

KARL-AXEL SVENNINGSSON:

Tandvårdsförsäkringen två år

Då tandvårdsförsäkringen genomfördes hade man gått emot tandläkarförbundets förslag på en del punkter. Privattandläkarna anslöts automatiskt till systemet och den förhandlingsrätt angående tandvårdstaxan som tandläkarförbundet föreslagit kom ej att gälla. Det uppdämda vårdbehovet medförde en pressande situation för tandläkarna och olidliga väntetider för patienterna. Ordföranden i Sveriges Privattandläkarestyrelse Karl-Axel Svenningsson ger en översikt över det aktuella läget. Det nya avtal, som nu ingåtts mellan Riksförsäkringsverket och Tandläkarförbundet, ser ut att kunna lösa de kända problemen. Satsa mera på förebyggande vård, öka utbildningen av bl a tandhygienister och förenkla försäkringsadministrationen, manar författaren.

Den svenska tandläkarkåren hade länge verkat för en allmän tandvårdsförsäkring, då 1970 års tandvårdsförsäkringsutredning tillsattes. Genom att folktandvården sedan länge haft en taxesättning för vuxenvården, som låg långt under självkostnadspris, och eftersom folktandvården endast i undantagsfall kunde erbjuda c:a 15 % av den vuxna befolkningen vård, förelåg en situation, som av såväl patienter som tandläkare upplevdes som direkt stötande ur rättvisesynpunkt. Tandläkarförbundet hälsade således utredningen med tillfredsställelse och var också representerad i denna med två män ur förbundsledningen.

Utredningsförslaget torde vara bekant vid det här laget. Departementschefen frångick förslaget på en – för tandläkarna – viktig punkt. Privattandläkarna anslöts "automatiskt" till försäkringssystemet. Den frivilliga anslutning utredningen förordat var och förblev endast ett förslag. Tandläkarförbundet protesterade, förklarade och garanterade, att minst 90 % av privattandläkarkollektivet skulle frivilligt ansluta sig. 1973 års riksdagsmajoritet trodde uppenbarligen ej på dessa förklaringar och garantier utan beslöt i enlighet med propositionen. En enhälligt borgerlig opposition röstade för frivilliglinjen.

Tandläkarförbundet hade i sitt remissvar föreslagit en mer direkt förhandlingsrätt angående tandvårdstaxan än vad utredningsförslaget innebar, detta med tanke på att ansluten tandläkare ålades att följa en av regeringen fastställd maximitaxa. Flera borgerliga motioner tog upp detta förslag men motionerna avslogs i riksdagen.

Tandläkarförbundet hade också i sitt remissvar begärt, att hotet om en eventuell etableringskontroll, vilken utredningen föreslagit, skulle avvärjas. Flera borgerliga motioner hade tagit upp saken, men även dessa motioner avlogs.

Genom besluten i dessa – för tandläkarna – viktiga frågor åstadkoms en "snedtändning", vars följder tandläkarkårens ledning under lång tid haft svårt att bemästra.

Privattandläkarnas svårigheter

Privattandläkarna har känt sig orättfärdigt behandlade, speciellt sedan etableringskontrollen utlöstes i form av ett etableringsstopp. Detta innebar att all ersättningsetablering stoppades under ett halvårs tid, med svåra konsekvenser dels för de patienter, vars tandläkare drabbades av långvarig sjukdom eller avled, dels för tandläkaren själv eller hans sterbhus, som helt plötsligt fann sig innehava en icke avskriven men ändå helt värdelös praktik. Etableringsstoppet omvandlades vid årsskiftet 1974–75 till en etableringskontroll, vilket innebär att ersättningsetablering är tillåten.

Trots en byråkratisk järnnäve börjar systemet att fungera hjälpligt. Svårigheten för tillfället är, att unga kolleger inom folktandvården inte längre vågar satsa på privatpraktik i den utsträckning, som skulle vara önskvärd för att äldre privattandläkare skall kunna pensionera sig vid rimlig ålder.

Det är mycket svårt för en presumtiv pensionär att i dag hitta en köpare till sin praktik, även om han bjuder ut denna långt under det oavskrivna värdet. Däremot är unga

tandläkare mycket intresserade av att gå ut som assistenter, då detta inte medför något större ekonomiskt engagemang. De måste då ersätta en assistent, som gått in i folktandvården, för att själva få lämna den offentliga sektorn. Trots allt synes här en lättnad vara på väg.

Det nya avtalet

Efter det avtal, som i dagarna ingåtts mellan Riksförsäkringsverket och Tandläkarförbundet, ser det också ut som om det skulle vara möjligt att successivt släcka den "snedtändning" som tidigare nämnades. Det verkar som om privattandläkarnas anslutning till tandvårdsförsäkringen skulle i princip bli frivillig. Dock under förutsättning, att inte alltför många – max 10 % – lämnar försäkringen. Skillnaden mellan denna synnerligen inskränkta frihet och den tidigare tvångsanslutningen är självfallet hårfin men har en viss psykologisk betydelse. Vari den ligger är svårt att definiera men förstås av var och en, som satt upp ett staket runt den egna villan eller ett taggtrådshinder i det militära.

