringens sida bör man också kunna ställa vissa krav på utformningen av informationsmaterialet. Tandläkaren bör, i enlighet med utredningsförslaget, avgöra grunderna för riskbedömning och för den därav följande indelningen i premieklasser. Därmed blir jämförbarheten i fråga om olika tandläkares erbjudanden i viss mån begränsad. Det torde till stor del bli via erfarenheter på marknaden, som kännedomen om olika erbjudanden successivt sprids. Det har dock inte ansetts nödvändigt att nu begränsa antalet premieklasser som en tandläkare kan ha, men vi anser att alltför många premieklasser bör undvikas.

Premiebeloppens storlek har belysts i utredningsförslaget. Utredningen betonar att det som tagits fram är genomsnittskalkyler på riksnivå utan hänsyn till patientens ålder eller riskgrupp. I de exempel som lämnas ligger genomsnittet för premierna i storleksordningen ca 600-800 kr. Syftet med exemplen har varit att visa vilken premienivå som skulle behövas för att ge den exemplifierade praktiken samma totalintäkt som i dag vid oförändrat patientantal. Utredningen hänvisar också till erfarenheter från bl.a. försöksverksamheten med alternativt ersättningssystem i Göteborgs kommun och i Göteborgs och Bohus län. Dessa pekar på att årspremiernas storlek skulle komma att variera mellan 300 och 1 000 kr.

Vi utgår från att premiebeloppen kommer att vara av ungefär den storleksordning som utredningen redovisat. Som utredningen påpekat måste emellertid den enskilda mottagningens egna förhållanden avgöra premieprissättningen. Det är naturligtvis också viktigt att tandläkarens premiebelopp är direkt knutet till det vårdåtagande som skall täckas av premien. Ersättningar för tjänster därutöver måste särskiljas från detta. Det är dessutom viktigt att premierna sätts så att de, med det patientunderlag tandläkaren räknar med, rättvist fördelar patienternas kostnader efter de odontologiska riskerna och behoven. Premierna måste följa prislistan för de valda premieklasserna och ett nytt premiebelopp får således inte tillskapas i det individuella fallet. Som utredningen föreslagit bör patienter som har väsentligt ökade tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller handikapp inte betala mer än normal premie.

Tandläkaren kompenseras i dessa fall genom den förhöjda ersättningen från försäkringen.

Vi förutsätter att vårdgivarna kommer att hantera prissättningen på ett lämpligt sätt. Det har därför inte befunnits nödvändigt att nu föreslå ett tak för högsta tillåtna premie. Den samordningsdelegation som planeras får mot bakgrund av det nu anförda en viktig uppgift att noga följa utvecklingen och vid behov komma med förslag.

Det bör också vara möjligt för delegationen, att bland de stimulansåtgärder som kan föranleda särskilt bidrag i genomförandeskedet också inbegripa stöd till ett utvecklingsarbete med kalkylering av risker och premier utifrån vunna erfarenheter. Finansinspektionen har i sitt remissyttrande betonat vikten av att data insamlas och bearbetas som underlag för bl.a. premiekalkylering.

Den förordade premietandvården innebär att såväl grunderna för premiesättningen som fastställande av belopp lämnas till vårdgivarna själva. Som nyss har framhållits utgår vi från att detta kan ske utan regler som maximerar antalet premieklasser eller premiebelopp. I sammanhanget måste också beaktas att det i viss utsträckning gäller särskilda regler för landsting och kommuner som i princip måste behandla alla landstings- resp. kommuninnevånare enligt samma villkor. Detta gäller även i fråga om grunderna för de avgifter som tas ut. Dessa frågor får övervägas i det fortsatta beredningsarbetet.

Som utredningen framhåller bör det eftersträvas att premiebeloppen i en stor organisation så långt möjligt anpassas till varje vårdgivande enhets förhållanden, så att enheten får ett samlat ansvar för både vård och ekonomiskt resultat. Ett system där intäkterna av försäkringserättning och premier samlas centralt för att fördelas till de vårdgivande enheterna på basis av en intern åtgärdstaxa svarar därför inte mot premietandvårdens idé. Det är således önskvärt att premiebeloppen beroende på omständigheterna antingen kan vara anpassningsbara efter de olika enheternas förhållanden eller att de enheter som ingår i en större organisation erhåller sådana ekonomiska förutsättningar att patientpremierna för samma patientkategori kan hållas för samma nivå.

De individuella vårdavtalen bör generellt utformas så att premien täcker även specialisttandvård. När premietandläkaren remitterar en patient till specialisttandvården bör han svara för patientavgiften (se vidare avsnitt 4.5). Specialisttandläkaren erhåller ersättning från försäkringen enligt gällande taxa.

Akuttandvård bör också ingå i premietandvården, såvida det inte gäller olycksfall (se 4.2.2). Akuttandvårdens kostnader bör täckas av den fasta ersättningen och premien. Om akuttandvården inte utförs av premietandläkaren, eller på annat sätt i förväg medgivits av denne, bör rätten till akuttandvård begränsas till en av försäkringen fastställd och prissatt behandlingsinsats av rimlig omfattning, för vilken kostnaden kan debiteras premietandläkaren. Ytterligare vård bör inte få ske utan dennes medgivande.

Ett avtal om premietandvård skall löpa tills vidare. Enligt utredningen bör en minimiregel finnas om rätt till undersökning minst en gång per

24 månader. Några remissinstanser har ansett att minimiregeln bör gälla ett besök per tolv månader mot bakgrund av att den avtalsenliga premien betalas en gång per år eller att 24 månader skulle vara ett alltför långt intervall. Tanken bakom premietandvården är att det skall vara ett långsiktigt åtagande. Vi vet att sjukdomsutvecklingen när det gäller karies och även paradontit (tandlossning) i dag är långsammare än tidigare. Det finns således starka skäl för väl avvägda, individuellt bedömda intervall mellan hälsokontrollerna. Dessa kan variera från mycket täta kontroller, t.ex. fyra gånger om året, till längre intervall beroende på patientens odontologiska status, ev. sjukdomsprogression och andra faktorer som kan påverka patientens möjligheter till egenvård. De bör dock inte överstiga 24 månader. Till detta kommer att patienten kan behöva besöka tandläkaren om akuta besvär uppstår. Om en patient skulle vilja komma på undersökning oftare än vad tandläkaren funnit motiverat bör det vara möjligt att överenskomma om tätare besök och att då tillämpa en besöksavgift.

I vårdavtalet bör även ingå en rätt för patienten att, utanför premien, ha samma möjlighet som en patient i åtgärdstaxan att få vård med sådan högre standard som i vissa fall kan ges inom försäkringen mot en högre egenavgift enligt merkostnadsprincipen. Vidare bör inom ramen för vårdavtalet patienten ha rätt att, mot patientavgift och övriga villkor enligt åtgärdstaxan, kunna få dels utbyte av amalgamfyllningar i de fall som för närvarande ersätts enligt 6 eller 7 § tandvårdstaxan – om villkor enligt avsnitt 4.4.1 inte är uppfyllda, dels tandvård till följd av olycksfall. I dessa två fall bör det vara rimligt att tandläkaren har rätt att erbjuda andra villkor, om de inte är till nackdel för patienten.

Utredningen har föreslagit att alla inom försäkringen tillämpade ersättningar från försäkringskassan, liksom premier och andra patientavgifter, bör täcka kostnaderna för tandtekniskt arbete och material, eventuellt att kostnaden för ädelmetall debiteras separat. De flesta remissinstanser som berört frågan tillstyrker förslaget. Tjänstetandläkarföreningen anser dock att patienten skall betala dessa kostnader, i syfte att den tandtekniska verksamheten skall sättas under konkurrens. I premietandvården är det enligt föreningens mening särskilt angeläget att tandläkarens fasta åtagande inte omfattar annat än sådant som tandläkaren själv förfogar över. Praktikertjänst AB anser inte att tandtekniskt arbete och material bör ingå i premietandvården. Bolaget hänvisar till vad som tillämpas i försöksverksamheten i Göteborg och i det engelska Denplan. Vi ansluter oss till utredningens förslag. Tandläkaren bör i sitt åtagande ta det fulla ansvaret för hela behandlingen av patienten, inkl. kostnaderna. Tandläkarens fasta åtagande gäller den av försäkringen tillämpade standarden. Tandläkaren bör i sin upphandlande roll (se avsnitt 4.6.2) komma att utöva den prispress som efterlysts. Vidare bör ersättningssystemet enligt vår mening utformas så att det är neutralt i förhållande till behandlingstekniken och vem som utför behandlingen. I premietandvården skulle i annat fall tandläkaren själv få stå för kostnaden för det egna tandtekniska arbetet medan han kompenseras för kostnaden om laboratoriet svarar för arbetet. Även hänsyn till den odontologiska utvecklingen

talar för detta förslag.

Förebyggande vårdinsatser inom premietandvården bör täckas av premien oavsett om de utförs av tandhygienist eller av tandläkare. Konsumentverket har framhållit att det inte bör få bli dubbla kostnader för den patient som vill anlita fristående tandhygienist och endast vill få övrig vård hos tandläkaren. Sveriges Tandhygienistförening anser att premietandvården bör kunna delas upp i två block, ett förebyggande och ett rekonstruktivt, varvid en tandhygienist skulle kunna ha premieavtal för den förebyggande delen. Utredningens förslag grundas på en helhetssyn på tandhälsan, där förebyggande vård är ett viktigt inslag i syfte att minska behovet av rekonstruktiva åtgärder. Premietandvården bör enligt regeringens mening inte kunna delas upp. Såväl försäkringsersättning som premie bör täcka all vård som kan behövas. Givetvis bör inte någon dubbelbetalning uppkomma för patienten genom systemets utformning. Tandläkaren bör innan avtal ingås upplysa patienten om hur den förebyggande vården avses bli ordnad. Patienten har frihet att välja vårdgivare. Premietandvårdsavtal kan enligt vad vi förordar om anslutning till försäkringen (avsnitt 4.6.1) även tecknas med tandhygienist som samarbetar med tandläkare.

Utanför vårdavtalet bör, på samma sätt som i åtgärdstaxan, sådan tandvård ligga som inte omfattas av försäkringen. Som utredningen föreslagit bör detta bl.a. gälla sådan tandreglering som inte är nödvändig för annan av försäkringen medgiven behandling eller som innebär enbart kosmetiskt betingad tandvård i övrigt. Behandlingar utanför den allmänna försäkringen kan emellertid omfattas av tilläggsavtal till premietandvårdsavtalet mellan tandläkaren och patienten.

Vi anser liksom utredningen att den fasta ersättningen från försäkringen till vårdgivare i premietandvården bör differentieras efter patienternas ålder eftersom en centralt fastställd odontologisk riskgruppering inte bedöms vara möjlig att utforma och tillämpa. Utredningen har föreslagit en indelning i tre åldersgrupper, 20-39 år, 40-59 år samt 60 år och äldre. Med vissa reservationer anger utredningen det beräknade årliga ersättningsbeloppet i dessa grupper till 200, 750 resp. 1 000 kronor. Beträffande förhöjd försäkringsersättning för vissa patientgrupper hänvisas till avsnitt 4.4.

Ett fåtal remissinstanser har tagit upp frågan om åldersgrupperna och den fasta ersättningen. Landstinget i Jönköpings län anser att det behövs flera åldersklasser. Landstinget i Södermanland menar att riskgrupper vore att föredra. Landstingsförbundet m.fl. anser att försäkringsersättningen för gruppen 20-29 år bör vara så pass hög att den stimulerar till fortsatt tandvård. Landstinget i Värmlands län menar att den föreslagna ersättningen för gruppen 20-40 år är för låg.

Vi anser att de föreslagna åldersgrupperna och de preliminära beloppen tills vidare bör kunna ligga till grund för det fortsatta förberedelsearbetet. Det bör observeras att utredningens belopp innefattar alla försäkringskostnader, dvs. även specialisttandvård. Både åldersgruppsindelning och belopp förutsätts ingå i bestämmelserna i en ny tandvårdstaxa. De bör också följas upp och efter hand kunna korrigeras.

Tjänstetandläkarföreningen har i sitt remissyttrande föreslagit att anslutning av en ny patient till premietandvården bör ge en initialt något högre försäkringsersättning med hänsyn till det merarbete som anses uppkomma för tandläkaren. Denna fråga bör enligt vår mening prövas tillsammans med de övriga frågor om stimulansåtgärder i inledningsfasen, som avses bli behandlade av den planerade samordningsdelegationen.

Administrationen av premietandvården vad gäller t.ex. anmälningar till försäkringskassan, utbetalningar av ersättning, registrering och kontroll behandlas i avsnitt 5.2.

Tandläkaren har i premietandvården ett uttalat långsiktigt ansvar för patientens tandhälsa och för utförda behandlingar. Detta ansvar bör också kunna återopas t.ex. om patienten byter tandläkare eller avtalet av annan anledning sägs upp. Vidare anser vi att den garanti i fråga om viss protetisk behandling som finns i åtgärdstaxan och som nu omfattar högst ett eller två år bör gälla även för behandling utförd inom premietandvården. Tandläkaren bör i premietandvården vara skyldig att även i övrigt göra om eller komplettera vård, som utförts eller borde ha utförts av honom eller hålla patienten ekonomiskt skadeslös om t.ex. patienten bytt tandläkare och den nye tandläkaren utför omgörningen eller kompletteringen. Denna skyldighet bör gälla högst ett år efter det att avtalet sagts upp. Om patienten förorsakat att behandling inte kommit till stånd får han dock själv stå för detta. Däremot måste vårdavtalet givetvis rymma rimliga möjligheter för patienten att påverka vården och behandlingen och att ta ställning till detta i samråd med tandläkaren (jfr TVL).

Det har framförts kritik mot att tandläkarna i ett system med premietandvård skulle kunna bli invecklade i ett alltför besvärligt förhandlande och avtalsslutande med patienterna, med risk för tvistigheter som följd. RFV har i anslutning härtill pekat på oklarheter i försäkringskassornas roll, om vissa frågor skulle komma att avgöras i civilrättslig ordning.

Frågan om avtalet vid premietandvård mellan tandläkaren och patienten synes ha fått alltför stora proportioner i den diskussion som följt på utredningens förslag. Det måste vara möjligt för en tandläkare att avsluta sina redan befintliga patienter efter mycket enkla bedömningar. Vidare innebär avtalet enligt vår mening främst att tandläkaren som motprestation till premien och ersättningen från försäkringen gör ett vårdåtagande, som i sin helhet bör vara definierat i villkoren för att erhålla ersättning från den allmänna försäkringen. Vad premien skall berättiga patienten till bör vara helt fastslaget. Det som tandläkaren avses förfoga över är riskbedömning, premieklasser och premiebelopp. Även i dessa hänseenden bör det emellertid finnas vissa villkor, inte minst till följd av att en fri premiesättning, bl.a. med hänsyn till patientens intresse, måste införas med försiktighet. Här bör också erinras om TVL:s krav på medinflytande för patienten.

Vad tandläkare och patient mer fritt bör kunna avtala om är tjänster utöver dem som de allmänna villkoren föreskriver. Det kan gälla dels vård som inte ingår i grundåtagandet, dels särskilda omvårdnadsinsatser och annan extra service.

Vi instämmer med Kammarrätten i Göteborg, som i sitt yttrande framhåller att förekomsten av både civilrättsliga och offentligrättsliga inslag i premietandvården inte är någon bärande invändning mot förslaget men att dessa frågor nogga bör penetreras.

4.2.2 Särskilt högkostnadsskydd samt ersättning för vård vid olycksfall

Regeringens förslag: Ett särskilt högkostnadsskydd skall införas. Det skall vara gemensamt för premietandvård och åtgärdstaxa och grundas på diagnos och behandlingsbehov samt tas i anspråk endast efter förhandsprövning. Det särskilda högkostnadsskyddet skall omfatta vissa större implantat samt vissa särskilt omfattande behandlingsbehov i övrigt. Även specialisttandvården kan omfattas av det särskilda högkostnadsskyddet.

Försäkringsersättningen för det särskilda högkostnadsskyddet skall vara 85 % av det sammanlagda arvudet för behandlingen. Vid premietandvård skall premien täcka även patientavgiften.

Ersättning för tandvård föranledd av olycksfall skall lämnas av försäkringen till vårdgivaren enligt åtgärdstaxan och patientavgift tas ut också för patient som har premietandvård. Tandvård till följd av olycksfall skall inte omfattas av det särskilda högkostnadsskyddet.

Utredningens förslag: Överensstämmer i stort sett med regeringens förslag, dock med en annorlunda utformning i fråga om olycksfall och förhöjd försäkringsersättning för det särskilda högkostnadsskyddet.

Remissinstanserna: Övervägande delen av dem som uttalar sig om särskilt högkostnadsskydd är positiva till förslaget. Dessa är Konkurrensverket, flertalet landsting, Landstingsförbundet, Försäkringskassförbundet och Svenska Tandsköterskeförbundet.

Negativa till förslaget är bl.a. RFV och Sveriges Privattandläkarförening. Verket anser att ett högkostnadsskydd bör vara kopplat till patientens kostnad för erhållen vård och inte avhängigt en viss diagnos. Privattandläkarföreningen anser att utredningens slutliga förslag om högkostnadsskydd innebär en inskränkning i förhållande till det tidigare principförslaget.

De remissinstanser som uttalat sig i frågan anser att behandling till följd av olycksfallsskador skall ligga utanför premietandvården.

Skälen för regeringens förslag: Ett allmänt högkostnadsskydd finns inbyggt i premietandvården genom dess konstruktion och i åtgärdstaxan genom de nya subventionsnivåerna. Därutöver behövs ett ytterligare skydd för både patient och vårdgivare i båda dessa system. För att samma vårdstandard och försäkringstäckning skall gälla i systemen bör behovet av ett särskilt högkostnadsskydd tillgodoses genom en gemensam utformning av detta skydd. Konstruktionen härav bör utgå från dels behandlingar som i premietandvården inte rimligen kan täckas av den

fasta ersättningen, dels subventionsnivån i den aviserade nya åtgärdstaxan.

Vidare är det viktigt att det särskilda högkostnadsskyddet, som utredningen föreslagit, grundas på diagnos och behandlingsbehov i stället för att som nu utlösas av det ackumulerade arvodesbeloppet, oavsett vilken slags behandling som utförts. En helhetssyn på patientens tandhälsosituation bör vara en utgångspunkt vid bedömningarna. Mot den bakgrunden ansluter vi oss till utredningens bedömning av det särskilda högkostnadsskyddets omfattning.

Vi delar utredningens uppfattning att det är angeläget att det blir billigare för patienten än i dag att få ett implantat vid helt tandlös käke liksom i några nyligen accepterade jämförbara fall. Vi anser att ett implantat i dessa fall numera får anses höra till den standard som försäkringen normalt sett bör kunna acceptera.

Det andra inslaget i utredningsförslaget i denna del är vad som kallas särskilt omfattande behandlingsbehov. Här inräknas bl.a. svårt skadade bitt till följd av karies eller tandlossning. Förutom vissa andra exemplifierade typfall bör det också finnas ett utrymme för oförutsedda svåra fall. Över huvud taget bör det, som utredningen understryker, vara angeläget att kunna låta en praxis växa fram efter hand hellre än att i förväg helt låsa behandlingsmöjligheterna genom alltför snäva definitioner. Utredningen exemplifierar också en rad åtgärder för mer ingående prövning och uppföljning av de fall som här avses liksom för information och vidareförande av erfarenheter.

