

Statens
offentliga
utredningar
1972:81
Social-
departementet

Allmän tandvårds-försäkring

SOU

Betänkande avgivet av 1970 års utredning
om tandvårdsförsäkring
Stockholm 1972

Statens offentliga utredningar
1972:81
Socialdepartementet

Allmän tandvårdsförsäkring

Betänkande avgivet av 1970 års utredning
om tandvårdsförsäkring
Stockholm 1972

ISBN 91-38-00264-7

K L Beckmans Tryckerier AB. Stockholm 1972

Till Statsrådet och chefen för socialdepartementet

Med stöd av Kungl. Maj:ts bemyndigande den 24 april 1970 tillkallade chefen för socialdepartementet, statsrådet Aspling, den 6 maj 1970 undertecknad Lars-Åke Åström, generaldirektör i riksförsäkringsverket, som sakkunnig med uppdrag att utreda frågan om utformningen av en tandvårdsförsäkring.

Såsom experter åt utredningsmannen har departementschefen tillkallat den 6 maj 1970 ordföranden i Sveriges Tandläkarförbund leg. tandläkaren Thorsten Aggeryd, direktören hos samma förbund leg. tandläkaren Jan Erik Ahlberg, kanslichefen hos Svenska landstingsförbundet Bengt Ericsson, ekonomichefen Rolf Svenonius, departementssekreteraren i finansdepartementet Sven-Erik Tengvall, departementssekreteraren i socialdepartementet Gunnar Wikman och tandvårdsdirektören hos Stockholms läns landsting Sven-Gustav Åstrand, den 2 september 1970 medicinalrådet i socialstyrelsen leg. tandläkaren John Hedlin, den 30 juni 1971 sjukhusintendenten i Göteborg Erland Artbäck i stället för Svenonius, som begärt entledigande, och den 28 september 1971 leg. tandläkaren Hans Sundberg, numera föredragande i socialstyrelsen.

Utredningen har antagit namnet 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring.

Sundberg har i betydande omfattning åtnjutit tjänstledighet för arbete åt utredningen. Som sekreterare har tjänstgjort byrådirektören hos riksförsäkringsverket Barbro Lundstedt.

Utredningen får härmed avlämna ett betänkande kallat Allmän tandvårdsförsäkring.

Framställningen om tandsjukdomar och tandskador har utarbetats av docenten vid odontologiska fakulteten i Stockholm Karl-Erik Markén och avsnittet om tandhälsovård av övertandläkaren hos Stockholms läns landsting Odd Larje.

Vid utarbetande av författningsförslaget har utredningen biträtts av hovrättsassessorn Lars Grönwall, socialdepartementet.

Dessutom har utredningen biträtts av en rad arbetsgrupper.

Utredningen avser att avsluta sitt arbete med undersökningar av vissa administrativa frågor.

Stockholm i oktober 1972

L-Å Åström

Innehåll

Sammanfattning av utredningens förslag 9

Författningsförslag 11
Lag om ändring i lagen om allmän försäkring 11
Tandvårdstaxa 16
Kungörelse om ändring i läkarvårdstaxan 25
Lag om ändring i lagen om yrkesskadeförsäkring 29
Lag om ändring i förordningen angående ersättning för sjukresor enligt lagen om allmän försäkring (sjukreseförordningen) 32
Kungörelse om ändring i kungörelsen med tillämpningsföreskrifter till sjukreseförordningen 34
Kungörelse om upphävande av kungörelsen angående statsbidrag till folktandvård 37
Lag om upphävande av förordningen om kommuns bidrag till kostnaderna för folktandvården 38

Kapitel 1 *Utredningsuppdraget* . . . 39

Kapitel 2 *Tandsjukdomar och tandskador* 42
2.1 Inledning 42
2.2 Behandlingsmöjligheter 42
2.2.1 Karies 42
2.2.2 Tandlossning 45
2.2.3 Bettrehabilitering vid tandförlust 45
2.2.4 Störningar i bettfunktionen 47
2.2.5 Bett- och tandställningsfel. Tandreglering 48
2.2.6 Käk- och tandskador vid olycksfall 48
2.2.7 Anomalier och defekter inom käk- ansiktsregionen . 49
2.3 Individuell tandhälsovård 50
2.3.1 Särskilda profylaktiska åtgärder hos tandläkaren . . 50
2.3.2 Tandhygienistverksamhet . 52
2.4 Kollektiv tandhälsovård 53
2.4.1 "Automatisk" profylax . . 53
2.4.2 Kollektiv tandhälsovård för olika åldersgrupper 53