Likaså verkar det, som om en protokollerad överläggningsrätt angående tandvårdstaxan skulle kunna komma till stånd. Visserligen kommer taxan att även i fortsättningen fastställas av regeringen, men systemet innebär, att tvåpartsöverläggningar skall äga rum tre månader innan taxan fastställs, varvid båda parter skall presentera sina bud om taxerevision på grundval av gemensamt framtagen statistik.

Detta är en klar förbättring från förra

taxerevisionen, då RFV presenterade ett bud först sedan RFV:s styrelse beslutat att föreslå regeringen en frysning av taxan. Eftersom regeringen följde verkets rekommendation har tandvårdstaxan höjts med 8 % från den 1/10 1973 till den 1/7 1976. Detta gör ca 16 000 kr per år för genomsnittstandläkaren. Som jämförelse kan nämnas tandsköterskornas lönekrav för 1975. Dessa är 37 % inkl sociala kostnader, vilket för en genomsnittssköterska gör drygt 14 000 kr. Eftersom genomsnittstandläkaren har 1,5 sköterska plus andra fasta och rörliga kostnader, som också följer inflationen, inser var och en att det här blir fråga om att ta ur egen kassa, om sköterskornas krav skall tillmötesgå.

För oss, som fått till uppgift att föra tandläkarkårens talan i skilda sammanhang, betyder regeringens eftergifter då det gäller avslutningsformen till försäkringen och i överläggningsfrågan, att vi börjar nära en förhoppning om att en atmosfär kan komma till stånd, som gör det möjligt att skapa förutsättningar för ett mera förtroendefullt samarbete mellan tandläkarkåren och myndigheterna. Ett sådant samarbete behövs nämligen, då det gäller att klara det vårdtryck, som för närvarande synes helt oemotståndligt.

Barntandvården prioriteras

Riksdagsbeslutet 1973 innebar en prioritering av barn- och ungdomstandvården. Tandvården för åldersgrupperna 0–16 år skall bedrivas uteslutande inom folktandvården. Sedermera skall även åldersgrupperna

16–19 år överföras till den offentliga sektorn. Landstingen har åtagit sig en utbyggnadstakt av folktandvården, vilken innebär, att dessa åldersgrupper skall beredas total organiserad vård inom en femårsperiod efter försäkringens ikraftträdande. För att landstingen skall kunna klara detta åtagande, tillförsäkrade riksdagen folktandvården hela nettotillskottet av tandläkare. Detta regleras via den ovan nämnda etableringskontrollen.

Tandläkarkåren har inte opponerat sig mot att den framtida tandvården började med barnen. Detta måste vara riktigt ur odontologisk synpunkt; därför finner tandläkarna riksdagsbeslutet riktigt i detta avseende. Det går dock inte att komma ifrån, att detta beslut medför konsekvenser för vuxenvården, vilka man i dagens vårdsituation icke kan bortse ifrån.

Eftersom folktandvårdens tandläkare merendels har blandtjänst, dvs 45 % vuxenvård och 55 % barntandvård, och eftersom systemet medfört att ersättningsetableringen inom den privata sektorn är mycket trög, innebär beslutet att tillväxten av vuxentandvårdsresursen på intet sätt motsvarar den ökade värdefterfrågan, som de starkt reducerade patientavgifterna stimulerat. Till den nämnda vårdstimulansen kommer problemet med det vid försäkringsstarten uppdämda vårdbehovet, förorsakat av vetskapen om, att en försäkring skulle komma. Patienterna hade, ofta på sin tandläkares inrådan, uppskjutit arbets- och kostnadskrävande rekonstruktionsarbeten.

Då försäkringen startade brast alla förändringar. Tandläkarna var väl förberedda

och klarade första vågen ganska bra. En oväntad smal passage uppenbarade sig dock omgående – tandteknikerbristen. De utdragna väntetiderna på laboratorierna, trots att tandteknikerna arbetade strängt taget dygnet om, medförde en mycket allvarlig störning i det normala patientflödet. Vågen håller nu på att ebba ut, flödet genom laboratorierna är numera mera normalt, med klart reducerade väntetider.

På toppen av denna första våg kastades det omkring patienter, som tidigare saknat tandläkare och som nu inte hade en reell chans att få sina akuta besvär avhjälpta. Så fort tandläkarförbundet fick rapporter om deras belägenhet initierades förbundets lokalföreningar att lösa detta problem med någon form av jourtjänst. Kollegerna ställde upp lojalt, såväl tjänstetandläkarna som privatpraktikerna. Akuttandvården löstes således snabbt och effektivt på frivillig bas över hela landet. Ingen skall i dag behöva gå mer än några timmar med akuta besvär, innan dessa kan bli avhjälpta.