Vår bedömning är att det hittillsvarande högkostnadsskyddet bör ersättas av ett för systemen gemensamt särskilt högkostnadsskydd med mycket hög ersättningsnivå för omfattande tandvårdsbehov. Utredningen har föreslagit en försäkringsersättning på 80 %. Införandet av en självrisk i delar av åtgärdstaxan skapar emellertid förutsättningar för en höjning av denna ersättning till 85 %. Patientavgiften i åtgärdstaxan blir således i detta fall 15 %. I premietandvården skall avgiften täckas av premien. Även patienter med omfattande tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder skall kunna omfattas av det särskilda högkostnadsskyddet (se avsnitt 4.4).

Den totala försäkringskostnaden beräknas av utredningen bli något mindre än med nuvarande högkostnadsskydd. Det beror enligt utredningen på att den nuvarande konstruktionens karaktär av mängdrabat, utan avseende på åtgärdernas angelägenhetsgrad, inte finns kvar i det nya systemet.

Vi vill också framhålla, att det särskilda högkostnadsskyddet vad gäller premietandvård kommer att fungera som en av samhället tillhandahållen återförsäkring för tandläkarna genom att tandläkaren där får rätt till ersättning utöver det fasta årliga beloppet. Höjningen av försäkringsersättningen till 85 % bidrar ytterligare härtill.

Utredningen hade i anslutning till sin beskrivning av premietandvården i den första rapporten föreslagit att ersättning för tandvård vid olycksfall endast borde ingå i försäkringen i den mån olycksfallen inte täcktes av annan försäkring. Detta skulle således innebära en omvänd försäkrings-

samordning i förhållande till den vanligen förekommande, där privata försäkringar endast täcker det som en allmän försäkring inte omfattar. Olycksfallstandvård ersätts för närvarande i vanlig ordning enligt tandvårdstaxan. Patienterna har dock ofta själva eller genom t.ex. idrottsföreningar tillgång till privata försäkringar, som ersätter dem för de kostnader som den allmänna försäkringen inte täcker, dvs. patientavgiften. Förslaget utgick från vad som tillämpas i försöksverksamheten i Göteborgs kommun och Göteborgs och Bohus läns landsting.

Några remissinstanser har ansett att olycksfallstandvård inte bör omfattas av den allmänna försäkringen. Frågan har därefter behandlats i det fortsatta arbetet med utveckling och fördjupning av utredningens förslag.

Med tandvårdsskada i detta sammanhang avser vi en skada till följd av olycksfall som uppkommit genom yttre påverkan, t.ex. vid idrott, i trafik och vid misshandel. Tandvård till följd av arbetsskada ersätts i annan ordning och omfattas inte av den ersättning som här avses. Hit räknas inte heller viss tandvård av akut karaktär i den mån den ersätts inom sjukvården i samband med övrig vård till följd av ett olycksfall.

Den tandläkare som erbjuder premietandvård skulle enligt det av utredningen förordade nya systemet komma i ett sämre läge när det gäller ersättning för tandvård vid olycksfall än den som tillämpar åtgärdstaxa. Visserligen kommer tandläkaren att enligt systemets idé få ta en viss risk, men den risktagningen avser närmast sådana förhållanden som tandläkaren och patienten i rimlig omfattning själva kan påverka. Ett olycksfall kan leda till mycket stora kostnader och kan drabba vilken patient som helst, oavsett vilken riskbedömning som tandläkaren gjort för att bestämma premien. Att låta hänsyn till olycksfallsrisken påverka premien i premietandvården skulle dessutom för många patienter innebära att försäkringsskyddet betalades två gånger. Mot denna bakgrund anser vi att olycksfallstandvården inte bör täckas av premietandvårdens fasta ersättningar och premier utan ersättas i särskild ordning. Tills vidare bör därför tandvården vid olycksfall ersättas med tillämpning av åtgärdstaxans arvoden och med dess patientavgifter även för patienter i premietandvården. Detta innebär ingen förändring och är också ett enkelt förfarande, som samtidigt gör det möjligt att få en kartläggning av omfattningen av dessa fall. Vi anser inte heller att olycksfallstandvården bör omfattas av det särskilda högkostnadsskyddet, eftersom det skulle innebära att staten tog över en del av de patientkostnader som i dag redan betalas av försäkringsbolagen.

Vad vi förordar i fråga om ersättning vid olycksfall innebär också liksom det särskilda högkostnadsskyddet en betydande återförsäkring för tandläkarna inom premietandvården.

Regeringens bedömning: Försäkringsersättningen i åtgärdstaxan bör utgöra 50 % av samtliga arvoden oavsett vårdområde. För de två vårdområden som avser rekonstruktiv tandvård i form av bl.a. konserverande behandlingar (B) och protetik (C) bör införas en gemensam självrisk på 750 kr per behandlingsperiod. Inom vårdområde B bör tandläkaren ha möjlighet att under vissa förutsättningar själv bestämma storleken på patientavgiften.

Den nuvarande åtgärdsförteckningen omformas enligt principen att om möjligt alla tjänster, inkl. tandtekniskt arbete, och material för en viss behandlingsåtgärd bör samlas under en åtgärdsrubrik med ett arvode. Eventuellt bör dock kostnad för ädelmetall debiteras separat. För varje åtgärd anges patientavgiftens storlek, i stället för att den som nu räknas fram efter det att behandlingen slutförts. Även i övrigt bör en viss omformning göras av åtgärdsförteckningen, främst i förenklande syfte.

Debiteringen bör i de allra flesta fall grundas på styckepris. Möjlighet till tidsdebitering bör dock finnas för vissa särskilda behov.

Sammanvägningen av nuvarande arvoden för respektive åtgärd bör ske med utgångspunkt i principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå. Denna innebär att ett arvode normalt inte beräknas för högre kompetens än vad som behövs för att utföra åtgärden.

Den standard som försäkringen avses täcka skall preciseras tydligare. För en högre standard bör prövas om en merkostnadsprincip kan tillämpas.

För större implantat och för andra särskilt omfattande behandlingsbehov bör ersättning efter förhandsprövning kunna lämnas inom ramen för det särskilda högkostnadskydd, som är gemensamt med premietandvården. När detta skydd inträder utgör försäkringsersättningen 85 % och resterande 15 % betalas av patienten.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens bedömning dock inte i fråga om vissa subventionsnivåer och införandet av självrisk.

Remissinstanserna: Flertalet av remissinstanserna anser att en åtgärdstaxa måste finnas kvar i framtiden. Som skäl härför framförs att alla patienter inte passar in i premietandvården.

Av dem som uttalar sig om förslaget i stort är den övervägande delen positiva, bl.a. ett flertal landsting, Konkurrensverket, Landstingsförbundet, Försäkringskasseförbundet, Sveriges Tandhygienistförening och Pensionärernas riksorganisation. Argument som framförs är att förslaget innebär en förenkling av åtgärdstaxan och kan underlätta framtida kontroll och uppföljning, en stor administrativ lättnad, ett effektivare resursutnyttjande och därmed kostnadsminskning för tandvården. Vidare är det en fördel för patienten att direkt kunna få uppgift om kostnader

för den utförda åtgärden.

Negativa till förslaget är Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Privat-tandläkarförening och Praktikertjänst AB. De föreslår en modell som är modifierad enligt förslag till åtgärdstaxa som Tandläkarförbundet, Privattandläkarföreningen och Tjänstetandläkarföreningen tidigare presenterat.

Vad gäller enhetlig taxa är de flesta av dem som har svarat positiva, bl.a. Konkurrensverket, sex landsting, Sveriges Tandläkarförbund och Svenska Tandsköterskeförbundet. Tandteknikerförbundet är negativt till förslaget.

Beträffande utredningens förslag om subventionsnivåer är de flesta positiva till förslaget, bl.a. Folkhälsoinstitutet, sex landsting, Försäkringskasseförbundet och Sveriges Tjänstetandläkarförening. RFV avstyrker och framhåller det angelägna i att stimulera profylaktisk tandvård men inte på bekostnad av patienter med behov av konserverande behandling.

Skälen för regeringens bedömning: Som vi tidigare framhållit är den nuvarande prestationsrelaterade tandvårdstaxan kostnadsdrivande, svår att tillämpa och svåröverskådlig för patienterna. Vi har dock bedömt att det bör finnas en åtgärdstaxa vid sidan av den nya premietandvärden. De ändringar i åtgärdstaxans konstruktion som vi anser vara nödvändiga är ägnade att så långt som möjligt förenkla och förbättra taxan samt begränsa effekterna av de nackdelar som en åtgärdstaxa har.

Det är, som också utredningen framhållit, angeläget att vissa insatser prioriteras av försäkringen på ett tydligare sätt än i dag.

Som ett led i denna omprioritering anser regeringen det angeläget att stimulera de förebyggande insatserna genom att höja försäkringsersättningsandel av kostnaderna för dessa (område A) från 30 till 50 %. Utredningens förslag om s.k. baspaket som omfattar både undersökande och förebyggande åtgärder bör därvid prövas. För ett baspaket får ett arvode grundat på styckepris tas ut.

Genom att slopa det enbart till det totala arvodesbeloppet relaterade högkostnadsskyddet påverkas kostnadsfördelningen framför allt inom det protetiska området. För mycket stora behandlingsbehov, där ofta protetiska åtgärder ingår, bör det finnas ett särskilt högkostnadsskydd. Men också enskilda protetiska åtgärder, eller mindre kombinationer av sådana, skulle sannolikt bli för dyra för patienten om nuvarande ersättningsnivå bibehålls. Vi anser därför att stödet inom området protetik bör vara 50 % av arvodet för behandlingen. Detta innebär i stort sett en lika stor ersättning som i dag vid normalt omfattande protetiska behandlingar. Det finns även patienter med omfattande behov av rekonstruktiva behandlingar i form av främst tandfyllningar. Eftersom protetiska åtgärder i vissa fall kan framställas som ett möjligt, men dyrare, vårdalternativ till dessa mindre kostsamma reparerativa insatser bör ersättningsnivåerna inte sättas så att de bidrar till en omotiverad vårdstyrning. Mot den bakgrunden anser vi att för all rekonstruktiv vård bör ersättningsnivån vara 50 % av den av regeringen fastställda taxan. För att bl.a. möjliggöra denna förbättring av ersättningen för den som har mer om-

fattande vårdbehov bör en självrisk på 750 kr införas, gemensamt för de två vårdområdena B och C. Det innebär att försäkringsersättning med 50 % lämnas på den del av behandlingkostnaden som överstiger 750 kr per behandlingsperiod.

Det särskilda högkostnadsskyddet har vi berört i avsnitt 4.2.2. De nuvarande bestämmelserna om helt avgiftsfri tandvård i vissa fall bör slopas och vi redovisar i avsnitt 4.4 vilka nya bestämmelser som i stället bör införas.

Den nu gällande taxan är i sin grundläggande del uppdelad på avdelningar med olika åtgärder och arvoden för resp. tandläkare, tandsköterskor och tandhygienister, och innehåller därutöver arvoden för tandtekniska arbeten. I syfte att förenkla taxan och skapa en bättre överblick, inte minst för patienterna, anser vi att denna åtskillnad mellan olika personalgrupper m.m. bör slopas och taxan i fortsättningen endast innehålla åtgärder med enhetliga tandvårdsarvoden, beräknade med utgångspunkt i nuvarande olika arvoden. Även kostnaden för tandtekniskt arbete och material bör inräknas i arvodet för en åtgärd. Eventuellt bör dock kostnad för ädelmetall debiteras i särskild ordning. Denna fråga har behandlats i avsnittet om premietandvård (4.2.1). De tandtekniska laboratorierna och ersättningen till dem behandlas i avsnitt 4.6.2. I vissa fall finns i dagens taxa samma typ av åtgärd upptagen för t.ex. såväl tandläkare som tandhygienist, men med olika arvoden. I andra fall kan tandläkaren delegera visst arbete, men ändå debitera tandläkararvode. Det är angeläget att försäkringsersättningen bidrar till att anpassa resursanvändningen i vården efter kompetensbehovet.

Ett viktigt inlag i utformningen av en ny åtgärdstaxa är att patienten för varje åtgärd skall kunna se vilken avgift som skall erläggas. I nuvarande system sammanräknas arvodena för vidtagna åtgärder sedan hela behandlingen genomförts, varefter patientandelen räknas ut procentuellt. Nu avses, förutom arvodesbeloppet, även patientavgiften bli angiven i kronor för varje åtgärd direkt i taxans förteckning. Patienten får därigenom en både tydligare och tidigare information och kan lättare kontrollera sin tandvårdsräkning.

När det gäller vårdområde B anser vi att tandläkaren bör ha möjlighet att själv bestämma storleken på patientavgiften. Det rör sig om ett begränsat antal åtgärder och det förutsätts att tandläkaren informerar patienten och försäkringskassan om detta. En av regeringen fastställd taxa bör emellertid finnas även för vårdområde B. En fullständig taxa behövs t.ex. för beräkning av försäkringsersättningen. Vi vill vidare framhålla att åtgärdstaxans belopp avses utgöra prislista också för bl.a. vissa situationer i anslutning till premietandvården.

För närvarande är taxans arvoden i huvudsak uttryckta i ett fast s.k. styckepris. Tidsarvode finns dock alltså i ganska stor omfattning. Från tillämpningssynpunkt är det angeläget att så långt som möjligt basera taxan på styckeprisarvoden. En rimlig tidsåtgång bör naturligtvis vägas in vid fastställande av de nya styckeprisarvodena. Som utredningen framhållit, måste dock tidsarvodering kunna tillämpas i vissa fall. Genom de ersättningsvillkor för särskilda patientgrupper, som vi

förordar i avsnitt 4.4, kommer emellertid en stor del av behovet av tidsarvodering att kunna tillgodoses på annat sätt. I övrigt bör tidsarvodering kunna förekomma, bl.a. för åtgärder som i det enskilda fallet får betydligt större omfattning eller är av betydligt högre svårighetsgrad än vad som beaktats vid beräkningen av styckeprissarvodet. I den fortsatta beredningen bör det övervägas i vilken mån förhandsprövning härvid skall krävas.

Vi vill i detta sammanhang understryka att ersättningen från tandvårdsförsäkringen, liksom nu, endast skall täcka sådan behandling som behövs för att uppnå ett resultat som från odontologisk synpunkt är funktionellt och utseendemässigt godtagbart. Försäkringsstandarden bör preciseras så tydligt som möjligt, inte minst som samma standard skall gälla även i premietandvården. Preciseringsarbetet bör ske, förutom genom den innehållsbeskrivning som finns i själva åtgärdsrubriken i taxan, genom föreskrifter och allmänna råd från RFV. Utredningen har pekat på att en patient kan tänkas välja en dyrare åtgärd eller ett dyrare material än denne bedöms vara berättigad till. Detta bör då i vissa fall kunna erbjudas inom försäkringens ram, om patienten betalar merkostnaden. Enligt nuvarande bestämmelser kan patienten i vissa fall få betala hela kostnaden.

Vi anser att det är viktigt att försäkringsstandarden redan från början läggs på en väl avvägd och inte för låg nivå. Bl.a. måste den odontologiska utvecklingen kunna tillgodogöras. Detta kan beaktas i taxan, bl.a. genom att accepterade metoder och godkända material vägs samman i lämplig omfattning, när en åtgärd beskrivs och dess arvode beräknas.

Vissa behandlingar avses, som nu, inte bli omfattade av försäkringen. Det gäller t.ex. enbart estetiskt betingad tandvård. Den som önskar sådan vård får således betala hela kostnaden. Tandläkaren bör vara oförhindrad att utföra sådan vård även om han i övrigt verkar inom försäkringen.

Åtgärdstaxan bör som nu fastställas av regeringen i form av en förordning. Ett fördjupat beredningsarbete har bedrivits med utgångspunkt i utredningens förslag. Vidare har RFV i samband härmed på regeringens uppdrag arbetat med den omstrukturerings- och omräkning av den nuvarande åtgärdstaxan som vi nu har berört. Detta uppdrag har nyligen redovisats till regeringen. Avsikten är att den närmare utformningen av taxan skall beredas vidare i den tidigare nämnda samordningsdelegationen innan regeringen tar slutlig ställning.

4.4.1 Extraordinära tandvårdsbehov under begränsad tid

Regeringens förslag: Patienter som behöver extraordinära tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid skall omfattas av de regler som gäller för den öppna hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Remissinstanserna har varit positiva till utredningens förslag. Tandläkarförbundet har t.ex. framfört att det är glädjande att också medicinskt motiverade odontologiska ingrepp föreslås bli jämställda med sjukvård och ersättas enligt reglerna för den öppna hälso- och sjukvården för patienter där den odontologiska behandlingen är ett led i den totala sjukdomsbehandlingen. Handikappförbundens samarbetsorgan har tillstyrkt utredningens förslag.

Skälen för regeringens förslag: För vissa patienter är behandlingen inom tandvården ett nödvändigt led i den totala sjukdomsbehandlingen och insatserna är medicinskt motiverade. Det är i dessa fall väsentligt med ett nära samarbete mellan medicinsk och odontologisk personal. Det går att identifiera vilka odontologiska åtgärder som ingår i sjukdomsbehandlingen. Ett exempel är patienter som skall genomgå organtransplantationer. Om den skall lyckas måste patienten vara infektionsfri.

Exempel på patienter som tillhör denna grupp är patienter

- som genomgår strålbehandling mot bl.a. öron-, näs-, mun- och halsregionen,
- som skall genomgå organtransplantationer,
- som på grund av avvikande reaktion mot dentala material måste byta dessa material mot andra,
- med neurologiska skador, ofta erhållna vid olycksfall, som behandlas med hjälp av viss odontologisk terapi (orofacial regulationsterapi),
- med skador till följd av epileptiska anfall,
- med medfödda missbildningar av tänder och käkar.

För denna typ av behandling inom tandvården är det enligt vår mening naturligt att kostnaderna ersätts av försäkring och patient på samma sätt som för andra åtgärder som ingår i den medicinska behandlingen av sjukdomen. Eventuell sjukdomsbehandling skall inte behöva inställas eller få sämre förutsättningar beroende på vilken tandvårdsbehandling patienten har råd med. För dessa behandlingar skall således samma regler som för den öppna hälso- och sjukvården tillämpas, dvs. patienten bör betala en avgift för vården på samma sätt som gäller för öppen sjukvård i övrigt.

Som ett led i en medicinsk rehabilitering av en patient kan eventuellt ingå ett utbyte av amalgamfyllningar även om ett säkerställt samband

mellan sjukdomsyttningar och fyllningarna inte kan fastställas. Detta beslut skall fattas av medicinsk personal med erforderlig kompetens.

Närmare utformning av förutsättningarna för och administrationen av ersättningen bör behandlas i det fortsatta beredningsarbetet.

4.4.2 Ökat tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder

Regeringens förslag: En förhöjd årlig ersättning inom premietandvården skall enligt vissa kriterier kunna lämnas från försäkringen till patienter som på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder har ett omfattande tandvårdsbehov.