Kapitel 3 *Något om tandtillståndet hos olika befolkningskategorier* . . . 58
3.1 Smedbys intervjuundersökning . 58
3.1.1 Primärmaterial 58
3.1.2 Metod 59
3.1.3 Resultat 59
3.1.4 Diskussion 64
3.2 Låginkomstutredningens levnadsnivåundersökning 64
3.2.1 Metod 64
3.2.2 Reultat 64
3.2.3 Några synpunkter på låginkomstutredningens undersökning jämförd med Smedbys 66
3.3 Vissa lokala undersökningar . . . 67
3.3.1 Förekomsten av protetiska rekonstruktioner i Malmö . 67
3.3.2 Undersökning avseende Södermanlands, Uppsala och Gävleborgs län 68
3.3.3 Tandhälsotillståndet hos anställda vid en svensk industri 69
3.3.4 Tandstatus hos befolkningen i Hofors-Torsåker 69

Kapitel 4 *Tandvårdsresurser* 71
4.1 Resurstillväxt 71
4.1.1 Tandläkarkårens utveckling 71
4.1.2 Tandläkarutbildning . . . 72
4.1.3 Tandläkarkåren 1971 . . . 73
4.1.4 Vakanserna i folktandvården 73
4.1.5 In- och utvandring m. m. . 75
4.2 Författningsbestämmelser och organisation 76
4.2.1 Författningsbestämmelser m. m. gemensamma för samtliga tandläkare 76
4.2.2 Författningsbestämmelser som avser privatpraktiserande tandläkare 78
4.2.3 Författningar som reglerar folktandvården 78
4.2.4 Organisation 79
4.3 Nuvarande resursfördelning . . . 83
4.3.1 Geografisk fördelning av tandläkarna 1971 83
4.3.2 Uppgifter om barn- och ungdomstandvården 1971 . . 83
4.3.3 Specialistvården 84
4.3.4 Vuxentandvården 84

Kapitel 5 *Nuvarande ersättningsregler m. m.* 90
5.1 Sjukförsäkringens ersättning för viss tand- och käkbehandling . . 91
5.1.1 Kort historik 91
5.1.2 Nuvarande ersättningsregler 93
5.2 Moderskapsförsäkringens ersättning för tandvård 93
5.2.1 Kort historik 93
5.2.2 Nuvarande ersättningsregler 95
5.2.3 Undersökning av ersättningsnivån m. m. 96
5.3 Yrkesskadeförsäkringens ersättning vid tandskada 96
5.3.1 Kort historik 96
5.3.2 Nuvarande ersättningsregler 97
5.3.3 Handläggning av tandskadeärenden 98
5.4 Försäkringsbolagens ersättning vid tandskada 98

Kapitel 6 *Tandvårdsförsäkring i några andra länder* 100
6.1 Danmark 100
6.2 Storbritannien 102
6.3 Västtyskland 105
6.4 Frankrike 106

Kapitel 7 *Tidigare betänkanden och remissyttranden* 109
7.1.1 1961 års sjukförsäkringsutredningens förslag om tandvårdsförsäkring 109
7.1.2 Remissyttranden 112
7.2.1 1967 års folktandvårdsutredningens förslag om folktandvårdens utbyggande och reglering 116
7.2.2 Remissyttranden 118
7.3.1 1967 års folktandvårdsutredningens PM om särskilda tandvårdsanordningar för vissa patientgrupper 124
7.3.2 Remissyttranden 126

Kapitel 8 *Allmänna utgångspunkter* . 131
8.1 Inledning 131
8.2 Folktandvårdens utbyggnad . . . 133
8.2.1 Beräkningsunderlag 133
8.2.2 Tandvård till barn i åldrarna 3–5 år 133
8.2.3 Tandvård till barn i åldrarna 6–16 år 135
8.2.4 Tandvård till ungdomar i åldrarna 17–19 år 135
8.2.5 Sammanfattning och diskussion 136
8.3 Tillgång och efterfrågan på vuxentandvård 137
8.3.1 Tillgångsprognos beträffande tandvårdsresurser 137
8.3.2 Fördelning av antalet tandläkartimmar 138
8.3.3 Prognoser beträffande efterfrågan på tandvård 139