Att fullständigt behandla alla nya vårdsökande är dock för närvarande helt omöjligt. Detta bekymrar alldeles uppenbart regeringen, som för tillfället arbetar mycket målmedvetet på att skapa möjligheter för vård av nya patienter. Eftersom tandläkarna enligt lag är skyldiga att kalla tidigare patienter för kontroll och ev vidare vård är ekvationen svårlöst; i varje fall på kort sikt.

Under 1974 arbetade privattandläkarna 6,2 milj timmar – en ökning med 20 %. Arbetsintensiteten ökade med ca 10 %. 2,5 miljoner försäkrade fick vård under 1974 – 88 % av dessa inom den privata sektorn. Att

ytterligare öka arbetstid och/eller arbetsintensitet kommer sannolikt att menligt inverka på såväl den enskilde tandläkarens hälsa som på kvaliteten på den vård han meddelar.

Förslag till reformer

Skall resten av befolkningen komma till vård inom rimlig tid måste två åtgärder vidtagas. För det första måste försäkringsadministrationen läggas om. Enligt en av tandläkarförbundet gjord undersökning 1974 tar denna administration 11 % av arbetstiden. En viss administration måste självfallet finnas – samhället måste kunna kontrollera, att dess pengar blir rätt använda – men detta är med all sannolikhet möjligt med en betydligt mindre men mera ändamålsenlig administrativ apparat.

För det andra måste tandläkarna och deras patienter för en tid framöver finna sig i en sådan omprioritering av vården, att graden av vårdbehov, på ett annat sätt än hittills, konstituerar möjligheten att få vård. Så vitt jag kan se, kommer en sådan omprioritering att bli mycket svår, inte så mycket för tandläkarna som för de patienter, som haft en "hustandläkare" sedan lång tid tillbaka. Dessa patienter har tidigare själva bekostat sin tandvård, ofta genom att avstå från något annat och sannolikt mera lustbetonat. När de nu kommer att få vänta, kommer detta att medföra starka påfrestningar för det förtroendefulla samarbetet mellan "hustandläkaren" och hans patient. Tandläkarna kan inte göra så mycket åt detta. Görs omprioriteringen icke frivilligt, kommer direktiv att utfärdas, det vet vi.

Ett tredje sätt att lösa denna vårdknut kan synas vara en ökad examination av tandläkare. Eftersom av myndigheterna framtagna prognoser visar, att jämvikt mellan vårdefterfrågan och vårdutbud kommer att inträffa runt 1980, är detta ingen framkomlig väg ut ur dagens akuta situation. Tandläkarstudierna tar minst 5 år, varför denna resursförstärkning inte skulle komma fram förrän den inte längre behövs.

Däremot synes det vara möjligt att delegera vissa arbetsmoment, som tandläkaren nu utför, till den övriga tandvårdspersonalen, sköterskor och hygienister, efter vidareutbildning av denna personal. En utredning är tillsatt, vilken skyndsamt skall arbeta fram förslag till en sådan vidareutbildning. Personligen tror jag att det här finns hjälp inom rimligt räckhåll.

Av och till hör man tanken, att den förebyggande vården skulle bli mer ointressant för patienterna i och med att den reparativa vården blivit så mycket billigare. Ibland träffar man dessvärre också i den egna verksamheten patienter, som reagerar på detta sätt. Den billigaste och på sikt mest effektiva vården är alltid den förebyggande. Detta är en sanning, ja, nästan en truism, inom all medicin och odontologi. Av det skälet är det viktigt att denna förebyggande vård inte minskar utan istället ökar högst avsevärt, trots att vi fått en tandvårdsförsäkring.

Tandläkarkårens önskelista inför framtiden kan sammanfattas i fem punkter.

- 1 Ett mera förtroendefullt samarbete mellan samhällets representanter och tandläkarkåren. Detta är en grundförutsättning för att vårdproblematiken skall kunna hanteras på rätt sätt.
- 2 Minskad och mera lättarbetad försäkringsadministration.
- 3 Förståelse för de initialsvårigheter denna stora reform har från allmänhetens sida gentemot dem som skall utföra grovarbetet – tandläkarna.
- 4 Ökad utbildning och därmed ökade befogenheter för övrig tandvårdspersonal.
- 5 Större medvetenhet om den förebyggande vårdens betydelse bland allmänheten/patienterna.

Kunde dessa fem önskemål bli verklighet finns det en förutsättning för att den reform, som alla väntat så mycket av och som kostar den svenska statskassan så stora pengar, kan bli vad den var avsedd att vara: en hjälp för alla medborgare att till en rimlig kostnad erhålla tandvård. Det gäller att alla hjälps åt och att man har förståelse och respekt för varandras synpunkter och förslag. Det gäller myndigheter, tandläkare men också allmänheten. Vi tandläkare vill inget hellre än att medverka härvidlag.