För de patienter som väljer åtgärdstaxan skall den under avsnitt 4.3 nämnda självriskan kunna reduceras.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag vad avser den förhöjda ersättningen inom premietandvården.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är i allmänhet positiva till utredningens förslag. Tjänstetandläkarna anser att de förslag och ambitioner som kommer till uttryck är angelägna och har stort stöd hos de tandläkare som träffar dessa patienter. Remissinstanser som är negativa till premietandvård avstyrker utredningens förslag även i denna del och anser att frågan om ett förstärkt skydd skall lösas enbart genom en åtgärdstaxa med särskilt högkostnadskydd.

Konkurrensverket anser att utredningens förslag sannolikt motverkar den koncentrationstendens och strukturpåverkan som fast ersättning per person kan förmodas medföra.

Vissa remissinstanser, t.ex. Sveriges Pensionärsförbund, anser att tandvården för äldre bör finansieras genom läkarvårdstaxan.

Skälen för regeringens förslag: I vissa patientgrupper finns personer som på grund av sin sjukdom eller sitt funktionshinder har ett omfattande behov av tandvårdsinsatser under många år eller resten av livet. Sjukdomen eller funktionshindret kan medföra ett sämre försvar mot karies och andra tandsjukdomar. I vissa fall tillkommer motoriska störningar och ibland ger patienternas läkemedel sämre förutsättningar att bibehålla tandhälsan. För vissa patienter med reumatism eller neurologiska skador eller sjukdomar behövs längre sammanlagd behandlingstid genom att behandlingen vid varje behandlingstillfälle får kortas ned och innehålla fler "vilopausar". För dessa patienter gäller att det är särskilt viktigt med förebyggande insatser för att få en så god munhygien som möjligt. Insatserna behöver ofta vara professionellt utförda. Patienterna kan sakna de motoriska förutsättningarna eller kan behöva stöd från tandvårdspersonalen. Patienter som har bristande initiativförmåga kan behöva fasta rutiner för att upprätthålla sin munhygien.

Vissa patienter kan således på grund av sjukdomen eller funktionshindret behöva tätare kontakter med tandvården och längre tid i behandlingssituationen för att uppnå en med andra grupper jämförbar tand-

- Till dessa patientgrupper hör bl.a. personer med
- neurologiska skador eller sjukdomar
 - muntorrhet till följd av bl.a. Sjögrens syndrom
 - blödningsjukdomar eller viss blodsmitta
 - psykiska störningar, utvecklingsstörningar och demenser.

För de patienter som till följd av sjukdom eller funktionshinder har betydande merkostnader för sin tandvård är det av avgörande betydelse att vårdgivaren har ett långsiktigt behandlingsperspektiv och systematiskt arbetar med förebyggande behandling. Premietandvården bör vara en ersättningsform med stora fördelar för dessa patienter. Samtidigt skulle, utan ytterligare insatser från statens sida, patientpremierna blir höga.

Det är enligt vår mening därför motiverat med en väsentligt förhöjd fast försäkringsersättning för dessa patienter, så att de inte behöver betala högre premie än andra patienter. På samma sätt som för den fasta ersättningen i övrigt i premietandvården bör försäkringsstödet inbegripa allmäntandvård men inte specialisttandvård. Patientpremien bör däremot innefatta all den tandvård som premien i premietandvården täcker, inkl. vård enligt det särskilda högkostnadsskyddet.

De patienter som trots detta skulle föredra att utnyttja en åtgärdstaxa kan naturligtvis göra detta. I dessa fall bör självrisken kunna reduceras med ett belopp som motsvarar högst den förhöjda försäkringsersättningen som skulle ha lämnats inom premietandvården. För både dessa patienter och patienter som ingår i premietandvården finns dessutom det särskilda högkostnadsskyddet.

Ett fortsatt beredningsarbete tillsammans med berörda myndigheter och företrädare för bl.a. handikapporganisationerna får ske för att närmare fastställa tydliga kriterier för vilka patientgrupper som skall kunna omfattas av det särskilda försäkringsstödet, liksom kriterier för den individuella behovsprövning som utredningen förutsatt. Tandläkarförbundet har i detta sammanhang angivit att även om tydliga kriterier anges för vilka patientgrupper som skall omfattas är det viktigt att det framdeles finns en möjlighet att vid behov kunna tillföra nya patientgrupper. Vi delar den uppfattningen.

I det fortsatta beredningsarbetet får studeras efter vilka närmare grunder den förhöjda ersättningen skall utgå samt hur rutinerna för ansökan och prövning bör utformas. Ersättningen bör endast utges om merkostnaderna är av inte obetydlig omfattning. Det bör vara en så enkel administration som möjligt. Utredningen beräknar att antalet personer som tillhör dessa patientgrupper kan komma att uppgå till högst 150 000. Det torde vara nödvändigt med någon form av schablonisering i bedömningen av ersättningsnivåerna. Det är möjligt att den förhöjda ersättningen kan delas upp i olika delar, en för merinsatser för profylaktiska åtgärder, en för merkostnader för påtagligt ökad kariesaktivitet etc.

Det nya systemet innebär att såväl folktandvården som privata vårdgivare kan meddela vården. Förutsättningen är att försäkringskassan

bedömer att vårdgivaren har tillräcklig kompetens i det enskilda fallet. Så långt möjligt bör vården ske inom allmäntandvården, där det kan finnas intresserade och kunniga vårdgivare som har profilerat sig inom området.

Försäkringskassan behöver ha tillgång till särskild odontologisk och medicinsk kompetens för att göra de individuella bedömningarna av om ett ökat vårdbehov föreligger. Det har visat sig finnas ett intresse för att landstingen övertar vissa av försäkringskassans uppgifter när det gäller administrationen av försäkringen i det nu aktuella hänseendet. En sådan lösning skulle kunna prövas i en särskild försöksverksamhet. Regeringen avser att återkomma med ett förslag till lag som stöd för en sådan frivillig försöksverksamhet.

Många remissinstanser har berört frågan om behovet av ökat försäkringsstöd för tandvårdsrädda. Gruppen är svår att avgränsa och en risk föreligger att gruppen i ersättningssammanhang skulle kunna bli orimligt stor. Utredningen har därför inte föreslagit något särskilt stöd.

Svår tandvårdsräddsla kan leda till omfattande socio-ekonomiska problem. Frågan bör dock enligt regeringens mening studeras ytterligare i det fortsatta beredningsarbetet för att klargöra om det finns lösningar som ger en rimlig avgränsning av gruppen och av de särskilda insatserna för tandvårdsrädda. Det borde eventuellt kunna finnas möjligheter att genom läkarbedömning urskilja en mindre sådan grupp och med hänsyn till en viss diagnos för en avgränsad tid lämna särskilt stöd från försäkringen.

4.4.3 Lagfäst resursansvar för landstingen för särskilda patientgrupper

Regeringens förslag: Landstingen skall få ett tydligare lagfäst ansvar för att det finns tillräckliga och anpassade resurser för patienter med behov av särskilda tandvårdsinsatser, att det vid behov drivs en uppsökande verksamhet samt att tandhälsoutvecklingen för dessa grupper följs.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Förslaget har tillstyrkts av så gott som samtliga remissinstanser, däribland Handikappförbundens samarbetsorgan.

Skälen för regeringens förslag: I landstingens ansvar ingår enligt 8 § TVL att planera tandvården inom sina respektive landstingsområden med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård.

Landstingen har alltså redan i dag ett ansvar för att erforderliga resurser ställs till tandvårdens förfogande. Resurserna skall fördelas med utgångspunkt i olika patientgruppers behov av tandvård. För att uppnå en rättvis resursfördelning kan enligt förarbetena till TVL (prop.1984/85:79) vissa gruppers behov och resurstilldelning kräva en särskild redovisning till statsmakterna.

För vissa patienter krävs förutom allmäntandvård och specialisttandvård särskild odontologisk och annan kunskap för en adekvat diagnostik och behandling. Det krävs dessutom ofta ett nära samarbete mellan tandvårdspersonalen och andra personalgrupper inom hälso- och sjukvården. Den odontologiska fakulteten vid Karolinska institutet har på Socialdepartementets uppdrag utrett behovet av särskild odontologisk och annan kunskap vid tandvård för vuxna med funktionsnedsättningar och vissa sjukdomar. Uppdraget har redovisats under våren 1993 och har remissbehandlats. Ärendet bereds för närvarande i regeringskansliet.

Regeringen anser att landstingens ansvar för att det inom respektive landstingsområde finns tillräckliga resurser – bl.a. i form av personal med erforderlig kompetens – för de patientgrupper som har särskilda behov bör anges tydligare. Detta ansvar bör även innefatta ett ansvar för att det vid behov bedrivs en uppsökande verksamhet samt att en uppföljning görs av de aktuella gruppernas tandhälsa. Detta innebär dock inte att vårdverksamheten måste ske i landstingens regi utan den kan mycket väl ske hos privata vårdgivare. Regeringen avser att återkomma till riksdagen med förslag till erforderliga ändringar i TVL.

4.4.4 Aktivt erbjudande om tandvård till vissa grupper

Regeringens förslag: För de personer som har svårt att själva efterfråga tandvård, t.ex. inom kommunal äldreomsorg, skall landstingen aktivt erbjuda tandvård samt följa tandhälsoutvecklingen.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är positiva till förslagen från utredningen. Landstingsförbundet anser att det är en förutsättning att andra myndigheter samverkar för att systemet skall fungera smidigt.

Uppsala läns landsting pekar på att förslagen stämmer med vad landstinget i realiteten redan tillämpar. Exempel på patientgrupper där särskilda åtgärder vidtagits för att söka upp och erbjuda tandvård är social- och omsorgsförvaltningarnas patienter och boende på sjukhem. Handikappförbundens samarbetsorgan instämmer i utredningens förslag men pekar på att patienten måste ha ekonomiska förutsättningar att betala för tandvården.

Skälen för regeringens förslag: Det finns i dag patientgrupper som uppges ha en otillfredsställande tandhälsa och bristande tandvårdskontakter. Det gäller t.ex. äldre i särskilda boendeformer och personer som kommer att omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt psykiskt sjuka. De behöver inte ha större behov av tandvårdsinsatser än andra till följd av sjukdom eller funktionshinder men kan ha svårt att själva ta initiativ till en kontakt med tandvården. Uppsökande verksamhet för dessa patienter är viktig bl.a. därför att tandsjukdomarna ofta är symptomfria och utvecklas under lång tid.

På flera håll i landet bedrivs en uppsökande verksamhet. Ett exempel

är Stockholm, där patienter vid sjukhemmen har fått ett särskilt erbjudande om tandvård.

I den tidigare nämnda propositionen med förslag till tandvårdslag m.m. (prop. 1984/85:79) anfördes att ett viktigt led i det förebyggande arbetet är uppsökande verksamhet. Detta får ske genom ett samarbete med andra landstingsförvaltningar, med primärkommuner eller med enskilda huvudmän för t.ex. sjukhem. Tyngdpunkten bör ligga i förebyggande åtgärder.

4.4.5 Socialstyrelsens tillsynsansvar för de särskilda patientgrupperna

Regeringens bedömning: Socialstyrelsen bör utarbeta föreskrifter och allmänna råd om tandvården för de s.k. särskilda patientgrupperna. Socialstyrelsen bör i sin tillsyn av tandvården prioritera uppföljningen av dessa gruppers tandhälsa.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Remissinstanserna, bl.a. Handikappförbundens samarbetsorgan, är positiva till utredningens förslag.

Skälen för regeringens bedömning: I Norge har en studie gjorts av tandhälsan för långvarigt sjuka och funktionshindrade. Studien visar att det är karakteristiskt för dessa grupper att de ofta är mycket små och har särskilda tandrelaterade problem. De har ofta en sammansatt sjukdomsbild och de flesta som tillhör dessa grupper har lägre socioekonomisk status, många läkarbesök, färre kvarvarande tänder och mer sällan kontakt med tandvården än den övriga befolkningen. Svenska sjukhus-tandläkare möter ofta patienter, som inte själva förstår, orkar eller kan ge uttryck för sitt vårdbehov.

Vi anser att det är särskilt viktigt att följa upp tandhälsoutvecklingen för de grupper som har svårt att göra sig hörda och bevaka sina rättigheter. Till dessa grupper hör de som behandlats i tidigare avsnitt. Enligt tandvårdslagen har landstingen ett ansvar för att följa den egna befolkningens tandhälsosituation, särskilt svaga gruppers. Socialstyrelsen bör i sin tillsyn av tandvården prioritera dessa.

4.5 Specialisttandvård

Regeringens förslag: Nuvarande ersättningssystem för specialisttandvården skall behållas tills vidare i avvaktan på att en översyn företas av den framtida organisationen och finansieringen av specialisttandvården.

Utredningens förslag: Specialisttandvård för vuxna bör från den allmänna sjukförsäkringen finansieras genom en särskild ersättning som en

separat del av tandvårdsersättningen. Medlen fördelas på varje försäkringskassområde och disponeras av den lokala allmänna försäkringskassan. Patientavgifternas storlek beslutas lokalt av försäkringskassan. Ett lokalt vådråd inrättas med företrädare för bl.a. försäkringskassan, landstinget (motsvarande) och de privata vårdgivarna.

Remissinstanserna: Ett flertal remissinstanser tillstyrker utredningens förslag om särskild försäkringsersättning för specialisttandvården och regionala ramar, bl.a. Landstingsförbundet, Försäkringskasseförbundet, Tjänstetandläkarföreningen och flertalet landsting. Vissa remissinstanser avstyrker utredningens förslag, bl.a. Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Privattandläkarförening och RFV.

Specialistföreningarnas centrala råd (med företrädare för både privata specialister och folktandvårdsspecialister) anser det vara positivt att försäkringskassområdena disponerar dessa pengar och att de fördelas av de lokala försäkringskassorna.

Konkurrensverket har anfört att variationer i efterfrågan och inriktning på specialisttandvård (inklusive rådgivning m.m.) talar för att beslut om hur försäkringsmedel bäst skall användas bör fattas lokalt.

Socialstyrelsen anser att fördelen med förslaget är att det ger flexibilitet men också att det kan bli olika lösningar i olika försäkringskassområden.

Göteborgs och Bohus läns landsting avstyrker utredningens förslag och anser att all specialisttandvård bör ersättas som sjukvård.

Landstingsförbundet och flera landsting anser att landstingen och inte försäkringskassorna bör ha ansvaret för hur försäkringsmedlen utnyttjas. Försäkringskasseförbundet, Stockholms läns allmänna försäkringskassa och Praktikertjänst AB anser att det bör vara försäkringskassan som skall besluta i frågan.

Skälen för regeringens förslag: Landstinget har i dag enligt 7 § TVL ansvaret för specialisttandvården för vuxna. Av 5 § samma lag framgår att landstinget får sluta avtal med någon annan om att utföra landstingets och dess folktandvårds uppgifter, dvs. lägga ut viss tandvård på entreprenad, med undantag för sådana uppgifter som innefattar myndighetsutövning. Det grundläggande ansvaret ligger dock enligt förarbetena till prop. 1992/93:43 om ökad konkurrens i kommunal verksamhet kvar på landstinget, vilket innebär att landstinget skall fastställa kvantitativa och kvalitativa mål för verksamheten och följa upp den i förhållande till de mål och krav som anges i tandvårdslagen.

Andelen specialister inom tandvården är mycket låg i jämförelse med vad som gäller inom sjukvården. Mer än 90 % av tandläkarna är verksamma i allmäntandvården. Det finns sammanlagt ca 430 specialister inom de specialiteter som vänder sig till vuxna. Av dessa är ca 70 specialister verksamma inom enbart privattandvården. Den regionala fördelningen är relativt jämn, om man bortser från lärarna vid de odontologiska fakulteterna.

Genom riksdagens beslut med anledning av prop. 1990/91:138 om vissa tandvårdsfrågor infördes en ny specialistutbildning av tandläkare (bet. 1990/91:SoU18, rskr. 1990/91:364). Det nya utbildningssystemet

bygger på målbeskrivningar för respektive specialitet. Kompetensutveckling sker genom systematisk undervisning och praktisk tjänstgöring under handledning. Landstingen svarar för de totala kostnaderna för specialistutbildningen.

Den ersättning som utges till landstingens specialisttandvård från sjukförsäkringen lämnas enligt den allmänna tandvårdstaxan. Ersättning enligt den allmänna tandvårdstaxan utges även till vissa specialisttandläkare inom privattandvården. Endast de specialisttandläkare som var verksamma i enskild tandvård vid utgången av år 1972 ersätts enligt den särskilda specialisttaxan som innebär 30 % högre arvoden än enligt den vanliga tandvårdstaxan för den tandvård som anges i specialisttaxan. Detta gäller även de specialisttandläkare som före år 1986 förvärvat specialistkompetens i oral protetik.

Basen för specialisttandläkarnas verksamhet är den kliniska verksamheten som också är en förutsättning för utveckling av ämnesområdet. Den kliniska erfarenheten behövs för att specialisttandläkaren skall kunna vara konsult åt allmäntandläkare, delta i terapiplanering och medverka i fort- och vidareutbildningen inom allmäntandvården. Studier har visat att ungefär 70 % av den klinikrelaterade verksamheten upptas av egen klinisk verksamhet och mellan 5 % och 10 % av konsultationer. Ungefär 15 % upptas av egen fortbildning, forskning och utbildning av andra.

En betydande del av de privata specialisttandläkarnas tid ägnas till följd av ersättningsystemets konstruktion åt allmäntandvård.

En ständig och accelererande kunskapsutveckling sker inom tandvården. Om specialisttandvården skall kunna leda kunskapsutvecklingen och kunna stimulera utvecklingen mot bättre metoder för diagnostik och terapi inom allmäntandvården måste en koncentration ske av specialisttandvårdens insatser. Specialisttandvården bör få möjlighet att ägna sig åt de mest krävande utredningarna och behandlingarna och genom utbildning och konsulttjänster kunna ge allmäntandvården ett kvalificerat stöd. En sådan utveckling underlättas av att specialisttandvården effektiviserar verksamheten genom att bl.a. vidareutbilda andra personalgrupper än tandläkare. Ett exempel på en sådan personalgrupp inom ortodontin (tandregleringen) är ortodontiassistenter. Motsvarande lösningar tillämpas och kan utvecklas även inom övriga specialiteter.

Genom att tandhälsan har förbättrats för alla åldersgrupper har vårdbehovet förändrats, vilket innebär att behovet av allmäntandläkare kommer att vara mindre än tillgången på tandläkare. För att utnyttja de tandläkarresurser som finns och samtidigt låta alla personalkategorier få allt mer utvecklande arbetsuppgifter bör det skapas förutsättningar för allmäntandläkarna att utveckla sin kompetens och åta sig mer kvalificerade arbetsuppgifter. Man brukar tala om en "profilering" av allmäntandläkarens kompetens.

Det måste samtidigt ske en väl balanserad avvägning mellan vad som är rimligt att överföra till allmäntandvården och vad som bör ligga kvar i specialisttandvården. Det måste troligen finnas en viss basresurs inom specialisttandvården för att den skall kunna fungera på ett optimalt sätt.

Balanspunkten kommer självfallet att förändras över tiden och påverkas av bl.a. utbildningsnivån i allmäntandvården resp. specialisttandvården. Fördelningen av uppgifter mellan allmäntandvården och specialisttandvården bör kunna variera mellan olika delar av landet beroende på vilken reell kompetens som finns tillgänglig, organisatoriska förhållanden, avstånd för patienten etc.