Kapitel 9 *Tandvårdsförsäkringens personkrets* 141
9.1 De försäkrade 141
9.1.1 Allmän bestämning 141

9.1.2 Särskilda avgränsningsfrågor 143
9.2 Anslutningen av tandläkare . . . 148

Kapitel 10 *Ersättningsbara åtgärder* . 151
10.1 Tandvård 151
10.2 Förslag rörande tandvårdsåtgärder 154
10.3 Övergångslösning som alternativ 155
10.4 Resor 156

Kapitel 11 *Tandvårdstaxa* 160
11.1 Uppläggning 160
11.2 Taxerubriker 161
11.3 Ersättnings- och debiteringsprinciper 162
11.3.1 Olika ersättningsprinciper 162
11.3.2 Debiteringsprinciper . . 163
11.4 Behandlingstider 165
11.5 Arvodesnivå 166
11.5.1 Kostnadsnivå per tandläkartimme 166
11.5.2 Vuxentandvårdens totala kostnader 1970 173
11.5.3 Fastställande av enskilda arvodesbelopp 176
11.5.4 Individuell taxebindning 177
11.5.5 Arvodesbelopp för specialister 179
11.6 Arvodesnivå för tandtekniska arbeten 180
11.7 Patientavgift och försäkringsandel 182
11.8 Tandvårdstaxans fastställande och giltighetstid 183

Kapitel 12 *Administration* 184
12.1 Organisation 184
12.2 Förfarande 185

Kapitel 13 *Ikraftträdande, kostnader och finansiering* 188
13.1 Försäkringens ikraftträdande . . 188
13.1.1 Efterfrågan och ersättningsnivå 189
13.1.2 Jämförelse med folktandvårdstaxan m. m. 192
13.1.3 Vissa initialåtgärder . . 193
13.1.4 Tandvårdstaxans fastställande vid försäkringens ikraftträdande 194
13.2 Kostnader 194
13.2.1 Kostnader avseende privattandvården 194
13.2.2 Kostnader avseende folktandvården 195
13.2.3 Försäkringens samlade ersättning för tandvårdskostnader 198
13.2.4 Reseersättning 198
13.2.5 Försäkringens administrationskostnader 199
13.2.6 Ersättning för pågående vård vid årsskiftet 1973–1974 199
13.2.7 Sammanfattande kostnadskalkyl 199
13.3 Finansiering 200
13.3.1 Gällande regler 200
13.3.2 Finansieringsalternativ och förslag 202

Kapitel 14 *Kommentarer till författningsförslagen* 204
14.1 Inledning 204
14.2 Förslaget till lag om ändring i lagen om allmän försäkring . . . 205
14.3 Förslaget till tandvårdstaxa . . 207
14.4 Förslaget till ändring av läkarvårdstaxan 220
14.5 Förslaget till lag om ändring i lagen om yrkesskadeförsäkring . 221
14.6 Förslaget till lag om ändring i sjukreseförordningen 222
14.7 Övriga författningsförslag 223
14.8 Särskilda kommentarer till tandvårdstaxans förteckning över taxerubriker och arvoden . . . 223

Bil. 1. Rapport om frekvensundersökning 233
Bil. 2. Folktandvårdens kostnader och intäkter 1970 294
Bil. 3. Omkostnader m. m. i privatpraktik 307
Bil. 4. Enkät avseende 1970 års arvoden bland privatpraktiserande tandläkare 316
Bil. 5. Mödratandvårdsundersökning . 351

Bil. 6. Gällande taxor 364
6.1 Folktandvårdstaxan . . 365
6.2 Taxa för viss tandläkarvård utförd vid centraltandpoliklinik m. m. . 370
6.3 Taxa för specialbehandling vid centraltandpoliklinik 372
6.4 Mödratandvårdstaxa . 374

Sammanfattning av utredningens förslag

Utredningen föreslår att en allmän tandvårdsförsäkring införs den 1 januari 1974.

En av utredningens utgångspunkter har varit att folktandvårdens huvudmän (landstingen jämte Göteborg, Malmö och Gotlands kommun) i lag åläggs ett vårdansvar beträffande tandvården för barn upp t. o. m. 16 år. Denna lagbestämmelse förutsätts träda i kraft samtidigt som den allmänna tandvårdsförsäkringen införs. Vårdansvaret förutsätts sedan komma att vidgas. Successivt skall det omfatta även ungdomar t. o. m. 19 år. I betänkandet redovisas en modell till utbyggnad av folktandvårdens barn- och ungdomstandvård och, parallellt därmed, dess vuxentandvård. Enligt denna modell skulle barn- och ungdomstandvården vara fullt utbyggd i slutet av 1970-talet. Samtidigt beräknas folktandvårdens vuxentandvård ha ökat i omfång så att den skulle kunna svara för ca 1/3 av tandvården åt den vuxna befolkningen i landet.

Tandvårdsförsäkringen föreslås ingå i den allmänna sjukförsäkringen. Enligt förslaget skall den gälla alla som omfattas av lagen om allmän försäkring – i praktiken alla som bor i landet – fr. o. m. 20 års ålder. Övergångsvis skall försäkringens ersättningsbestämmelser avse även 17–19-åringar.

Försäkringen skall ge ersättning för tandvård som meddelas av folktandvården och av privatpraktiserande tandläkare som åtagit sig att arbeta enligt försäkringens regler. Anslutningen av privattandläkare föreslås bli frivillig.

De försäkrade förutsätts ha i princip fritt tandläkarval.

Alla typer av tandbehandling föreslås bli ersättningsberättigande. Även förebyggande åtgärder skall enligt förslaget omfattas av försäkringen.

För försäkringen skall gälla en tandvårdstaxa som upptar dels tandläkararvoden och dels arvoden för tandtekniska arbeten. Även åtgärder som kan utföras av tandhygienist föreslås bli omfattade av taxan. Taxebeloppen får underskridas men inte överskridas.

Av beloppen enligt taxan betalar patienten och försäkringen i regel hälften vardera. Patienten erlägger sin avgift till tandläkaren. Denne rekvirerar sedan försäkringsersättningen hos den allmänna försäkringskassan.

Patienter med stora tandvårdskostnader föreslås få en särskild ekonomisk lättnad. För de fall där sammanlagda kostnaden för en behandlingsomgång enligt taxan är större än 1 000 kr (dvs. patientavgiften överskrider 500 kr) skall försäkringen ersätta 75 % av den del av kostnaderna som ligger över 1 000 kr. Vid en totalkostnad på t. ex. 2 000 kr får alltså patienten enligt denna regel stå för (500 + 250=) 750 kr.

Tandvårdstaxan är bindande för anslutna tandläkare. I samband med försäkringens införande föreslås att man för vissa privatpraktiserande tandläkare öppnar en möjlighet till individuell taxebindning. Härigenom kan sådana tandläkare komma att få tillämpa en arvodesnivå som med 5, 10, 15 eller 20 % överstiger taxans. Patientavgiften blir då normalt hälften av det högre taxebeloppet.

Det föreslås att tandvårdstaxan förnyas med relativt täta mellanrum. Längsta giltighetstid skall enligt förslaget vara två år.

Viss oralkirurgisk vård m. m. – som nu ersätts enligt en återbäringstaxa genom sjuk-

försäkringen – föreslås hänförd till det s. k. 7-kronorssystemet.

För patienter som har långt till tandläkare och därför åsamkas större kostnader för resor i samband med tandläkarbesök föreslår utredningen att rätt till en viss reseersättning införs. Enligt förslaget skall ersättning utgå – för resa tur och retur vid varje besök – med hälften av den resekostnad som ligger över 15 kr.

Då tandvårdsförsäkringen skall ingå i den allmänna försäkringen, kommer den att administreras av försäkringskassorna med riksförsäkringsverket som tillsynsmyndighet. Till kassorna skall knytas förtroendetandläkare. Hos riksförsäkringsverket föreslås inrättat ett särskilt beredningsorgan, en tandvårdsdelegation, med företrädare för bl. a. folktandvårdens huvudmän, tandläkare och tandtekniker.

En viss dämpning av tandvårdsefterfrågan under tiden närmast före försäkringens ikraftträdande kan förutses. Vissa övergångsanordningar föreslås med anledning härav.

Kostnaderna för försäkringen är svåra att beräkna. En kalkyl för 1974 slutar på 600 milj. kr, vartill kommer 30 milj. kr för nyssnämnda initialåtgärder. Kalkylen bedöms som en minimikalkyl. Utfallet kan av olika orsaker komma att bli högre.

I kostnadshänseende har bl. a. förutsatts att folktandvårdens utbyggnad skall finansieras med medel från försäkringen.