Det gäller att genom värdeeffektstudier kontinuerligt följa resultaten av vården och behandlingseffekterna för de uppgifter som överförs till allmäntandvården. En sådan värdeeffektstudie har gjorts t.ex. inom ortodontin i Kronobergs, Kopparbergs och Stockholms läns landsting.

Ersättningssystemet för specialisttandvården bör skapa förutsättningar för eller åtminstone underlätta en utveckling, där samtliga specialister resurser inom landstings/försäkringskasseområdet utnyttjas optimalt, vilket bl.a. innebär att de i ökad utsträckning används som stöd för allmäntandvården. Vidare bör ersättningssystemet medge att resurserna kan utnyttjas på olika sätt i skilda delar av landet. Förutsättningarna för att organisera specialistverksamheten ser olika ut i t.ex. Norrbotten och Stockholm. Så länge målet om en vård på lika villkor kan uppnås måste sättet och formerna för att uppnå detta kunna variera mellan olika delar av landet.

De flesta remissinstanser har som nämnts varit positiva till utredningens förslag. Konkurrensverket hänvisar i sitt remissyttrande till sin rapport Konkurrens i tandvården och refererar till att samhällsekonomiska motiv talar för att den offentliga sektorn bör ha ansvaret för den kunskapsgenererande delen av specialisttandvården. Forskningsprogram, utprovning av nya teknologier och verksamhet vars huvudsyfte är att generera ny kunskap bör finansieras via separata anslag och skiljas från mer eller mindre rutinmässiga behandlingar av patienter. Även då kunskap och erfarenheter sprids bör dessa aktiviteter finansieras via klart angivna anslag. Forskningsresultat bör vara fritt tillgängliga och det är olämpligt att ta ut ett pris för den som använder kunskapen, eftersom det skulle begränsa spridningen av nya rön. Verket framhåller samtidigt att en så liten del av specialisttandvården som möjligt bör undandras marknadslösningar.

Vi anser mot bakgrund av de olika synpunkter som framförts att en närmare översyn av specialisttandvårdens organisation och finansiering bör ske med utgångspunkt i de förslag som utredningen framlagt. Nuvarande regler för ersättning av specialisttandvården bör tills vidare bibehållas i avvaktan på resultatet av översynen. Ett viktigt krav vid översynen bör vara att det finns en konkurrensneutralitet mellan olika vårdgivare.

Utredningen har föreslagit att eventuella patientavgifter för specialisttandvård inom premietandvården skall inräknas vid premiesättningen inom olika premieklasser och erläggas av patientens premietandläkare till specialisttandvården. Motivet för utredningens förslag har varit att patienten i princip skall få alla sina tandvårdskostnader täckta genom en samlad premie. De beräkningar som utförts och redovisas av utredningen indikerar att den nuvarande patientkostnaden för specialisttandvår-

den, utslagen på samtliga patienter, är i storleksordningen 10 kronor per patient.

Vissa remissinstanser har framfört att patientavgiften för specialistbehandling kan bli relativt hög i det konkreta enskilda fallet och därmed kostsam för tandläkaren. Situationen kan då uppstå att det blir oförmånligt för allmäntandläkaren att remittera patienten till specialister, vilket medför risk för s.k. undervård. Detta har t.ex. framhållits av Konkurrensverket.

Vi anser dock att skälen för att patientpremien i premietandvården skall innefatta även specialisttandvård är mycket starka. Ett viktigt argument för premietandvården är att patienten vet vad vården kommer att kosta. Om väsentliga och i förväg svårbedömda delar av vården skall finansieras utanför premien minskar fördelarna. Risken för att enskilda vårdgivare skall drabbas av en oförutsägbart hög kostnad bör dessutom minska väsentligt genom att ersättningen från försäkringen för specialisttandvård avses bli betald utöver den fasta ersättningen inom premietandvården. Vi vill i detta sammanhang också erinra om att även specialisttandvården skall kunna omfattas av det särskilda högkostnadsskyddet.

Om både patientavgiften och försäkringsersättningen för specialisttandvården i premietandvården skulle ligga utanför den fasta ersättningen finns det starka incitament för vårdgivaren – åtminstone om det finns tillräckligt med andra uppgifter – att överutnyttja specialisttandvården eftersom det inte innebär några kostnader alls för vårdgivaren i fråga. Om vårdgivaren ansvarar för patientens kostnad för specialisttandvård skapas ett visst incitament för vårdgivaren att själv behandla patienten och slippa betala den kostnad som patientavgiften innebär. Så länge som uppgiften kan utföras i allmäntandvården med god kvalitet är detta mot bakgrund av vad tidigare sagts en bra lösning. Vi utgår från att vårdgivaren med det yrkesansvar som föreligger för legitimerade yrkesutövare inte kommer att behålla patienterna i de situationer där vårdgivaren saknar en tillfredsställande kompetens för att utföra uppgiften och att patienten erhåller den vård som behövs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Förutsättningen för att vårdgivaren inom premietandvården skall svara för patientavgiften för specialisttandvård bör vara att vårdgivaren remitterat patienten till sådan tandvård.

Åtgärder inom den dentoalveolära oralkirurgin (kirurgi i tänderna och närmast omgivande vävnader) kan i viss utsträckning utföras inom allmäntandvården. Till följd av nuvarande ersättningsregler remitteras många patienter på delvis ekonomiska indikationer till specialisttandvården. För att skapa rätt incitament för vårdgivarna bör denna del av oralkirurgin omfattas av tandvårdsförsäkringen. Detta har tillstyrkts av flertalet remissinstanser. Motsvarande medel bör därför omfattas av den anslagspost inom sjukförsäkringen som avser tandvård. Kostnaderna för den maxillo-faciäl oralkirurgin (käkkirurgin) inkl. käkskador bör liksom hittills omfattas av ersättningsystemet för sjukvård.

4.6.1 Anslutning till försäkringen

Regeringens förslag: Begränsningen av anslutningen till försäkringen enligt bestämmelserna om tandläkares uppförande på förteckning skall upphöra.

Anslutning till försäkringen skall i fortsättningen kunna medges även för juridisk person som bedriver tandvårdsverksamhet. En juridisk person skall för anslutning kunna visa att de förutsättningar finns som behövs för att bedriva tandvård i enlighet med försäkringsbestämmelserna och att verksamheten är seriös. I övrigt skall som nu fysiska personer kunna anslutas, med den förändringen att förutom tandläkare även legitimerade tandhygienister skall kunna få anslutning.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är positiva till utredningens förslag att slopa etableringsbegränsningen. Flera landsting kopplar dock frågan om ett slopande av etableringsbegränsningen till ett system med premietandvård.

Utredningens förslag om att tandvårdsföretag i stället för legitimerad tandläkare skall vara ansluten till försäkringen har mötts med blandade reaktioner.

Av dem som uttalat sig i frågan är bl.a. ett antal landsting och Riksskatteverket positiva till förslaget. Riksskatteverket anser att tandvårdsföretag är positivt från skattesynpunkt. Jönköpings läns landsting har inget att invända mot förslaget, men förutsätter att en legitimerad tandläkare svarar för den odontologiska vården. Kooperativa institutet ser det som positivt att olika personalkategorier kan ingå i företaget på lika villkor.

RFV anser att förslaget innebär problem från kontroll- och uppföljningssynpunkt. Praktikertjänst AB anser att det för tandläkaren finns en risk för konflikt mellan vårdgivarrollen och tandvårdsföretagets ekonomi. Sveriges Tandläkarförbund, Tjänstetandläkarföreningen och Sveriges Privattandläkarförening anser att en legitimerad tandläkare och inte ett företag skall vara ansluten till försäkringen. Tandläkarförbundet menar att man då undviker oklarheter i ansvarsförhållanden. Sveriges Tandhygienistförening anser att förslaget är onödigt komplicerat. I stället bör legitimerade tandhygienister och tandläkare ges möjlighet att ansluta sig till finansieringssystemet.

Landstingsförbundet anser att det är viktigt att samhället prövar företag som vill ansluta sig till försäkringen i och med att etableringsbegränsningarna försvinner.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen har redan tidigare till-

kännagivit sin mening att den s.k. etableringsbegränsningen för tandläkare bör avskaffas och att detta borde ske i samband med en översyn av tandvårdsförsäkringen. Det ersättningssystem som nu förordas bör göra det möjligt att genomföra denna förändring. Samtidigt är det mot bakgrund av det rådande överskottet av tandläkare viktigt att följa utvecklingen efter det att etableringsbegränsningen hävts. Detta avses ske genom den av regeringen planerade samordningsdelegationen. Regeringen kommer vidare att inom kort se över tandläkarutbildningens dimensionering m.m.

Ett avskaffande av etableringsbegränsningen innebär å ena sidan inte att det bör vara ett helt automatiskt tillträde för vårdgivarna till försäkringen. Å andra sidan bör möjligheterna till anslutning ökas så att även annan än tandläkare kan bedriva tandvårdsverksamhet inom försäkringen.

Från konkurrens- och näringsfrihetssynpunkt är det angeläget att vidga tillträdet till försäkringen så att även företag kan anslutas. Företagsformen ger också en ökad konkurrenskraft. Det bör också vara rimligt att legitimerade tandhygienister kan anslutas till försäkringen. Utvecklingen inom tandvårdsbranschen, liksom tandvårdsförsäkringen, torde också komma att främjas av att även företag kan vara anslutna.

Regeringen anser att anslutning till försäkringen bör kunna ske av såväl fysisk som juridisk person som bedriver tandvårdsverksamhet. Det bör således vara möjligt att ansluta ett företag. För själva tandvårdsarbetet inom företaget krävs helt naturligt legitimation eller behörighet, beroende på arbetsuppgifterna. Försäkringsbestämmelserna bör utformas så att det för varje mottagning finns en legitimerad tandläkare eller tandhygienist som är ansvarig för verksamheten inom ramen för sin kompetens. Anslutningen av fysiska personer bör likaså avse legitimerad personal. Detta innebär att även legitimerade tandhygienister själva kan få direkt anslutning till försäkringen.

Försäkringskassan bör naturligtvis efter behov kunna förvissa sig om, att den som söker anslutning har förutsättningar att bedriva verksamheten och t.ex. har erforderlig personal, ändamålsenlig utrustning och lämpliga lokaler samt att verksamheten ekonomiskt sett är seriös.

Om ett företag ansluts till försäkringen är företaget ansvarigt gentemot försäkringskassan. Om kassan anser att missförhållanden föreligger får kassans åtgärder riktas mot företaget. Den tandläkare eller tandhygienist som lämnar ett sådant företag bör kunna vinna individuell anslutning till försäkringen.

Om företaget ansluts till försäkringen är det företaget som tecknar avtal med patienten. Avtalet kan, beroende på patientens önskemål, innehålla att en viss tandläkare och/eller tandhygienist inom företaget är den som i första hand skall ta hand om patienten.

Vi vill påpeka att det individuella yrkesansvaret för personal inom tandvården inte kan överflyttas på ett företag och att personalen i den delen är underkastad tillsynslagstiftningen och det ansvar som därmed kan utkrävas. Tillsynen inom hälso- och sjukvården inkl. tandvården utövas av Socialstyrelsen, som numera förfogar över regionala enheter

för tillsyn. I avsnitt 4.7 betonas vikten av tillsyn över tandvården ytterligare.

Den som ansluts till försäkringen och är enskild näringsidkare samt innehar F-skatteskedel skall själv betala samtliga sociala avgifter. Endast ett fåtal tandläkare torde finnas i dag som inte kan återopa F-skatteskedel. Försäkringskassan har i sådant fall att göra avdrag från försäkringsersättningen enligt 12 § i tandvårdstaxan. Normalt bör i det nya ersättningssystemet F-skatteskedel krävas för anslutning.

Den nya ordningen bör inte medföra någon förändring för landstinget och dess folktandvård, annat än att landstinget – självt en juridisk person – vid behov kan omvandla folktandvårdsenheter till juridiska personer som kan anslutas till försäkringen.

Reglerna för utbetalning av försäkringsersättning, liksom för återkrav m.m. bör anpassas med hänsyn till att även företag enligt vad som nämnts i det föregående avses kunna vara anslutna till försäkringen (se vidare avsnitt 5.2)

Övergångsbestämmelser bör utfärdas, så att de tandläkare som finns anslutna till försäkringen när det nya ersättningssystemet träder i kraft, i normalfallet kan föras in i systemet genom en enkel omregistrering.

4.6.2 Ersättning för tandtekniskt arbete m.m.

Regeringens förslag: Tandläkaren skall på marknadsmässiga grunder upphandla tandtekniska arbeten och tandtekniskt material från leverantörerna. Ersättningen till de tandtekniska laboratorierna skall betalas av tandläkaren i stället för av försäkringskassorna.

För tandtekniskt arbete som omfattas av försäkringen, och som inte utförs av tandläkaren själv, skall tills vidare gälla att endast tandtekniska laboratorier inom folktandvården och av Socialstyrelsen godkända enskilda laboratorier får anlitas.

I avvaktan på att s.k. tredjepartscertifiering i överensbestämmelse med EG:s direktiv införs skall dentala material som avses undergå sådan certifiering granskas av Nordiska institutet för odontologisk materialprovning (NIOM). Material som granskats av NIOM skall då också ha godkänts för att omfattas av försäkringsersättning.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Nästan alla remissinstanser är positiva till utredningens förslag. Socialstyrelsen anser dock att förslaget saknar en konsekvensanalys samt att upphandling och fri prissättning kan leda till kvalitetsproblem i framtiden. Tandteknikerförbundet anser att tandteknikertaxan skall finnas kvar samt att försäkringskassan även fortsättningsvis skall ansvara för utbetalning av ersättning till tandtekniska laboratorier. Förbundet anser också att en åtskillnad måste göras mellan arvodet och material.

Skälen för regeringens förslag: Kostnaderna inom såväl premietand-

vården som åtgärdstaxan för tandtekniskt arbete och material bör som redan nämnts inräknas i de belopp som fastställs för försäkringsersättning liksom i beloppen för patientavgifter och premier. Dels förenklas på så sätt ersättningssystemet genom att ett totalpris införs för respektive tandvårdstjänst, dels betonas enhetligheten i fråga om tjänstens kvalitet och tandläkarens ansvar härför. Det sistnämnda är också ett skäl till att tandläkaren bör upphandla det tandtekniska arbetet och materialet och därmed också betala ersättningen till leverantören. Remissinstanserna med undantag för Tandteknikerförbundet är positiva till förändringen. Denna avses komma till uttryck i den nya förordningen om tandvårdsförsäkringens ersättningsbestämmelser.

Enligt nuvarande bestämmelser är det tandläkaren som beställer arbetet hos det tandtekniska laboratoriet, om han inte utför det själv. Arvodena beräknas enligt tandteknikertaxan. Det tandtekniska laboratoriet upprättar faktura. Tandläkaren tar upp fakturerade arvoden, jämte eventuellt eget sådant arvode, på sin tandvårdsräkning till patienten och försäkringskassan. Patienten betalar till tandläkaren en patientavgift för hela behandlingen, varvid avgiften räknas ut enligt gällande procentsats för patientavgift på summan av samtliga aktuella arvoden. Försäkringsersättning enligt den tandtekniska fakturan betalas ut av försäkringskassan direkt till laboratoriet efter attest av tandläkaren. Utbetalningen av tandläkarens ersättning minskas av kassan med det belopp som laboratoriet fått. Utbetalningarna till tandläkarna och laboratorierna kan omfatta olika perioder. Tandläkaren får för närvarande betalt först vid behandlingsperiodens slut.

Det nuvarande systemet är således relativt krångligt. Tandläkarens ansvar för det tandtekniska arbetets kostnader är inte särskilt framträdande. Försäkringskassans möjligheter till kontroll är i praktiken mycket små. Den ekonomiska redovisningen är komplicerad. Den avsedda ändringen bör innebära en förbättring på dessa punkter. Däremot skulle ändringen kunna uppfattas som ogynnsam för de tandtekniska laboratorierna jämfört med de fördelar de onekligen har i nuvarande system. Tandteknikerförbundet har som framgår av det föregående avstyrkt förslaget om ny ersättningsordning inom det tandtekniska området. Förbundet anser bl.a. att de kommersiella intressena ökar på patientens bekostnad och att kvaliteten äventyras. Vidare skulle myndigheternas bevakning av prisbildningen uteslutas och försäkringen bli utan beslutsunderlag.

Antalet godkända tandtekniska laboratorier beräknas nominellt uppgå till ca 900, varav i det närmaste 700 anses kunna betecknas som aktiva i full omfattning. Drygt 500 av dem är organiserade i Dentallaboratoriernas Riksförening, en intressegrupp vars medlemmar i sin egenskap av tandtekniker företräds av Tandteknikerförbundet. Den ekonomiska omslutningen kan uttryckas i den av tandvårdsförsäkringen utbetalda arvodesersättningen till laboratorierna. Den anges för år 1992 ha uppgått till i det allra närmaste två miljarder kronor.

Den tandtekniska branschen i Sverige står på en internationellt sett mycket hög nivå. Branschen får också enligt regeringens mening anses

vara både väldefinierad till sin roll och ekonomiskt lämpad för en marknadsanpassning. Branschen bör därför vara väl ägnad att möta de föreslagna förändringarna. Det bör för övrigt inte finnas någon anledning att tro annat än att tandläkaren skulle klara sin roll som upphandlare, inkl. betalare av de upphandlade tjänsterna. Det vi förordar innebär i själva verket ett tydligare och tidsmässigt mer påtagligt betalningsansvar för tandläkaren än det nuvarande systemet med attester till försäkringskassan. Några försämrade betalningsförhållanden bör därför inte uppstå. Utrymmet för marknadsmässighet bör öka genom tandläkarens frihet att bestämma patientpremierna i premietandvården. Att fria patientavgifter inte samtidigt införs också i alla delar av åtgärdstaxan bedöms inte vara något hinder för den lösning som förordas.

Kvaliteten med avseende på tandläkarens val av leverantör för tandtekniskt arbete respektive val av material bör såvitt ankommer på försäkringstillämpningen garanteras genom bl.a. kraven på godkännande av laboratorier och av dentala material. En annan viktig roll för kvaliteten spelar de förut redovisade principerna för utformning av åtgärdstaxan, bl.a. vad gäller angivning av försäkringens standard över huvud taget och sättet för sammanvägning av olika metoder och material i respektive åtgärd. Samma standard avses gälla också i premietandvården. Patienten bör därmed vara skyddad mot kommersiella intressen när det gäller val av såväl behandlingsmetoder som material.

Frågan om godkännande av dentala material och tandtekniska arbeten sammanhänger med lagstiftningen till följd av bl.a. EES-avtalet och EG-samarbetet. Dessa frågor har behandlats i prop. 1992/93:175 om medicintekniska produkter. Mot den bakgrunden bör följande gälla i samband med att en förändrad tandvårdsförsäkring införs den 1 juli 1994.