För att bekosta tandvårdsförsäkringen föreslås att arbetsgivaravgiften till sjukförsäkringen höjs med 0,5 procentenheter. Detta beräknas inbringa ca 550 milj. kr. Resten av reformkostnaden förutsätts falla på de försäkrades avgifter. Vid en totalkostnad på 630 milj. kr innebär detta en avgiftshöjning med ca 20 kr om året. Om kostnaderna – enligt en annan kostnadskalkyl som utförts – skulle gå upp till 675 milj. kr, behöver egenavgiften i stället höjas med ca 35 kr.

Vid den allmänna tandvårdsförsäkringens ikraftträdande förutsätts bl. a. den nuvarande mödratandvårdsförsäkringen upphöra. Även folktandvårdstaxan upphör. Patientavgiften för behandling med helprotes blir högre än i nuvarande folktandvårdstaxa och med hänsyn till detta förhållande föreslås i en övergångsbestämmelse till den nya tandvårdstaxan att försäkringen ersätter 75 % av kostnaden för behandling med helprotes m. m.

Författningsförslag

Förslag till
Lag om ändring i lagen (1962: 381) om allmän försäkring

Härigenom förordnas i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring

dels att 2 kap. 1, 3, 5 och 7 §§, 18 kap. 12 och 13 §§ samt 19 kap. 4 § skall ha nedan angivna lydelse,

dels att i lagen skall införas en ny paragraf, 2 kap. 10 §, av nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
1 §	
Försäkrad äger i enlighet med vad nedan sägs rätt till ersättning för utgifter för läkarvård, *tandläkarvård* och sjukhusvård ävensom i samband därmed företagna resor, så ock till sådan ersättning, varom föreskrift meddelats enligt 6 §.	Försäkrad äger i enlighet med vad nedan sägs rätt till ersättning för utgifter för läkarvård, *tandvård* och sjukhusvård ävensom i samband därmed företagna resor, så ock till sådan ersättning, varom föreskrift meddelats enligt 6 §.
3 §	
Ersättning för utgifter för tandläkarvård utgår för sådan av sjukdom föranledd behandling, som angives i en av Konungen fastställd förteckning och som av tandläkare meddelas vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus.	*Ersättning för utgifter för tandvård utgår till försäkrad från och med det år då han fyller tjugu år, om behandlingen meddelas vid folktandvårdspoliklinik, odontologisk fakultet, tandsjukvårdscentral eller av tandläkare, som upptagits i en av allmän försäkringskassa fastställd förteckning. Ersättning utgår enligt*

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	grunder som Konungen efter förslag av riksförsäkringsverket fastställer för högst två år i sänder.
Ersättning för utgifter för tandläkarvård utgår jämväl för sådan, kvinnlig försäkrad meddelad behandling, som angives i en av Konungen fastställd förteckning och som utförts under tid då den försäkrade var havande eller inom tvåhundrasjuttio dagar efter förlossningsdagen.	*Vid sådan oralkirurgisk behandling eller annan åtgärd som angives i en av Konungen fastställd förteckning och som meddelas vid odontologisk fakultet eller tandsjukvårdscentral eller, efter hänvisning av läkare eller tandläkare, vid centraltandpoliklinik eller därmed jämförbar institution utgår ersättning enligt bestämmelserna för läkarvård i 2 §.*
Ersättning utgår med tre fjärdedelar av utgifterna eller, då dessa överstigit det belopp, vartill de enligt Konungen fastställd taxa skola beräknas uppgå, med tre fjärdedelar av sistnämnda belopp.	

5 §

Har försäkrad åtnjutit läkarvård, *tandläkarvård* eller sjukhusvård som avses i 2 §, 3 § *första stycket* eller 4 §, utgår ersättning enligt vad Konungen med riksdagen förordnar för utgifter i anledning av r e s o r till och från läkaren, tandläkaren eller sjukvårdsinrättningen, där ej med hänsyn till resans längd samt den *sjukes* tillstånd skäligen kunnat fordras att han gått eller färdats på annat sätt, som icke krävt särskild kostnad.	Har försäkrad åtnjutit läkarvård, *tandvård* eller sjukhusvård som avses i 2, 3 eller 4 §, utgår ersättning enligt vad Konungen med riksdagen förordnar för utgifter i anledning av r e s o r till och från läkaren, tandläkaren eller sjukvårdsinrättningen, där ej med hänsyn till resans längd samt den *försäkrades* tillstånd skäligen kunnat fordras att han gått eller färdats på annat sätt, som icke krävt särskild kostnad.

7 §

Har kommun genom att anställa eller eljest träffa avtal med läkare eller på annat sätt vidtagit åtgärder för att bereda medellösa eller mindre bemedlade personer läkarvård, må allmän försäkringskassa på framställning av kommunen förordna, att kommunen efter grunder som fastställas av Konungen skall vara berättigad att av kassan erhålla ersättning för

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
kostnad för läkarvård, som sålunda beretts försäkrad. Sådan ersättning må i varje särskilt fall utgivas allenast i den mån ersättning i anledning av vården ej tillkommit den försäkrade själv samt må ej överstiga vad som skolat utgivas till denne, därest han fått vidkännas motsvarande kostnad.	
Allmän försäkringskassa äger med arbetsgivare, som anordnar läkarvård eller vidtager andra sjukvårdande åtgärder så att kassans utgifter för sjukvårdsersättning kunna antagas minska, överenskomma om skälig gottgörelse för arbetsgivarens ifrågavarande kostnader.	Allmän försäkringskassa äger med arbetsgivare, som anordnar läkarvård eller vidtager andra sjukvårdande åtgärder så att kassans utgifter för sjukvårdsersättning kunna antagas minska, överenskomma om skälig gottgörelse för arbetsgivarens ifrågavarande kostnader. *Vad nu sagts om andra sjukvårdande åtgärder gäller ej tandvård.*
Allmän försäkringskassa äger jämväl med kommun, landstingskommun eller transportföretag, som åtager sig att ombesörja transporter, för vilka ersättning från sjukförsäkringen må utgivas, träffa överenskommelse om skälig gottgörelse härför samt om avgifter, vilka kommunen, landstingskommunen eller företaget må uttaga av de försäkrade för utförda transporter. Överenskommelse som avses i andra eller tredje stycket skall för att vara gällande fastställas av riksförsäkringsverket.	
Om redare för svenskt fartyg jämlikt sjömanslagen haft att vid sjömans sjukdom vidkännas kostnad som avses i 2 §, 3 § *första* stycket, 4, 5 eller 6 §, äger han hos allmän försäkringskassa erhålla gottgörelse för kostnaden enligt bestämmelserna i denna lag.	Om redare för svenskt fartyg jämlikt sjömanslagen haft att vid sjömans sjukdom vidkännas kostnad som avses i 2 §, 3 § *andra* stycket, 4, 5 eller 6 §, äger han hos allmän försäkringskassa erhålla gottgörelse för kostnaden enligt bestämmelserna i denna lag.
	10 §
	Om viss ersättning för kostnader för folktandvård är särskilt stadgat.
	18 kap.
	12 §
Hos allmän försäkringskassa skola vara anställda en direktör, vilken i enlighet med de anvisningar, som lämnas av kassans styrelse, har att	Hos allmän försäkringskassa skola vara anställda en direktör, vilken i enlighet med de anvisningar, som lämnas av kassans styrelse, har att

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
leda arbetet inom kassan, en eller flera föredragande för pensionsärenden *samt* en eller flera förtroendeläkare. *Förtroendeläkare* har att tillhandagå *försäkringskassan* i frågor, som kräva medicinsk sakkunskap, och *skall* söka främja samarbetet mellan kassan och inom dess område verksamma läkare.	leda arbetet inom kassan *samt* en eller flera föredragande för pensionsärenden. *Hos sådan kassa skola jämväl vara anställda* en eller flera förtroendeläkare *och en eller flera förtroendetandläkare*, vilka hava att tillhandagå *kassan* i frågor, som kräva medicinsk eller *odontologisk* sakkunskap, samt *att* söka främja samarbetet mellan kassan och inom dess område verksamma läkare *och till försäkringen anslutna tandläkare.*

Utöver de befattningshavare, som avses i första stycket, skola hos allmän försäkringskassa vara anställda tjänstemän i erforderligt antal.

13 §

Befattningshavare hos allmän försäkringskassa tillsättas och entledigas	Befattningshavare hos allmän försäkringskassa tillsättas och entledigas
1) direktör, föredragande för pensionsärenden ävensom annan tjänsteman, beträffande vilken Konungen så föreskrivit, av riksförsäkringsverket;	1) direktör, föredragande för pensionsärenden ävensom annan tjänsteman, beträffande vilken Konungen så föreskrivit, av riksförsäkringsverket;
2) förtroendeläkare av socialstyrelsen; samt	2) förtroendeläkare och *förtroendetandläkare* av socialstyrelsen; samt
3) övriga tjänstemän av kassan.	3) övriga tjänstemän av kassan.