Dentala material torde enligt den nämnda lagstiftningen fr.o.m. den 1 januari 1995 underkastas s.k. tredjepartscertifiering. Ett organ som avses kunna utföra sådan kontroll är det Nordiska institutet för odontologisk materialprovning (NIOM) i Oslo. Det bör vara ändamålsenligt att i den nya tandvårdsförsäkringen redan från början införa en kontroll av ifrågavarande slag. Fr.o.m. den 1 juli 1994 bör därför gälla, att de dentala material som används inom ramen för försäkringen – om de omfattas av nyss nämnda certifiering – skall vara godkända av NIOM. Efter den 1 januari 1995 kan ytterligare certifieringsorgan komma att finnas.

Tandtekniska arbeten utgör i dessa sammanhang s.k. custom made devices (för kunden specialanpassade produkter) och omfattas av EG:s direktiv fr.o.m. den 1 januari 1995. Ett myndighetssamarbete i Europa avses tas upp i dessa frågor. Tills vidare har kravet på att Socialstyrelsen skall godkänna tandtekniska laboratorier behållits (se prop. 1992/93:175, s. 29). Försäkringsersättningen bör då, på samma sätt som nu, endast lämnas för arbeten utförda av godkända laboratorier.

Regeringens bedömning: En förbättring av förutsättningarna för konkurrens inom tandvården är ett viktigt inslag i genomförandet av de riktlinjer och förslag som regeringen redovisade i propositionen 1992/93:43 om ökad konkurrens i kommunal verksamhet och som godkändes av riksdagen (bet. 1992/93:SoU9, rskr. 1992/93:105).

Den förändring av försäkringssystemet inom tandvården som vi förordar innehåller i sig betydande förbättringar av förutsättningarna för konkurrens och näringsfrihet. Ytterligare åtgärder bör emellertid vidtas i konkurrensbefrämjande syfte i samband med förändringen av tandvårdsförsäringen.

Bl.a. bör det skapas lika villkor mellan privata och offentliga vårdgivare när det gäller redovisning av mervärdesskatt. Ett utredningsförslag härom är under remissbehandling.

Vidare bör utvecklingen av landstingens redovisning av folktandvårdens ekonomi och verksamhet påskyndas.

Vad gäller själva försäkringsbestämmelserna bör de nuvarande reglerna i tandvårdstaxan om upprättande av tandvårdsräkning, om period för utbetalning av försäkringsersättning och om förhandsprövning ändras, så att de privata och de offentliga vårdgivarna i största möjliga utsträckning får samma rutiner.

Såväl den planerade samordningsdelegationen för tandvårdsförsäringen som Konkurrensverket bör från konkurrenssynpunkt följa den fortsatta utvecklingen inom området, bl.a. så att effekterna av förändringarna kan utvärderas.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är i huvudsak positiva till utredningens åsikter och förslag för att åstadkomma konkurrens på lika villkor.

Konkurrensverket och Sveriges Privattandläkarförening lämnar förslag till åtgärdsprogram för att åstadkomma konkurrensneutralitet. Konkurrensverket anser att följande åtgärdsprogram krävs för att ett modifierat försäkringssystem skall kunna införas på en tandvårdsmarknad.

- Slopas etableringskontroll i form av behovsprövning för allmän- och specialisttandläkare.
- Omorganisation av folktandvården till självständiga resultatenheter, helst som fristående juridiska enheter, med sluten kostnadsredovisning för varje verksamhetsgren.
- Införande av tandvårdspeng för barntandvården hos samtliga tandvårdshuvudmän. På sikt, när marknadsförutsättningar har skapats, kan även en lösning med regelbunden anbudstävlan komma i fråga.
- Upphandling av sjukhus- och specialisttandvård genom anbudstävlan.

Sveriges Privattandläkarförening föreslår ett åtgärdsprogram med i stort

sett samma innehåll som Konkurrensverkets program. Föreningen vill också att verket skall ges i uppdrag att bedriva aktiv konkurrensövervakning inom tandvårdsområdet samt att konkurrensneutrala mervärdes-skatteregler införs. Vidare vill föreningen att landstingets roller inom tandvården skall renodlas och särskiljas genom en beställar/utförarorganisation.

Skälen för regeringens bedömning: Utredningen har i sin första rapport lämnat en redogörelse för de konkurrensfrågor som för närvarande anses aktuella inom vuxentandvården. Utredningen anser vidare att dess förslag till systemutformning i stort bör bidra till förbättrade konkurrensförutsättningar inom vuxentandvården. Härutöver lämnar den förslag till vissa konkreta ändringar av de regler i tandvårdsförsäkringen som i dag ger privata och offentliga vårdgivare olika konkurrensvillkor. Utredningen pekar också på möjligheterna att på olika sätt underlätta verksamhetsmässiga och ekonomiska jämförelser mellan folktandvård och privat tandvård. Vidare hänvisar utredningen till den utveckling som inletts i fråga om nya driftsformer inom folktandvården och för verksamhet på dennas uppdrag.

En fråga av särskild aktualitet när det gäller redovisning är enligt utredningen de för de offentliga och privata vårdgivare olika reglerna i fråga om avdragsrätt för ingående mervärdesskatt. Utredningen pekar också på landstingens och folktandvårdens särskilda roller och åtaganden, liksom på de skillnader i konkurrensförutsättningar som naturligen följer av olika organisationsutformning och organisationsstorlek.

Konkurrensverket anför i sitt remissyttrande över utredningens första rapport, att utredningens förslag om nytt ersättningssystem för att kunna genomföras måste kompletteras med vissa konkreta åtgärder inom konkurrensområdet. Verket anser att etableringskontrollen bör slopas, att folktandvården bör omorganiseras till självständiga resultatenheter, bl.a. med s.k. slutna kostnadsredovisning för varje verksamhetsgren, att s.k. tandvårdspeng för barntandvård bör införas generellt för att på sikt ersättas av anbudstävlan samt att upphandling genom anbudstävlan bör ske av sjukhus- och specialisttandvård. Privattandläkarna framför i sitt yttrande synpunkter av liknande innebörd.

Regeringen har i den tidigare nämnda propositionen om ökad konkurrens i kommunal verksamhet givit sin grundsyn på de nu berörda frågorna. Konkurrens är ett viktigt medel för att uppnå ökad effektivitet i den kommunala sektorn. Möjligheterna till entreprenader i specialreglerad kommunal verksamhet ökade genom de regeländringar som genomfördes. Bl.a. har som tidigare nämnts i TVL införts en regel om att ett landsting kan avtala med annan om att utföra tandvård som enligt lagen ankommer på landstinget och dess folktandvård. I propositionen framhölls vidare att en mer enhetlig redovisning av kommunernas verksamhet och kostnader motiveras av ett behov av nationell uppföljning och utvärdering och av önskvärdheten av en ökad konkurrens. I princip borde lagstiftning med krav på den kommunala redovisningens utformning kunna komma i fråga inom områden med klart uttalade nationella mål, t.ex. hälso- och sjukvården. Ett utvecklingsobjekt i fråga om natio-

nell uppföljning och utvärdering borde dock avvaktas innan några tvingande regler om redovisning infördes.

Regeringen delar den uppfattning som framförts av såväl utredningen som Konkurrensverket att konkurrensförutsättningarna inom tandvården bör förbättras.

Den förordade utformningen av tandvårdsförsäkringen i stort innehåller viktiga inslag som är ägnade att såväl förbättra konkurrensvillkoren som att främja näringsfriheten inom tandvården. Hit hör upphävandet av etableringsbegränsningen, införandet av fri prissättning av patientavgifterna inom premietandvård och i delar av åtgärdstaxan, möjlighet till försäkringsanslutning även för tandvårdsföretag liksom för tandhygienister samt valfriheten för både vårdgivare och patienter när det gäller ersättningsform. Till de systeminslag som ger förbättrade konkurrensförutsättningar hör också åldersbaseringen av försäkringsersättningen i premietandvården samt den valda formen för förstärkning av försäkringsskyddet för patienter med särskilda tandvårdsbehov. Båda dessa sistnämnda inslag bör bidra till att utjämna skillnaderna mellan folktandvård och privat tandvård när det gäller patientrekrytering och därmed förbättra konkurrenskraften. De nya principerna för åtgärdstaxans utformning bör bidra till ökad effektivitet i resursutnyttjandet, en viktig förutsättning för verksamhet på en konkurrensutsatt marknad liksom för ökad näringsfrihet. Upphandlingen av tandtekniskt arbete och material ger en klarare rollfördelning på tandvårdsmarknaden.

Beträffande barn- och ungdomstandvården som Konkurrensverket berör, se vidare avsnitt 7.

En särskild översyn av specialisttandvårdens organisation och finansiering avses ske med utgångspunkt i utredningens förslag (se avsnitt 4.5). Konkurrensverket ser positivt på utredningens förslag om specialisttandvård men vill i och för sig gå längre. Verkets synpunkter bör kunna behandlas i den förutskickade nya översynen av specialisttandvården.

Vissa särskilda åtgärder bör emellertid vidtas inom tandvårdsförsäkringens regelsystem i syfte att utjämna vissa rådande olikheter mellan privat och offentlig vuxentandvård och därmed starkt förbättra konkurrensvillkoren. Det gäller främst åtgärder inom åtgärdstaxans ram. I premietandvården bör försäkringsvillkoren genom den förordade utformningen redan från början bli konkurrensneutrala. Det bör bli möjligt att också i åtgärdstaxan tillämpa samma period för utbetalning av försäkringsersättning till privatvårdsläkare som till folktandvården även om införande av en självrisk försvårar detta. Samma regler bör också gälla för alla vårdgivare i fråga om att upprätta tandvårdsräkningar och sända in dem till försäkringskassan. I sistnämnda avseende bör dock, som utredningen föreslagit, RFV beakta de tekniska förutsättningarna för överföring av uppgifterna. Vidare bör förhandsprövningarna för folktandvården föras över till försäkringskassorna.

Utredningen om vissa mervärdesskattefrågor föreslår i sitt andra delbetänkande (SOU 1993:75), att den s.k. utvidgade avdragsrätten för ingående mervärdesskatt, som infördes den 1 januari 1991 för primär-

kommuner och landsting, avskaffas liksom det särskilda statsbidrag som sammanhänger härmed. Avdragsrätten var, när den infördes, motiverad av behovet av lika behandling vid jämförelse av egenregiarbeten med utomstående leverantörers anbud i samband med upphandling. För viss verksamhet som i sig inte är momspliktig, bl.a. tandvården, uppstod emellertid vissa problem. Bl.a. måste de kommunala huvudmännen för sådan verksamhet kompenseras genom ett särskilt statsbidrag för att kunna göra externa upphandlingar. En annan konsekvens, som varit påtaglig för tandvården, har blivit risken för haltande prisjämförelser mellan offentlig och privat verksamhet inom icke momspliktiga områden. Det sistnämnda utgör den för privattandvården konkurrensför-sämrande faktor som har påtalats i samband med översynen av tandvårdsförsäkringen. Mervärdesskatteutredningen föreslår att förslaget skall träda i kraft den 1 januari 1995. Remissbehandling pågår.

Vi instämmer i bl.a. Konkurrensverkets synpunkter om ökad resultat-inriktning för enheterna inom folktandvården och om en tydligare åtskillnad mellan olika verksamheter och finansieringskällor. Detta är emellertid en utveckling som redan pågår inom landstingen, även om man kommit olika långt.

Sett ur ett konkurrensperspektiv är det naturligtvis önskvärt att den allmänna vuxentandvården hos landstingen bedrivs så att den kan finansieras enbart med de intäkter som erhålls från tandvårdsförsäkringen och motsvarande patientavgifter. Även det kommunalekonomiska perspektivet talar härför. Förslaget om premietandvård med fria premier bör göra det möjligt för alla vårdgivare att få en rimlig kostnadstäckning inom försäkringens ram.

Det kan emellertid inte uteslutas att det till följd av landstingens särskilda vårdansvar kan finnas behov av extra insatser för att vuxentandvård skall kunna erbjudas, t.ex. i glesbygd. I sådana fall kan landstinget behöva anlägga andra synpunkter än enbart näringsidkarens när det gäller att bedöma om verksamheten skall äga rum och hur den skall kunna finansieras. Det väsentliga är då dels att det ges möjlighet till konkurrens även i fråga om sådana insatser som kräver särskild finansiering, dels att finansiella tillskott redovisas på ett tydligt sätt.

Av skäl som redan nämnts bör dock inte några tvingande regler för den kommunala redovisningen tills vidare införas. Regeringen förutsätter att ett utvecklingsarbete ändå kommer till stånd och att Landstingsförbundet här har en samordnande roll. Både utredningen och Konkurrensverket har pekat på att redovisningen av såväl verksamhet som finansiering inom folktandvården bör utvecklas. Det gäller att avgränsa vissa landstings- och folktandvårdsspecifika verksamheter och deras kostnader i förhållande till allmäntandvården, så att en så korrekt bild som möjligt skapas.

Landstingen och folktandvården har flera lagstadgade uppgifter. Allmän vuxentandvård är endast en av uppgifterna och den är dessutom inte tvingande på samma sätt som t.ex. barn- och ungdomstandvård och specialiststandvård, även om landstinget ytterst ansvarar för att även sådan vård kommer till stånd inom hela området. Principen för redovis-

ningen bör vara att myndighetsuppgifter avskiljs från serviceproduktion och att denna i sin tur redovisas per verksamhetsgren. Utredningen refererar ett utvecklingsarbete inom Stockholms läns landsting i detta hänseende. Det är emellertid angeläget att dessa frågor tas upp mer allmänt av landstingen. Också Konkurrensverket förordar i detta syfte att folktandvården tillämpar en redovisning där kostnader och intäkter hänförs till respektive verksamhet. Detta skulle minska risken för s.k. korssubventionering inom folktandvården. Verket nämner exemplet att skattemedel till barn- och ungdomstandvård, i avsaknad av sådan redovisning, kan komma att subventionera vuxentandvården. Konkurrensverket framhåller också att en redovisning av nu föreslagen typ, förutom att ge en bättre bild av kostnaderna, också bör ge en bättre garanti mot underprissättning. Vi vill tillägga att den utveckling som pågår inom landstingen i fråga om s.k. resultatenheter, liksom ifråga om ombildning av folktandvårdskliniker till fristående enheter, är andra steg i den önskade riktningen.

Utredningen har också tagit upp frågan om organisationsstorlekens betydelse i konkurrenssammanhang och framhåller att stora och små organisationer var för sig har sina specifika för- och nackdelar. Dessa skillnader påverkar visserligen konkurrensförmågan, men kan inte sägas utgöra reglerade konkurrensvillkor. Utredningen har också pekat på behovet av utveckling i olika hänseenden i syfte att skapa rationella produktionsförhållanden inom tandvården och att stärka respektive företagares risktålighet och ekonomiska uthållighet. Konkurrensverket framhåller att en strävan mot optimal företagsstorlek ständigt sker på en fungerande konkurrensmarknad.

Vi anser att tandvårdsförsäkringen i dessa sistnämnda hänseenden bör medverka till en effektiv och rationell tandvård som skall kunna bedrivas inom ramen för vad som är företagsekonomiskt lämpligt. I de diskussioner som utredningen anordnat med olika företrädare för tandvården synes också allmän uppslutning ha skett i dessa frågor.

Vad vi nyss redovisat i fråga om förbättring av de faktiska konkurrensvillkoren bör innebära att ytterligare ett viktigt mål för en förnyelse av tandvårdsförsäkringen uppnås. Det är viktigt att målsättningarna genomförs. Den planerade samordningsdelegationen bör därför noga följa utvecklingen inom tandvården också vad gäller konkurrens, ekonomi och företagandeformer. Det bör då också vara en uppgift för delegationen att bedöma om denna utveckling kan stimuleras genom särskilda insatser, eller på annat sätt påskyndas, och att lämna de förslag som behövs. Regeringen utgår från att Konkurrensverket från konkurrenssynpunkt följer utvecklingen inom tandvården.

4.7.1 Grundläggande principer

Regeringens bedömning: Målen för uppföljning och utvärdering av tandvårdsförsäkringen bör sammanfalla med de mål för och krav på tandvården som framgår av tandvårdslagen:

- god tandhälsa
- vård på lika villkor för hela befolkningen
- god tandvård

Uppföljning och utvärdering bör inriktas på:

- vårdkvalitet
- tandhälsans utveckling
- tandvårdens kostnader och finansiering
- försäkringens tillämpning
- reformens utfall
- konkurrensneutraliteten

De centrala myndigheternas nuvarande ansvarsområden bör inte förändras vad gäller uppföljning och utvärdering.

Riktade studier, t.ex. på urvalsbasis, bör väljas i största möjliga mån. Generell rutinmässig inrapportering av uppgifter bör begränsas.

Utredningens förslag: Överensstämmer i allt väsentligt med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är positiva. Flertalet landsting anser dock att deras roll vid uppföljning och utvärdering bör betonas mer.

Skälen för regeringens bedömning: Motivet för det förordade uppföljningssystemet är bl.a. att riksdag, regering, berörda myndigheter och organisationer skall få tillgång till ett underlag vid utvärdering av tandvårdsförsäkringen. Det är viktigt att en avstämning görs utifrån uppsatta mål. Uppföljningen och utvärderingen bör ske både av premietandvården och åtgärdstaxan och vara kontinuerlig. Till att börja med bör det vara en uppgift för samordningsdelegationen att initiera och följa uppföljning och utvärdering av de parallella systemen. En sådan uppföljning och utvärdering bör ske årligen. En mer omfattande sådan bör redovisas efter en treårsperiod.

Idag saknas nästan helt enhetlig och jämförbar information kring prestationer, effekter och kostnader inom tandvården. Det är svårt att få fram uppgifter kring vårdkonsumtion i olika åldrar och i olika delar av landet. Bristen på relevant information gör det för närvarande svårt att på nationell nivå utvärdera verksamheten.

Vi anser att det är angeläget att uppföljningssystem finns framtagna

vid införandet av en ny tandvårdsförsäkring och att systemen utformas så att den dagliga administrationen inte ökar.

Det är också viktigt att följa tandhälsoutvecklingen och dess förklaringsfaktorer bl.a. för att vid behov kunna förändra systemet.

Uppföljning av tandhälsan är en process som sträcker sig över en lång period och dokumenteras med tandhälso- och tandsjukdomsvariabler. Exempel på sådana variabler är att för åldersgruppen 20 – 40 år notera antalet karies- och fyllningsfria tänder samt för åldersgruppen 40 år och äldre notera antalet befintliga tänder. Det är också angeläget att beslutsfattarna informeras om hur stor del av befolkningen som söker tandvård regelbundet. Regelbundenhet är bl.a. en förutsättning för en bra tandhälsa.

Vård på lika villkor betyder enligt förarbetena till TVL att olikheter i vården inte får förekomma på grund av ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella och geografiska förhållanden.

För att kunna kontrollera statens utgifter bör bl.a. försäkringskostnaderna för vuxentandvården, vuxentandvårdens totala finansiering (inklusive landsting och odontologiska fakulteter) samt kostnaderna för all tandvård dvs. även barn- och ungdomstandvården följas upp.

Information som kan vara av vikt vid utvärdering av försäkringens tillämpning och reformens utfall är bl.a. andelen patienter i respektive system samt vad som karakteriserar patienter i premietandvården respektive åtgärdstaxan samt personer som inte söker tandvård. För närvarande finns det vissa formella tillsynssystem med inriktning på tandvårdens kvalitet. Till dessa hör utbildningssystemet, viss lagstiftning, legitimations- och behörighetsbestämmelser, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Socialstyrelsens tillsynsfunktioner och sjukvårdshuvudmännens förtroendenämnder.