Riksförsäkringsverket och socialstyrelsen skola vid tillsättande och entledigande av befattningshavare hos kassan inhämta yttrande från kassans styrelse.

För befattningshavare, för vilka Konungen så föreskrivit, skola anställnings- och arbetsvillkor som må bestämmas genom avtal fastställas under medverkan av Konungen eller myndighet som Konungen bestämmer samt övriga anställnings- och arbetsvillkor fastställas i den ordning Konungen förordnar.

I den utsträckning Konungen förordnar må försäkringskassa inrätta ny tjänst endast efter medgivande av riksförsäkringsverket.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
19 kap.	
4 §	
Avgift till sjukförsäkringen enligt 1 § skall utgå med tre och *en* tiondels procent av det belopp, varå avgiften skall beräknas. Av avgiften skola *tio trettioendelar* användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tilläggssjukpenning i vad den svarar mot inkomst av anställning. Medlen fördelas mellan kassorna i förhållande till deras utgifter för vartdera ändamålet under året; och skola därvid de utgifter för läkemedel, som åvilar kassorna, anses ingå i utgifterna för sjukvårdsersättning. Konungen äger med riksdagen förordna, att viss del av de medel, som enligt vad nu sagts skola tillgodoföras de allmänna försäkringskassorna, i stället skall ingå till en fond, benämnd allmänna sjukförsäkringsfonden, vilken förvaltas enligt grunder som fastställas i enahanda ordning.	Avgift till sjukförsäkringen enligt 1 § skall utgå med tre och *sju* tiondels procent av det belopp, varå avgiften skall beräknas[1]. Av avgiften skola *sjutton trettiosjundedelar* användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning och återstoden till bestridande av kassornas utgifter för tilläggssjukpenning i vad den svarar mot inkomst av anställning[1]. Medlen fördelas mellan kassorna i förhållande till deras utgifter för vartdera ändamålet under året; och skola därvid de utgifter för läkemedel, som åvila kassorna, anses ingå i utgifterna för sjukvårdsersättning. Konungen äger med riksdagen förordna, att viss del av de medel, som enligt vad nu sagts skola tillgodoföras de allmänna försäkringskassorna, i stället skall ingå till en fond, benämnd allmänna sjukförsäkringsfonden, vilken förvaltas enligt grunder som fastställas i enahanda ordning.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1974.

2. Bestämmelserna i 2 kap. 3 § första stycket skall tills vidare gälla försäkrade från och med det år då de fyllt sjutton år. Konungen förordnar när detta undantag skall upphöra att gälla. Sådant förordnande kan begränsas till viss eller vissa åldersklasser.

3. Förtroendetandläkare som sägs i 18 kap. 12 § skall vara anställda hos de allmänna försäkringskassorna från och med den 1 oktober 1973.

[1] Vid bifall även till förslag i prop. 1972: 104.

Förslag till
Tandvårdstaxa

Inledande bestämmelser

1 § Denna taxa gäller tandvård enligt 2 kap. 3 § första stycket lagen (1962: 381) om allmän försäkring.

Om tandvård enligt 2 kap. 3 § andra stycket lagen om allmän försäkring finns bestämmelser i läkarvårdstaxan (1969: 657).

2 § Taxan är tillämplig på tandvård som bedrivs vid folktandvårdspoliklinik, odontologisk fakultet och tandsjukvårdscentral samt av tandläkare som sägs i 3 §.

Bestämmelserna för tandläkare gäller i tillämpliga delar annan anordnare av tandvård.

3 § Privatpraktiserande tandläkare som förbundit sig att följa taxans bestämmelser upptages på förteckning hos den allmänna försäkringskassa inom vars verksamhetsområde han bedriver tandvård. Förteckning som nu sagts förnyas vid varje kvartalsskifte. På förteckningen upptages tandläkare som till kassan anmält sin anslutning senast två månader före kvartalsskiftet.

Blir tandläkare på egen begäran avförd från förteckning hos försäkringskassa, gäller taxans bestämmelser för honom fram till det kvartalsskifte som inträffar närmast två månader efter det begäran inkom till kassan. Har behandling av patient påbörjats under tid som nyss sagts eller dessförinnan, gäller taxans bestämmelser till dess behandlingen avslutats.