De centrala myndigheternas nuvarande ansvarsområden bör inte förändras. Socialstyrelsen ansvarar för uppföljning och utvärdering av vårdkvalitet och tandhälsoutveckling medan RFV och försäkringskassorna ansvarar för tandvårdsförsäkringens tillämpning och effekter samt försäkringens finansiering och kostnad.

4.7.2 Kvalitetssäkring

Regeringens bedömning: Arbetet med kvalitet och kvalitetssäkring inom tandvården bör ses som ett ansvar främst för yrkesutövarna. Det bör bedrivas på den enskilda mottagningens/klinikens nivå.

Nationella kvalitetsindikatorer måste utvecklas, liksom metodik, exempel m.m. Ett statligt ekonomiskt stöd bör kunna ges till sådant utvecklingsarbete.

Utredningens förslag: Överensstämmer i allt väsentligt med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är positiva.

Skälen för regeringens bedömning: Arbetet med kvalitetssäkring inom tandvården är angeläget av flera skäl. Förutom omsorgen om patienten tillkommer genom den förordade premietandvården ytterligare motiv genom att kvalitetssäkring kommer att bli viktig ur konkurrenssynpunkt. Låg kvalitet i verksamheten leder till ökade kostnader, t.ex. i form av omgörningar.

Vårdgivarnas ansvar för att tandvården är av god kvalitet är naturligt. Här kan bl.a. nämnas att Socialstyrelsens föreskrifter i ämnet träder i kraft den 1 januari 1994 och innehåller riktlinjer för hur kvalitetssäkring bör bedrivas på klinisknivå.

Dokumentation av den egna verksamheten är i första hand ett stöd för den interna kvalitetsutvecklingen men även en grund för uppföljning på regional och nationell nivå.

Som utredningen har föreslagit i sin huvudrapport bör ett s.k. stimulansbidrag kunna lämnas som stöd för särskilt angelägna utvecklingsinsatser. Ett angeläget utvecklingsarbete är att ta fram nationella kvalitetsindikatorer samt en metodik för kvalitetssäkring. Ett sådant stimulansbidrag bör kunna administreras av den planerade samordningsdelegationen.

4.7.3 Ekonomisk uppföljning

Regeringens bedömning: Försäkringskostnaderna för vuxentandvården bör följas upp och redovisas kontinuerligt av RFV. Verket bör också ha ansvar för att vid behov kunna redovisa beräknade patientkostnader.

Vuxentandvårdens totala finansiering (inkl. den vuxentandvård som bedrivs av landsting och odontologiska fakulteter) bör belysas genom särskilda, återkommande studier. Detsamma bör gälla kostnaderna för all tandvård inkl. barn- och ungdomstandvården.

Tandvårdens faktiska produktionskostnader bör med vissa mellanrum belysas genom s.k. omkostnadsuppföljningar. Övergångsvis bör detta vara en uppgift för den särskilda samordningsdelegationen.

Utredningens förslag: Överensstämmer i allt väsentligt med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är i huvudsak positiva. RFV anser dock att för att den ansvariga myndigheten skall ha kärnedom om bruttoarvodet, dvs. både patientens och försäkringens andel, bör tandläkaren även rapportera in patientpremien till försäkringskassan. Verket anser också att utvecklingen av tandvårdens totala kostnad bör följas av den myndighet som ansvarar för försäkringstillämpningen.

Skälen för regeringens bedömning: RFV bör ha tillgång till den löpande ekonomiska redovisningen och därigenom kunna följa upp och redovisa försäkringskostnaderna för vuxentandvården.

Patientkostnadernas storlek bör också följas upp av RFV. Premien för

varje patient i premietandvården kommer inte att vara känd hos försäkringskassan på samma sätt som de debiterade patientavgifterna enligt de nuvarande tandvårdsräkningarna. Patientkostnader för premietandvårdspatienter bör därför beräknas genom urvalsundersökningar. Inledningsvis bör sådana undersökningar göras periodiskt.

Vuxentandvårdens, resp. hela tandvårdens totalkostnad, bör tas fram genom särskilda, återkommande studier. Det finns flera olika intressenter och tänkbara aktörer i fråga om information om resp. framtagande av dessa kostnader. Syftet med en studie påverkar bl.a. vilka redovisningsuppgifter som behövs. Frågan bör utvecklas av den planerade samordningsdelegationen.

För att kunna anpassa den fasta ersättningen i en premietandvård och arvodesnivån i åtgärdstaxan krävs en fortlöpande uppföljning av omkostnaderna i tandvården. Justering av ersättningarna på grundval av sådan omkostnadsuppföljning bör genomföras med regelbundna intervaller, t.ex. vart femte år. Justeringar däremellan kan grundas på ett för tandvården särskilt framtaget index. Denna fråga bör, som utredningen föreslår, övergångsvis ingå som en särskild uppgift för den nämnda samordningsdelegationen.

5. Administrativa och ekonomiska effekter

5.1 Inledning

Regeringens ställningstaganden vad gäller riktlinjer för ersättningsystemets regelinnehåll i stort och för utformningen av vissa delar av administrationen av systemet har redovisats i de föregående avsnitten. Här behandlas kort de övriga administrativa frågor som bör tas upp i anslutning till riktlinjerna samt ges en bedömning av de administrativa och ekonomiska effekterna av den nya utformningen av tandvårdsförsäkringen.

För premietandvården har utredningen föreslagit, att administrationen av systemet grundas på att tandläkaren anmäler till försäkringskassan när han slutit avtal med en patient om anslutning. Avtalet omfattar i allt väsentligt obligatoriska moment som är reglerade i de allmänna försäkringsbestämmelserna. Härutöver kan tandläkaren och patienten avtala om vård som inte omfattas av försäkringen. Avtalet bör därmed enligt utredningens mening inte behöva sändas in till kassan. Kassan svarar för registrering av anmälan och för en bekräftande avisering till patienten. Om det ADB-register som behövs skall vara lokalt vid kassan eller ett gemensamt centralt register, lämnas tills vidare öppet av utredningen, bl.a. med hänsyn till utvecklingen av de rättsliga aspekterna på de s.k. vårdersättningsregistren. Vidare svarar kassan för utbetalning av den fasta årliga försäkringsersättningen.

I utredningsförslaget finns också riktlinjer i fråga om regler för uppsägning, avanmälan, byte av tandläkare och skydd för den enskilde.

I samband med sitt förslag om särskilt högkostnadsskydd har utredningen i sin andra rapport vidareutvecklat frågan om förhandsprövningar. Vidare har utredningen föreslagit att förtroendetandläkarnas ställning förstärks och förtydligas.

Utredningsförslaget i fråga om åtgärdstaxan har behandlats i avsnitt 4.3. Förslag till ändrade rutiner för bl.a. tandvårdsräkningar och för ersättning till tandtekniska laboratorier har behandlats i avsnitt 4.6.

5.2 Administrativa effekter

Regeringens bedömning: Utformningen av tandvårdsförsäkringen med två parallella system kan särskilt inledningsvis vara administrativt krävande. Samtidigt innebär såväl premietandvård som åtgärdstaxa, med den förordade utformningen, var för sig betydande förenklingar i förhållande till dagens system.

Visst administrativt utrymme som skapas inom försäkringskassorna bör utnyttjas för en aktiv uppföljning av försäkringstillämpningen. Förtroendetandläkarnas ställning bör förstärkas och förtydligas.

Utredningens detaljförslag bör i allt väsentligt kunna utgöra grunden för det fortsatta arbetet med den administrativa utformningen av försäkringen.

Den förordade utformningen av tandvårdsförsäkringen bör, särskilt i premietandvården, ge en bättre ekonomisk överblick för både vårdgivare och patienter. Tandvårdsförsäkringens kostnader bör bli lättare att överblicka. Successivt bör väsentliga besparingar kunna göras.

Utredningens förslag: Överensstämmer i allt väsentligt med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Remissinstanserna instämmer i huvudsak med utredningens förslag. Enligt Försäkringskassförbundet innebär förslaget på kort sikt inte någon besparing i administrationen. De positiva effekterna av minskad administration genom en förenklad åtgärdstaxa och införande av premietandvård reduceras genom administrationen av två parallella system.

Skälen för regeringens bedömning: Systemlösningens fördelar bör innebära att den rent administrativa nackdelen med två parallella system bör accepteras. Den valfrihet för vårdgivarna som nu förordas bör inte bara öka systemlösningens fördelar utan också minska den administrativa nackdelen på vårdgivarsidan.

Premietandvården bör innebära stora förenklingar i förhållande till dagens system. Tandvårdsräkningar till patienter och försäkringskassor för utförd behandling behövs inte annat än undantagsvis. Granskningen vid kassorna och deras utbetalningar förenklas starkt. Utbetalningarna av fast ersättning bör ske månadsvis i syfte att underlätta periodisering vid avbrott m.m. och skapa ett jämnt flöde. Också patienternas betal-

ningar förenklas i hög grad. Vissa administrativa moment tillkommer dock, t.ex. för vårdgivarna i form av avtal och premieberäkning samt anmälan och avanmälan. Försäkringskassorna behöver bl.a. ha uppgift om vilka patienter som en tandläkare har anslutna. Den uppgiften behövs för beräkning av försäkringsersättningen och för att hindra dubbelanslutning eller samtidigt utnyttjande av åtgärdstaxan. Patienterna är inte alltid försäkrade hos samma kassa som den där tandläkaren är ansluten.

Genom åtgärdstaxans utformning förenklas grunderna för debitering liksom själva tandvårdsräkningen och betalningsförfarandet. Debitering av försäkringsersättning bör kunna ske för varje månad för all utförd vård, oberoende av om varje enskild patient är färdigbehandlad eller inte, även om införandet av självrisk för vissa behandlingsåtgärder försvårar detta. Försäkringskassan behöver varken vid åtgärdstaxa eller premietandvård granska tandtekniska fakturor eller betala ut ersättning till tandtekniska laboratorier. Själva utbetalningarna blir här ett nytt moment för vårdgivarna.

Antalet förhandsprövningar beräknas i utredningens andra rapport minska kraftigt till följd av de nya reglerna. Även efter en överföring till försäkringskassorna av folktandvårdens förhandsprövningar skulle volymen förhandsprövningar vid kassorna uppgå till endast hälften av den nuvarande. Härtill kommer dock prövningar enligt den rutin som blir erforderlig för patienter med sådant ökat tandvårdsbehov på grund av sjukdom eller funktionshinder att de kan komma i fråga för förhöjd försäkringsersättning inom premietandvården. Prövningen som sådan torde dock i huvudsak komma att göras av medicinsk sakkunskap.

Arbetsuppgifterna för försäkringskassornas förtroendetandläkare bör enligt utredningen få en mer uttalad inriktning på uppföljning och kontroll. Rollen som ombud för försäkringen bör förstärkas och förtydligas. I samma syfte bör enligt utredningens mening förtroendetandläkarnas anställningsvillkor ses över av de berörda parterna. Utredningen förordar för sin del ett alternativ med tidsbegränsade förordnanden.

Regeringen ansluter sig i stort till utredningens bedömning av de administrativa effekterna av förslaget. Att följa upp dessa liksom effekterna av försäkringsförändringen i stort blir en viktig uppgift för berörda parter liksom för den planerade samordningsdelegationen. Vi anser också, liksom bl.a. Försäkringskassaförbundet och flera försäkringskassor, att det utrymme som skapas vid kassorna genom de förenklade administrativa rutinerna bör utnyttjas för en ökad uppföljning av försäkringstillämpningen. Det bör då vara fråga om en aktiv, fältorienterad uppföljning, som företas mot bakgrund av vunna erfarenheter och som inte enbart hänför sig till enskilda ersättningsärenden. I samband härmed vill vi understryka vikten av att förtroendetandläkarnas uppgifter och ställning anpassas till de nya behoven.

En stor del av de administrativa reglerna och rutinerna är sådana att de efter ett beslut om de nya riktlinjerna för försäkringen skall kunna bearbetas och omsättas i författningsform. Bl.a. gäller det frågan om ADB-register vid försäkringskassorna.

Av särskild vikt i den fortsatta beredningen är också systemet för att lösa tvister m.m. inom premietandvården samt möjligheterna att ingripa effektivt mot olika former av missförhållanden. Dessa frågor kräver särskilda rättsliga överväganden med hänsyn till önskemålet om att kunna ansluta även företag med flera anställda till försäkringen. Författningsfrågorna avses bli redovisade i den nämnda kommande propositionen.

5.3 Ekonomiska effekter

Utredningen har redovisat kostnadsberäkningar för försäkringen. Utredningen har utgått från en inledande besparingseffekt om 270-300 miljoner kronor. Inledningsvis bör enligt utredningen en del av besparingen kunna användas för stimulansåtgärder och vissa andra genomförandekostnader. Utredningen föreslår vidare att försäkringens ekonomiska stöd, räknat per patient, bör vara lika stort i åtgärdstaxa som i premietandvård. Försäkringsbelopp per åldersgrupp i premietandvården och patientpremierna i denna har kommenterats i avsnitt 4.2. Regeringen instämmer i utredningens bedömning att premietandvården bör innebära att vårdgivarna får det väsentligt lättare att överblicka sin ekonomi och att skapa ett rimligt rörelseresultat utan den press och de knappa marginaler som följer av nuvarande taxa. Bl.a. bör ett utrymme för planmässiga investeringar och för fortbildning och annan utveckling kunna byggas upp.

För patienten i premietandvården blir tandvårdskostnaderna så gott som helt förutsägbara.

Åtgärdstaxans nya uppbyggnad och rutiner bör också ge en bättre ekonomisk överblick för både vårdgivare och patienter, om än inte av samma långsiktiga karaktär som i premietandvården.

Även i fråga om kostnaderna för försäkringen innebär premietandvården en ökad överblick och förutsägbarhet. Åtgärdstaxans utformning bör leda till besparingar. Bl.a. bör besparingar uppkomma genom en väsentligt ökad styckeprisdebitering och tillämpning av principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå. I de delarna bör det bli besparingar också för patienterna. Införandet av självrisk och de ändrade subventionsnivåerna inom taxan förväntas ge betydande besparingar för försäkringen. Detta bör som utredningen föreslagit delvis utnyttjas för en viss inledande arvodeshöjning. Nettoeffekten av dessa förändringar faller på patientkollektivet. För den enskilde patienten blir dock effekten beroende av vilken typ av tandvård han behöver. Förebyggande vård blir billigare för patienten än i dag.

Genom det förordade särskilda högkostnadsskyddet ges ett behovsanpassat skydd för patienten. För den tandläkare som erbjuder premietandvård fungerar det särskilda högkostnadsskyddet också som en återförsäkring genom det allmännas försorg. Samma innebörd gäller vad vi förordat i fråga om ersättning vid olycksfall.

Hur de ekonomiska effekterna kommer att bli beror till en del på hur stor anslutningen blir till premietandvården. Vidare kan en närmare

beräkning av besparingarna i den nya åtgärdstaxan inte ske förrän ställning tagits till den slutliga utformningen i detalj. RFV har som tidigare nämnts fått i uppdrag att redovisa ett konkret förslag utifrån de av utredningen föreslagna principerna. Verket har numera redovisat sitt uppdrag till regeringen.

Med anledning av den nyss nämnda frågan om hur stor anslutningen blir till premietandvården bör det framhållas att några särskilda övergångsbestämmelser för äldre tandläkare inte torde bli aktuella i det alternativ med valfrihet som vi förordat. Om andra skäl än försäkringsutformningen, t.ex. arbetsmarknadsskäl, ändå skulle tala för ett behov av särskilda åtgärder för äldre tandläkare kan detta aktualiseras i anslutning till frågan om tandläkarutbildningens dimensionering.

Regeringen har i budgetpropositionen för budgetåret 1994/95 aviserat en sammanlagd besparing inom tandvården på 600 miljoner kr.

6 Genomförande och fortsatta förberedelser

Under förutsättning av riksdagens godkännande av riktlinjerna för den övergripande utformningen av det nya ersättningssystemet för tandvård har regeringen för avsikt att våren 1994 återkomma till riksdagen med förslag om de lagändringar som erfordras för ett genomförande. Vi avser också att i det sammanhanget översiktligt redovisa ett förslag till ny tandvårdstaxa. Eftersom det nya ersättningssystemet avses träda i kraft tidigast den 1 juli 1994 bör regeringen fastställa den nya taxan under våren 1994.

Ett införande av ett nytt ersättningssystem innebär stora förändringar för alla berörda. Behovet av förberedelser hos såväl vårdgivare som myndigheter kommer därför att vara stort. Detta gäller inte bara administrativa förberedelser utan även utbildnings- och informationsinsatser. De senare insatserna bör riktas till bl.a. vårdgivare, försäkringskassor och allmänhet. Det är också angeläget att reformen följs upp från början och att utvärdering sker efter viss tid.

Vi förutsätter att berörda myndigheter, organisationer och vårdgivare tar sitt ansvar för förberedelserna, men anser att behovet av en samordning av förberedelserna är stort.

Mot den bakgrunden avser regeringen – som tidigare har redovisats – att tillsätta en delegation för samordning av förberedelserna inför genomförandet samt för uppföljning och utvärdering av effekterna av ett nytt ersättningssystem i den inledande fasen.

Härutöver avses delegationen få till uppgift att handlägga frågor om de särskilda stimulansbidrag som bör kunna lämnas från staten för att främja utvecklingen inom tandvården sett från försäkringens synpunkt, dels utarbeta ett förslag för regeringens ställningstagande vad gäller storleken på den fasta ersättningen i premietandvård och arvodesbeloppen i den reviderade åtgärdstaxan. Av det sistnämnda följer att delegationen avses vara ett beredningsorgan åt regeringen angående tand-

vårdstaxans nivå, en uppgift som nu ankommer på RFV.

I delegationen bör ingå representanter för bl.a. RFV och försäkringskassorna, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet samt företrädare för vårdgivarnas organisationer. En av regeringen utsedd ordförande bör leda delegationens arbete. Regeringen avser att besluta om särskilda direktiv för inriktningen på samordningsdelegationens verksamhet.

Som vi nämnt är delegationens uppgift i första hand av samordnande karaktär. Myndigheter och organisationer avses inom en gemensam ram i huvudsak själva bedriva och bekosta de aktiviteter som behövs för reformens genomförande och för uppföljning m.m. Vissa insatser kan dock beräknas bli av övergripande och gemensam karaktär. De bör då kunna genomföras i delegationens regi och vid behov kunna bekostas av medel som står till dess förfogande. Det gäller bl.a. viss information och uppföljning av gemensam karaktär samt förberedelser och genomförande av en första utvärdering av reformen under senare delen av delegationens verksamhetsperiod. Denna beräknas komma att vara ca tre år. Vidare avses, som nämnts, delegationen handlägga frågor om de särskilda stimulansbidragen samt under perioden genomföra en omkostnadsundersökning som underlag för kommande beslut om ersättningsnivåerna i försäkringen.

Vi anser liksom utredningen att de medel som erfordras för sådan gemensam verksamhet bör räknas av mot de utgiftsminskningar för försäkringen som beräknas uppkomma.

Av det ovan framförda framgår att det är nödvändigt att vissa medel kan disponeras för delegationens verksamhet redan under innevarande budgetår. Det gäller främst kostnader för informationsverksamhet inför reformens genomförande, vissa stimulansbidrag, kostnader för kansliarbete och för biträde av konsulter eller annan expertis. Regeringen avser att senare återkomma till riksdagen om medelsbehovet för dessa insatser.

7 Barn- och ungdomstandvården

Regeringens bedömning: Regeringen ser positivt på ökad valfrihet att välja vårdgivare inom barn- och ungdomstandvården. Regeringen avser att följa utvecklingen med uppmärksamhet.

Utredningens förslag: Utredningen har i enlighet med sitt uppdrag enbart behandlat ersättningssystemet för tandvården för vuxna.

Skälen för regeringens bedömning: Varje landsting skall enligt 5 § TVL erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Vidare har folktandvården bl.a. till uppgift att avgiftsfritt tillhandahålla barn och ungdomar fullständig tandvård till och med det år de fyller nitton år.

Riksdagen har med anledning av prop. 1992/93:43 Ökad konkurrens i kommunal verksamhet beslutat om vissa ändringar i TVL (bet. 1992/93:SoU9, rskr. 1992/93:105). Genom ett tillägg till 5 § har klargjorts att landstinget får sluta avtal med annan om att utföra landstingets uppgifter enligt lagen, med undantag av sådana uppgifter som innefattar myndighetsutövning. Ändringen syftar till att öka inslagen av konkurrens i den kommunala verksamheten. Konkurrens uppges vara ett viktigt medel för att uppnå ökad effektivitet inom den kommunala sektorn.

Konkurrensverket anser att åtgärder bör vidtas för att förmå samtliga tandvårdshuvudmän att införa någon form av valfrihetsmodell för barn- och ungdomstandvård, förslagsvis genom ett checksystem. På sikt bör möjligheten till anbudskonkurrens prövas i verksamheten.

Vid en nyligen genomförd förfrågan har 12 huvudmän redovisat att de har infört, beslutat att införa eller diskuterat att senare införa en barn-tandvårdspeng. Fyra huvudmän har infört eller ämnar införa avtal/upphandlingsmöjligheter för barn- och ungdomstandvården.

Regeringen anser att valfriheten att välja vårdgivare inom barn- och ungdomstandvården bör öka. Regeringen avser att följa utvecklingen med uppmärksamhet.

Sammanfattning av rapporten Premietandvård – en effektivare tandvårdsförsäkring

Prop. 1993/94:93
Bilaga

Det utredningen nu lägger fram är ett *principförslag* som skall göra det möjligt att ta ställning till tandvårdsförsäkringens utformning i stort.

Utredningen föreslår också ett *fortsatt beredningsarbete*, dels för fördjupning och vidareutveckling av principförslaget, dels för behandling av vissa återstående frågor.

För genomförandet av det nya systemet föreslår utredningen att en för myndigheter och intressenter gemensam *samordningsdelegation* inrättas.

I valet av tänkbar modell för tandvårdsförsäkringen har utredningen funnit att ett system med *fast ersättning per patient* har de egenskaper som bäst är ägnade att främja den inriktning av tandvården och försäkringens insatser som eftersträvas i riktlinjerna för uppdraget. Med den goda tandhälsa som har uppnåtts i vårt land är hög effektivitet i tandhälsoarbetet viktigare än en ökad produktivitet i den reparativa vården. Detta motsägs inte av att det är en produktivitetssinriktad tandvårdstaxa som har bidragit till utvecklingen av tandhälsan. Situationen när taxan infördes var en annan än den som nu råder. Dagens och de kommande årens tandhälsoläge, liksom samhällets knappa resurser, motiverar en ny inriktning av ersättningsystemet.

Utredningen är således övertygad om de positiva egenskaperna hos detta system. Men det är ett faktum att det hos många tandläkare, framför allt privata, finns en osäkerhet och oro inför den omställning som en övergång till fast ersättning skulle innebära. Dessa betänkligheter gäller konsekvenser för både patienten och den egna verksamheten.

Även om utredningen anser sig ha minimerat dessa risker genom själva utformningen av förslaget, är det angeläget att skapa goda förutsättningar för att pröva en ny utformning av ersättningsystemet.

Det synes då naturligt att ett system med fast ersättning får möjlighet att hävda sig vid sidan av en åtgärdstaxa, som är den form som bl.a. många privata tandläkare föredrar. Samtidigt får tandläkarna möjlighet till en mjuk start i det nya systemet. Det blir då också viktigt att följa och utvärdera båda systemen med avseende på deras effekter.

Utredningen föreslår därför att tandvårdsförsäkringen utformas på så sätt att tandläkaren skall erbjuda både vård enligt åtgärdstaxa och vård grundad på fast ersättning. Försäkringsersättningen skall vara lika stor i båda fallen, räknat per patient.

Åtgärdstaxan enligt utredningens förslag innebär väsentliga skillnader i förhållande till den nuvarande taxan. Till stor del bygger utredningens förslag på synpunkter som har framförts från tandläkarhåll.

Förslaget med fast ersättning har utformats så att tandläkaren avtalar med patienten om ett vårdnadsåtagande för viss tid. Patienten stimuleras att sköta sin tandhälsa med tandläkarens hjälp. Utredningen kallar modellen *Premietandvård*. Enligt förslaget bestämmer tandläkaren själv patientpremiens storlek och har en prislista som skall finnas tillgänglig också hos försäkringskassan.

Patienten föreslås få rätt att välja taxa. Utredningen förutsätter dock att valet sker i samråd mellan patienten och tandläkaren. Patientens rätt att välja taxa motsvaras av en rätt för tandläkaren att ställa vissa krav för patientens anslutning till Premietandvården och att säga upp avtalet om inte samarbetet fungerar.

Vad innebär det nya ersättningsystemet för patienten?

I första hand får patienten möjlighet att välja mellan å ena sidan ett fast arrangemang, som ger fri tandvård men som kräver att en fast avgift betalas i förväg, och å andra sidan en möjlighet att avvakta utan att binda sig, men i stället vara beredd att betala ett större belopp de år då åtgärder behöver vidtas.

Patienten kommer också att vara väl rustad att göra detta väl. För såväl åtgärdstaxan som premietandvården kommer det att finnas uppgifter om patientens kostnader för varje behandlingsåtgärd resp. om patientpremiens storlek, vilken tandvård som ingår i tandläkarens åtagande samt övriga villkor. Sådana uppgifter kommer att vara tillgängliga hos försäkringskassan avseende samtliga tandläkare som är anslutna där. Vidare kommer den som så önskar att bli undersökt av den tandläkare man vänder sig till. Undersökningen kan påfordras av tandläkaren om patienten önskar ansluta sig till Premietandvården. Undersökningen betingar ingen särskild avgift om den leder till anslutning till Premietandvården. Slutligen har patienten tillgång till tandläkarens sakkunniga bedömning och råd. Det blir alltså väl sört för konsumentupplysningen.

Vad får tandläkaren ut av den nya ersättningsmodellen?

Tandläkaren får genom de parallella systemen möjlighet att, i lugnt tempo och i huvudsak enligt egna önskemål, inom Premietandvården utveckla en alltmer förebyggande och tandhälsoinriktad verksamhet. Till detta hör att han får ett fördjupat och mer långsiktigt ansvar för patienten och själv får bestämma över patientpremiens storlek och betalningsperioden. Detta tillsammans med den fasta ersättningen från försäkringskassan ger honom en ekonomi där han kan styra både intäkter och kostnader. Han kan också samtidigt tillägna sig fördelarna av den nya åtgärdstaxan. Den kommer att vara enklare och tydligare och kommer enligt förslaget också att innehålla en höjd arvodesnivå. Genom nya prioriteringar mellan olika åtgärder och en ändrad grad av subvention från försäkringen har det varit möjligt för utredningen att föreslå en *arvodeshöjning i storleksordningen 7-8 procent i fasta priser*.

Vidare föreslås bl.a. att det skall bli möjligt för privattandläkare att, i åtgärdstaxan, skicka in tandvårdsräkning, och få betalt för den, varje månad. Tandläkaren slipper därmed ligga ute med pengar under någon längre tid och får därmed samma villkor i betalningshänseende som folktandvården. I Premietandvården behövs inga tandvårdsräkningar. Försäkringsersättningen utbetalas, t.ex. kvartalsvis, till tandläkaren för de patienter han har anslutna.

Andra för tandläkarkåren gynnsamma regler i utredningens förslag är bl.a. de följande.

Etableringsbegränsningen avvecklas. Utredningen anser att ett system med fast ersättning innehåller tillräcklig stimulans för tandläkarna att etablera sig efter tillgången på patienter. Även om åtgärdstaxan behålls parallellt med Premietandvården anser utredningen att en avveckling av etableringsbegränsningen bör vara möjlig. Utredningen menar dock att man nog måste följa utvecklingen i fråga om tandläkartillgången på lika håll i landet. Behöver åtgärder i korrigerande syfte vidtas bör det i första hand bli fråga om positiva stimulansmedel i stället för begränsningsåtgärder.

Tandläkarnas arbetsmarknad och en ökad konkurrens om patienterna ställer ökade krav på effektivisering och rationalisering inom tandvården. Detta, tillsammans med den svårighet som vissa tandläkare kan uppleva i fråga om att ställa om sig till nya förutsättningar, har föranlett utredningen att föreslå *särskilda övergångsåtgärder för äldre tandläkare* (preliminärt de som är över 60 år) i vissa fall. Tillgången på tandläkare på orten är därvid en viktig bedömningsgrund. Bl.a. bör en tandläkare som är över 60 år få möjlighet att *enbart tillämpa åtgärdstaxan* eller få *avgångsvederlag* om han önskar upphöra med verksamheten. Har den äldre tandläkaren mycket liten verksamhet, t.ex. deltidsarbete, bör han kunna verka som "underleverantör" åt tandläkare eller hygienist (se nedan) som arbetar inom försäkringen, på de ekonomiska villkor som de kommer överens om. Alla tandläkare bör enligt utredningens mening ha rätt att ha egna patienter inom försäkringen och samtidigt vara underleverantör åt annan vårdgivare.

Om etableringsbegränsningen slopas behövs det inte av den anledningen någon registrering hos försäkringskassan av varje individuell privat-tandläkare. Mot bl.a. den bakgrunden och för att öka näringsfrihet och konkurrensmöjligheter föreslår utredningen att anslutning till försäkringen i fortsättningen skall avse *tandvårdsföretag*. Ett sådant kan drivas av i princip var och en som i övrigt kan vara företagare. För varje mottagning som drivs av ett tandvårdsföretag skall det dock finnas en ansvarig tandläkare. Normala kvalitetskrav på mottagningen skall naturligtvis uppfyllas. Genom tillkomsten av tandvårdsföretag som vårdgivare blir det möjligt också för t.ex. tandhygienister att driva ett sådant och få försäkringsersättning till sitt företag. Det individuella yrkesansvaret för vårdpersonalen rubbas inte av förslaget.

I såväl Premietandvården som åtgärdstaxan föreslås, att även *tandtekniskt arbete och material skall täckas av* den fasta ersättningen och premien respektive arvudet. Det innebär att vårdgivaren får upphandla tandtekniska arbeten från laboratorierna och betala avtalad ersättning till dem, i den mån arbetet inte utförs inom det egna företaget. Detta innebär också att laboratorierna inte längre får sin ersättning från försäkringskassan. Även ersättningar till tandsköterskor och tandhygienister täcks av ersättning och premie inom Premietandvården och av arvudet i åtgärdstaxan.

Utredningen menar att förslagen i rapporten, kommer att bidra till en *ökad klarhet i rollfördelningen* inom tandvården också vad gäller *ansvar, organisation och ekonomi*.

Utredningen beskriver i kap. 1 sitt uppdrag och sina arbetsformer. I huvudsak har utredningen, i enlighet med riktlinjerna, arbetat med ett antal referensgrupper för olika intresseområden m.m. Vårdgivarna och tandvårdens personalorganisatiner har varit företrädare i två olika grupper. Företrädare för handikapporganisationer och för sjukhustandvården har bildat en grupp. Det har också funnits en referensgrupp där företrädare för riksdagspartierna har ingått samt en intern referensgrupp inom regeringskansliet. Vidare har Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen och ett antal försäkringskassor haft kontaktpersoner till utredningen. Utredningen har också haft överläggningar med bl.a. Föreningen Svensk Dentalhandel och Tandvårdsskadeförbundet.

Tandvårdsförsäkringens utveckling från starten år 1974 skildras i kap. 2. Utvecklingen har i en första etapp gått via 1978 års tandvårdsutredning (förslag om ny taxa år 1982) och Riksförsäkringsverkets kompletterande arbete under 1980-talet. Denna etapp ledde till att en reviderad tandvårdstaxa fastställdes år 1987. Utredningen om s.k. bastandvård under 1980-talets slut har inte lett till något ställningstagande. I bl.a. det perspektivet har den nu avrapporterade översynen företagits.

Kap. 3 innehåller en kort redogörelse för den nuvarande tandvårdstaxans konstruktion. Den har under hela den tid som nyss berörts varit en åtgärdstaxa med arvoden för olika arbeten och för de olika kategorierna tandvårdspersonal.

Utredningens arbete i sak, diskussioner om olika alternativ osv. beskrivs i kap. 4.

I ett första avsnitt (4.1) kommenteras de riktlinjer utredningen haft att utgå från. Diskussioner har förts om bl.a. de problem som finns i det nuvarande ersättningssystemet och vilka mål man bör sätta upp för ett nytt. På viktiga punkter har en samsyn funnits inför det fortsatta arbetet, bl.a. i fråga om behovet av en betydande förändring av den nuvarande taxan och vissa huvudinslag i inriktningen av det arbetet. Här har det t.ex. rått enighet om att försäkringens ekonomiska insatser bör inriktas främst på förebyggande vård och på högkostnadsskydd.

Kostnadsutvecklingen inom tandvårdsförsäkringen kommenteras i avsnitt 4.2. Kostnaderna har ökat på ett sätt som inte står i samklang med den tandhälsa som uppnåtts. Det har givits både mer tandvård och dyrare sådan än som hade förutsetts. Efterfrågan har ökat och ny teknik och nya behandlingsmetoder har tillkommit. Tandvårdstaxans arvodesnivå har inte givit full täckning för kostnadsutvecklingen, vilket bidragit till att driva upp vårdproduktionens volym.

Utredningen gör i avsnitt 4.3 en genomgång av vilka slags ersättningsalternativ i stort som ansetts ligga inom uppdragets ram. Bl.a. avvisas tanken på enbart privata försäkringar. Det är för det allmänna inte bara en fråga om finansiering; ansvaret och intresset för tandhälsan och för tandvårdens bedrivande gör det önskvärt med både en påverkansmöjlighet och en ekonomisk insats. Inte heller har det varit aktuellt för utredningen att överväga en samordning med den övriga sjukförsäkringen. Med den avgränsningen finner utredningen att det finns två principiellt olika ersättningssystem att arbeta vidare med. Det ena är att ersättning-

en till tandvården alltjämt grundas på den vårdproduktion som utförs och registreras, en åtgärdstaxa. Det andra alternativet är ett system med fast ersättning på individ och år.

Riktlinjerna pekade ut två olika systemalternativ som utredningen skulle belysa, ett med en åtgärdstaxa men med betydande förändring och förenkling i förhållande till den nuvarande taxan. Det andra angivna alternativet var en blandform där fast ersättning skulle täcka en del av vårdpanoramat, medan en åtgärdstaxa skulle tillämpas för övriga delar. Utredningen beskriver mot den bakgrunden, i avsnitt 4.4, hur arbetet har bedrivits med att ta fram beskrivningar av dessa alternativ och ytterligare några som utredningen fann vara intressanta. I korthet har följande sex huvudalternativ diskuterats med bl.a. referensgrupperna:

- en reviderad och förenklad åtgärdstaxa – alternativ I, som också kompletterats med ett alternativ I a, framfört av Tandläkarförbundet,
- ett system med fast ersättning per patient och år för i princip all tandvård – alternativ II,
- en modell med fast ersättning för förebyggande och viss reparativ vård och med åtgärdstaxa för i huvudsak protetiska åtgärder – alternativ III,
- en modell där fast ersättning införs successivt med början i de yngsta årskullarna, efter hand som de lämnar barn- och ungdomstandvården, medan en åtgärdstaxa tillämpas för de kvarvarande åldersgrupperna – alternativ IV,
- ett system med fast ersättning, där tandläkaren och patienten avtalar om vård på längre sikt – "Premietandvård"; viss möjlighet för patienten att i stället välja en åtgärdstaxa skulle finnas – alternativ V,
- ett ytterligare system med fast ersättning, nu i form av en tandvårdscheck, gällande inledningsvis åldersgrupper upp till ca 50 år – alternativ VI.

Alternativen I-IV har under arbetets gång granskats vid Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen och sex försäkringskassor. I en etapp där- efter framlades alternativen V och VI.

En genomgång av principiella för- och nackdelar med åtgärdstaxa resp. fast ersättning redovisas i avsnitt 4.5. Den förstnämnda är inriktad på produktivitet, den andra på effektivitet och passar därför bäst i en situation med uppnådd god tandhälsa som skall vidmakthållas och utvecklas. Åtgärdstaxan driver upp vårdproduktionen och kostnaderna. Med fast ersättning kan man få kontroll över vårdens omfattning och över kostnaderna. De risker som anförs beträffande fast ersättning bör till stor del kunna motverkas genom lämplig systemutformning. Utredningen menar också att de ifrågasättande synpunkterna på fast ersättning till en viss del hänger samman med oro inför, och obenägenhet till, förändringar.

Högekostnadsskydd är ett viktigt inslag i varje ersättningssystem för tandvården. I avsnitt 4.6 för utredningen en diskussion om vad ett

sådant skall skydda emot, vem som skall skyddas och hur skyddet bör konstrueras. Det har varit angeläget att söka ett alternativ till den nuvarande utformningen, där högkostnadsskyddet utlöses när den sammanlagda vårdkostnaden under en behandlingsperiod passerar vissa gränsvärden. Den konstruktionen innehåller ett starkt kostnadsdrivande incitament. Utredningen anser att ett högkostnadsskydd bör knytas till vissa bestämda diagnoser eller i förväg angivna åtgärder eller kombinationer av sådana. Till en lösning med fast ersättning, där ett allmänt högkostnadsskydd redan är inbyggt, bör det finnas en komplettering med ett särskilt högkostnadsskydd utanför den fasta ersättningen. I det skulle ingå mycket omfattande eller eljest dyra behandlingar, dvs. sådana som kan vara svåra att finansiera inom ramen för den fasta ersättningen.

Vissa utländska och inhemska erfarenheter redovisas i avsnitt 4.7. Bl.a. belyses utvecklingen i Storbritannien. Där har en utredning nyligen lagts fram som rekommenderar en successiv övergång till fast ersättning i det statliga tandvårdssystemet. I Storbritannien finns också flera privata tandvårdssystem med denna inriktning. Ett av dem, det i sammanhanget mest kända, är Denplan. Utredningen har besökt bl.a. denna organisation som är en sammanslutning av tandläkare som arbetar med fast avgift från patienterna. Ingen statssubvention utgår. Erfarenheterna är goda. I Sverige pågår försöksverksamhet dels i Göteborgs kommun och Bohuslandstinget, dels i Kristianstads läns landsting. Även dessa visar goda erfarenheter av att arbeta med fast ersättning i vuxentandvården. Utvecklingen inom barn- och ungdomstandvården i Sverige belyses också i avsnittet och även i avsnitt 4.8. Tre utvecklingslinjer i denna vård beskrivs, dels en vårdutveckling mot förebyggande, individuellt anpassad tandvård för barn och unga, dels den för dem nya möjligheten att välja mellan offentlig och privat tandvård samt i samband härmed, men främst av ekonomiska skäl, en begynnande privatisering av folk-tandvårdskliniker.

I en sammanfattande bedömning (avsnitt 4.9) finner utredningen att ett ersättningssystem för tandvården, med den tandhälsosituation som nu råder, inte längre bör grundas enbart på en åtgärdstaxa. Ett system med fast ersättning innehåller så många positiva incitament att det bör prövas. Med hänsyn till den förändring införandet av ett sådant system skulle innebära framhåller utredningen betydelsen av att ge valmöjlighet, bl.a. för äldre tandläkare.

Utredningen gör i kap. 5 sitt principiella ställningstagande och föreslår att två parallella system tillämpas, dels en reviderad åtgärdstaxa, dels en modell med fast ersättning. För den sistnämnda väljer utredningen alternativet V, Premictandvården, efter en jämförelse med alternativ VI, Checktandvården. Den förstnämnda modellen har enligt utredningen fördelar genom sin mer långsiktiga relation mellan tandläkare och patient.

Genom att ha två parallella system kan man jämföra dem inbördes i fråga om deras funktion. Genom valmöjlighet för patienten – men ändå ett stort inflytande för tandläkaren – får man en uppfattning om resp.

modellens attraktionskraft. Vidare får man i genomförandeskedet en lösning som möjliggör successiva förberedelser. Utredningen anser därför inte att det behövs någon ny försöksverksamhet, utan föreslår att det nya systemet införs som planerat den 1 januari 1994, men med möjlighet för tandläkarna att tillämpa Pre-mietandvården först från och med den 1 juli 1994.

Hur de båda ersättningsmodellerna ser ut beskriver utredningen i kap. 6.

Utredningen föreslår inledningsvis att tandläkaren skall erbjuda båda taxorna och att patienten skall ha rätt att välja taxa. Tandläkaren kan ställa vissa villkor för patientens inträde i Premietandvården och kan säga upp den som redan är ansluten, efter ett år.

Försäkringen föreslås som nu täcka den tandvård som behövs för ett odontologiskt och utseendemässigt godtagbart resultat. I fråga om material ersätts det billigaste godkända material som behövs för det nämnda resultatet. Den patient som vill ha dyrare tandvård eller material får betala mellanskillnaden.

Ett för båda taxorna gemensamt särskilt högkostnadsskydd föreslås. I Premietandvården ligger detta utanför den fasta ersättningen. I åtgärdstaxan finns dessutom ett inbyggt, åtgärdsrelaterat allmänt högkostnadsskydd.

Åtgärdstaxan (avsnitt 6.1) utformas i linje med de under utredningen diskuterade alternativen I och I a. Stor betoning läggs på de moment som förebygger tandsjukdom. Ersättningen inom det området bör utgå för baspaket, två sådana eller alternativt ett med tilläggsbelopp. Subventionsgraden bör här vara hög. Den rekonstruktiva tandvården, närmast vad gäller konserverande behandling och tanduttagning m.m., bör däremot ges en låg subvention. För övrig rekonstruktiv vård, främst protetik, bör subventionen vara högre och bilda ett allmänt högkostnadsskydd, inbyggt i arvudet för berörda åtgärder.

Därutöver föreslår utredningen, som nämnts, ett särskilt högkostnadsskydd, gemensamt med Premietandvården. Det skulle omfatta nuvarande avgiftsfria tandvård (enligt tandvårdstaxans 9 §), men med tillägg för vissa ytterligare diagnoser, implantat i helt tandlös käke, vissa andra större vårdbehov – däribland sannolikt också viss specialisttandvård – samt alla utbyten av amalgamfyllningar som kan ersättas av försäkringen, även om inte alla dessa fall bör ha lika hög subvention.

Åtgärdstaxan föreslås i princip ha styckeprisarvode, men tidsdebitering bör kunna medges i vissa fall. De olika arvodena för tandsköterskor och tandhygienister och för tandtekniskt arbete, inkl. materialkostnader, föreslås sammanförda med tandläkararvudet till ett tandvårdsarvode. Åtgärdstaxans arvoden fastställs av regeringen.

Premietandvården beskrivs i avsnitt 6.2. Bl.a. följande inslag ingår i det nya systemet.

Inträde sker vid behov efter undersökning. Tandläkaren kan, om patientens tandstatus kräver det, påfordra att patienten först behandlas enligt åtgärdstaxan.

Tandläkaren och patienten träffar ett avtal enligt vilket patienten för en årspremie får tandvård utan ytterligare avgift. Tandläkaren bestämmer premiens storlek, vid behov efter en riskbedömning, eller också bestämmer han premien efter åldersgrupp.

Avtalet har en del som tandläkaren förfogar över – bl.a. premien, riskgruppering, vård utöver angiven standard, m.m. – och en allmän del som fastställs av staten. Där regleras bland annat avtalstid, uppsägning, ändring av premie, byte av taxa, byte av tandläkare, patientens rätt till undersökning med visst längsta intervall, vårdens omfattning (enligt ovan), det särskilda högkostnadsskyddets omfattning, akutvård, remittering till specialist, m.m.

Försäkringskassan betalar ut den fasta ersättningen sedan tandläkaren har anmält att avtal har slutits med en patient. Ersättningen bör varieras efter åldersgrupp. Utredningen föreslår att en indelning i tre grupper tillämpas, 20-39 år, 40-59 år samt 60 år och äldre.

Utredningen föreslår att den allmänna försäkringen skall kunna träda in om patienten skulle förlora sin rätt när en tandläkares verksamhet upphör, t.ex. vid dödsfall eller konkurs. Tandläkaren kan, om han så vill, ha en återförsäkring mot onormalt höga kostnader.

Förtroendenämndernas betydelse för både patienter och tandläkare betonas. Utredningen har noterat att landstingens förtroendenämnder kommer att omfatta även tandvården.

I ett avsnitt om ekonomi i det föreslagna systemet (6.3) räknar utredningen med att 3,5 miljarder kr kommer att stå till tandvårdsförsäkringens förfogande år 1994, jämfört med ca 3,8 miljarder 1992 och 1993. Av de 3,5 miljarderna bör enligt utredningen 500 miljoner kr sättas av för det särskilda högkostnadsskydd som är gemensamt för båda taxorna. Övriga 3 000 mkr bör disponeras så att samma genomsnittliga belopp utgår per patient i båda taxorna.

Mot den bakgrunden har utredningen beträffande åtgärdstaxan övervägt vilka subventionsnivåer som bör gälla för olika åtgärder. Utgångspunkten har varit att åstadkomma tydliga prioriteringar av försäkringens insatser. Utredningen föreslår att förebyggande åtgärder m.m., liksom protetik, subventioneras med 50 %, medan konserverande behandling m.m. bör subventioneras med 20 %. För att möjliggöra detta inom försäkringens kostnadsram och med oförändrad vårdvolym totalt och inom resp. område av vården, måste den totala arvodeskostnaden öka med 7-8 %. Det blir då en motsvarande höjning av arvoden och patientavgifter. Den arvodeshöjning som utredningen således föreslår gäller fasta priser.

I premietandvården blir med samma förutsättning den genomsnittliga årliga ersättningen från försäkringen ca 600 kr, varitill kommer ca 100 kr i genomsnitt per ansluten patient för det särskilda högkostnadsskyddet. Patientpremien, som i och för sig bestäms av tandläkaren, kan uppskattas till i genomsnitt 700-800 kr per år. I dessa beräkningar har ingen hänsyn tagits till åldersgrupper eller förändrad fördelning av patienterna inom vårdpanoramats. Den fasta ersättningen i de tre åldersgrupperna har preliminärt beräknats till resp. 200, 750 och 1 000 kr.

Patientpremierna beräknas få en liknande spridning. I anslutning till beräkningarna ger utredningen exempel på hur den fasta ersättningen och patientpremierna kan falla ut på några privata tandläkarmottagningar.

Utredningen föreslår också, att medel bör avsättas i samband med genomförandet av det nya systemet för stimulansbidrag och andra genomförandekostnader. Stimulansbidragen bör syfta till att underlätta en anpassning till det nya systemet. Medlen bör kunna tas ur den besparing som utredningen har räknat med. Besparingen får därmed inte full effekt för de första åren.

Utredningen föreslår att anslutning till försäkringen i fortsättningen skall ske, när det gäller icke-offentliga vårdgivare, av tandvårdsföretag i stället för som nu av den enskilde tandläkaren (avsnitt 6.4). Ett sådant tandvårdsföretag kan drivas av envar, men vissa villkor måste iakttas. Det viktigaste kravet bör vara att företaget för varje mottagning har en ansvarig tandläkare. Förslaget bidrar bl.a. till ökad näringsfrihet och förbättrade konkurrensförhållanden. Det blir bl.a. möjligt för tandhygienister att driva tandvårdsföretag på dessa villkor.

Utredningen har redan i avsnitten 4.5 och 4.9 belyst för- och nackdelar med olika slags ersättningssystem. Utredningen återkommer till detta i avsnittet 6.5, där vissa konsekvenser av det föreslagna systemet analyseras. Bl.a. kommenterar utredningen patientens rätt att välja taxa och tandläkarens inflytande i sammanhanget. De anförda riskerna för undervård och sänkt vårdkvalitet kommenteras också. Utredningen anser att utformningen med två parallella taxor och de föreslagna reglerna – bl.a. om ansvarsfördelningen när en patient vill byta tandläkare – tillsammans med tandläkarnas ansvar som vårdgivare, i allt väsentligt bör motverka de av vissa befärade effekterna. Utredningen menar dock att en noggrann uppföljning måste ske av hur systemet fungerar.

Utredningen tar också upp rent administrativa konsekvenser. Förslaget om åtgärdstaxan bör medföra flera viktiga förenklingar, dels i fråga om överblicken och hanterbarheten över huvud taget, dels när det gäller specifika administrativa rutiner. Tandvårdsräkningen förenklas och försäkringskassorna behöver inte längre granska fakturorna från, eller betala ut ersättningen till, de tandtekniska laboratorierna.

Premietandvården innebär stora förenklingar genom systemet med fast ersättning. Möjligheterna till överblick av vårdåtagande och kostnader ökar väsentligt för både patient och tandläkare. De administrativa rutinerna förenklas, bl.a. genom att tandvårdsräkning eller annan form för löpande medelsrekvisition över huvud taget inte behövs. Även i Premietandvården slipper kassorna granska fakturor och betala ut ersättning för de tandtekniska laboratoriernas arbete. Vissa moment tillkommer dock, främst för tandläkaren. Avtal med patienten är ett nytt inslag. Tandläkaren blir upphandlare av tandtekniska tjänster och material. Utredningen menar dock att rollfördelningen inom tandvården blir klarare genom utredningens olika förslag.

Antalet förhandsprövningar totalt sett kommer sannolikt inte att öka eller minska i någon påtaglig grad så länge tandvårdsförsäkringen innehåller ett särskilt högkostnadsskydd. Tillsyn och kontroll inom det nya

försäkringssystemet kan dock komma att öka, även om den kvalitativa tillsynen till stor del ligger utanför försäkringens ansvar.

Förtroendetandläkarnas roll bör emellertid stärkas och det bör stå klart att de är den allmänna försäkringens ombud.

I konsekvensavsnittet tar utredningen också upp den nuvarande etableringsbegränsningen. Ett system med fast ersättning innehåller incitament till att etableringen anpassas till patienttillgången. En åtgärdstaxa har inte den egenskapen i samma utsträckning. Utredningens förslag med två parallella taxor får därför inte full effekt på etableringen. Utredningen anser ändå att det bör vara möjligt att slopa de nuvarande etableringsreglerna. En uppföljning behövs emellertid och vid behov får åtgärder vidtas. Det bör dock i så fall bli en fråga om stimulansåtgärder snarare än nya restriktioner.

I samband med etableringsfrågorna kommer utredningen också in på arbetsmarknadsförhållandena för tandläkare. Antalet tandläkare i Sverige i dag bedöms överstiga behovet. Detta blir än mer påtagligt pm Premietandvården stimulerar tandläkarna att ta hand om fler patienter. Det kan även av andra skäl finnas behov av särskilda åtgärder för äldre tandläkare i samband med att det nya systemet införs. Bl.a. föreslås möjlighet för äldre tandläkare att enbart tillämpa åtgärdstaxa. Ett annat förslag är att en äldre tandläkare skall kunna få avgångsvederlag om han önskar lägga ned verksamheten.

EG/EES-frågor redovisas i kap. 7, avsnittet 7.1. När EES-avtalet träder i kraft, kommer tandläkare med kompetensbevis från annat EES-land att få rätt till legitimation i Sverige, om kompetensen i det egna landet uppfyller EG-direktiven i fråga om grundutbildning. Specialisttandläkare inom tandreglering och munkirurgi får rätt till kompetensbevis i Sverige, likaså på villkor att utbildningen uppfyller EG-kraven. På motsvarande sätt får en svensk tandläkare eller specialist rätt till godkännande i övriga EES-länder. Dentala material och tandtekniska arbeten tillhör de produkter för vilka särskilda kontrollregler kommer att gälla. Dessa regler kommer att vara harmoniserade med EG:s motsvarande direktiv. För dentala material krävs i princip särskild certifiering, utförd av t.ex. Nordiska institutet för odontologiska materialprovning (NIOM) i Oslo. Tandtekniska arbeten räknas som s.k. specialanpassade produkter. Denna fråga är dock ännu inte helt klarlagd. Sverige kommer därför tills vidare att behålla kravet på godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier. Kravet i tandvårdstaxan att tandtekniskt arbete skall vara utfört vid godkänt laboratorium torde komma att behållas under motsvarande tid.

I avsnittet 7.2 anger utredningen att dess arbete kommer att fortsätta med bl.a. tre särskilt angivna frågor som inte nu behandlats och som inte påverkar valet av ersättningsystem i stort. Det gäller specialisttandvårdens anknytning till ersättningsystemet, tandvårdersättning för vissa särskilda patientgrupper, bl.a. funktionshindrade, samt frågan om kvalitetssäkring, kontroll, uppföljning och utvärdering. För vart och ett av dessa områden räknar utredningen med att särskild kompetens be-

höver anlitas. En rapport som redovisar resultatet av detta arbete avses läggas fram under sommaren 1993.

Konkurrens på lika villkor för olika vårdgivare är ett av de angivna målen för utformningen av ett nytt ersättningssystem inom vuxentandvården. Utredningen har haft som ambition att klara ut vad som gäller. Vidare lägger utredningen fram en del rekommendationer att tas upp i andra mer generella konkurrenspolitiska sammanhang. Även Konkurrensverket har uppmärksammat tandvården och kommer att arbeta vidare i anslutning till den systemförändring som utredningen föreslår.

Utredningens huvudförslag om ersättningssystemets utformning innehåller flera viktiga punkter genom vilka förbättrade konkurrensförhållanden nås. Exempel härpå är den fria prissättningen för tandläkarna i Premietandvården, valfriheten för patienten inte bara i valet av tandläkare utan också mellan två olika ersättningssystem, avvecklingen av etableringsreglerna och möjligheten för envar att på vissa villkor driva tandvårdsföretag. Förslagen leder också till en omfattande förenkling och avreglering inom vuxentandvården.

Utredningen har också ägnat uppmärksamhet åt de ofta påpekade skillnaderna i villkor mellan folktandvården och den privata tandvården. En stor del av dessa frågor sammanhänger med landstingens och folktandvårdens lagstadgade ställning. Samtidigt bygger vuxentandvården på en stor andel privat vårdproduktion. Utredningen har inte haft i uppdrag att ompröva grunderna i dessa hänseenden. Det är emellertid angeläget att skapa klarhet och förbättrade förhållanden på en rad punkter. Utredningen föreslår bl.a. att

- det görs en tydlig skillnad mellan myndighetsverksamhet och näringsverksamhet inom landstingen
- landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården utformas så att verksamheter och kostnader som är specifika för folktandvården avskils från resultatet för den allmänna vuxentandvården; i samband härmed pekar utredningen på att olikheterna i fråga om mervärdesskatt bör klaras ut, frågan är föremål för en särskild utredning
- de privata tandläkarna får betalt från försäkringskassan i samma perioder som folktandvården
- reglerna för förhandsprövning inom folktandvården förtydligas i avvaktan på att denna prövning kan föras över till försäkringskassorna, där förhandsprövning i dag sker för den privata tandvården.

Utredningen har stått i kontakt med Konkurrensverket som förbereder ett fortsatt studium av tandvårdens konkurrensförhållanden.

Författningseksekvenser av utredningens förslag berörs i kap. 9. Eftersom en fortsatt beredning förutsätts, bl.a. inom socialdepartementet, har utredningen nu begränsat sig till att peka på vissa större frågor som måste tas upp.

Anslutningen till den allmänna försäkringen skall enligt förslaget inte längre gälla för den enskilde tandläkaren. I stället är det tandvårdsföre-

taget som ansluts. Detta föranleder en ändring i lagen om allmän försäkring (2 kap. 3 §).

Det är också viktigt att i författning ange att den premiebaserade tandvården är en del av den allmänna försäkringen. Dessutom måste skyldigheten för vårdgivaren att erbjuda både Premietandvård och åtgärds-taxa regleras.

Den stora författningmässiga förändringen blir en omarbetning av den nuvarande taxeförordningen. En ny förordning skall omfatta två taxor och vissa gemensamma bestämmelser. Riksförsäkringsverkets föreskrifter och allmänna råd kommer också att påverkas i hög grad. Arbetet på dessa två nivåer bör därför bedrivas samordnat.

Slutligen tar utredningen upp vissa frågor om genomförandet av det föreslagna nya ersättningssystemet (kap. 10).

För att den förutsatta tidsplanen med ikraftträdande den 1 januari 1994 skall kunna hållas, utgår utredningen från att den nu framlagda rapporten behöver remissbehandlas under våren 1993.

Utredningens kvarstående särskilda frågor skall bearbetas fram till sommaren 1993 och redovisas i en särskild rapport. Vidare måste arbetet med detaljutformning av taxorna och andra förberedelser påbörjas snarast. Detta bör ske utan tidsutdräkt och under medverkan av berörda myndigheter och intressenter.

För en samordning av förberedelserna och av genomförandet, liksom av en uppföljning av reformen, föreslår utredningen att en särskild samordningsdelegation tillsätts så snart utredningens arbete har avslutats.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 22 december 1993

Närvarande: statsministern Bildt, ordförande, och statsråden B. Westerberg, Friggebo, Johansson, Laurén, Olsson, Svensson, af Ugglas, Dinkelspiel, Thurdin, Hellsvik, Wibble, Björck, Davidson, Könberg, Odell, Lundgren, P. Westerberg, Ask

Föredragande: statsrådet Könberg

Regeringens beslutar proposition 1993/94:93 Förändrat ersättnings-system för vuxentandvård.