Allmänna bestämmelser

4 § Tandläkaren är skyldig att i mån av möjlighet mottaga försäkrad för tandvård.

Tandläkaren bör efter utförd behandling sörja för att den försäkrade inom lämplig tid kallas till ny undersökning.

5 § Tandläkaren får ej meddela patient behandling mot högre arvode än som avses i 7 §.

Finner tandläkaren att han på grund av särskilda omständigheter bör tillmötesgå begäran av försäkrad om dyrare behandling än som är nödvändigt för att uppnå ett odontologiskt tillfredsställande resultat, skall den försäkrade ensam svara för merkostnaden.

6 § Tandläkaren skall innan behandlingen påbörjas upplysa patienten om vilka åtgärder han ämnar vidtaga och om de ungefärliga kostnaderna för behandlingen inberäknat efterkontroll.

Ändras förutsättningarna för kostnadsberäkningen skall tandläkaren upplysa patienten härom och om anledningen.

Ersättningsbestämmelser

7 § För tandvården utgår arvode till tandläkaren med högst de belopp som anges i bifogade förteckning (*Bilaga*).

Privatpraktiserande tandläkare får efter beslut av försäkringskassan tillämpa en arvodessättning som med högst 5, 10, 15 eller 20 procent överstiger de belopp som anges i förteckningen under avdelning A, i den mån han enligt riksförsäkringsverkets närmare anvisningar styrkt att han under år 1972 haft en arvodesnivå som, exklusive ersättning för tandtekniska arbeten, med något av de angivna procenttalen överstigit en arvodesnivå som är beräknad på en bruttointäkt om 114 kronor per timme. Vad nu sagts gäller, om ej särskilda skäl föreligger, endast tandläkare som under år 1972 utfört minst 1 600 arbetstimmar i enskild tandvård.

Tandläkare som har specialistkompetens i någon av specialiteterna rotbehandling, tandlossningssjukdomar, tandreglering eller tandsystemets kirurgiska sjukdomar och som sedan år 1972 utövat enskild tandvård får, utan hinder av bestämmelserna i andra stycket, tillämpa en arvodessättning som med högst 20 procent överstiger de belopp som anges i förteckningen under avdelning A.

8 § Försäkringen betalar halva arvodet genom tandvårdsersättning. Återstoden betalas av den försäkrade genom patientavgift.

Överstiger det sammanlagda arvodet för tandvård under en behandlingsomgång 1 000 kronor, utgår tandvårdsersättning med tre fjärdedelar av överskjutande belopp.

Ädla metaller m. m. enligt särskild prislista betalas helt av försäkringen.

9 § Utföres protetisk konstruktion på försäkrad som ett led i behandling av medfödd eller förvärvad ansikts- eller käkmissbildning, betalar försäkringen hela arvodet för all tandvård som ges den försäkrade, om behandlingen meddelas av tandläkare vid käkcentral, odontologisk fakultet, tandsjukvårdscentral eller centraltandpoliklinik. Vad nu sagts gäller också sådan behandling om den efter hänvisning utföres av annan tandläkare på vilken taxan är tillämplig.

Har försäkrad erhållit sådan tandvård som avses i första stycket, betalar försäkringen hela arvodet för all tandvård som därefter meddelas den försäkrade, under förutsättning att högst ett år förflyter mellan varje behandling.

10 § Försäkringskassan bestämmer den tandvårdsersättning som enligt 8 eller 9 § skall utgå för utförd behandling.

Beslutar försäkringskassan på grund av särskilda omständigheter om tandvårdsersättning som är lägre än den tandläkaren begärt, skall tandläkaren själv stå för den kostnad som tandvårdsersättningen ej täcker.

Har behandling omgjorts och är det med hänsyn till behandlingens beskaffenhet ej skäligt att den försäkrade skall betala patientavgift för den nya behandlingen, får försäkringskassan bestämma att tandvårdsersättning skall utgå under förutsättning att patientavgift ej uttages av den försäkrade.

Förhandsprövning

11 § Är försäkrads behov av tandvård omfattande eller svårbedömt, får tandläkaren begära prövning av behandlingsförslag hos försäkringskassan. Vill försäkrad ha annan behandling än den tandläkaren förklarat sig beredd att utföra inom försäkringens ram, kan den försäkrade hos kassan begära prövning av rätten till tandvårdsersättning för önskad behandling.

Överstiger den före behandlingen beräknade kostnaden för tandvården 2 000 kronor eller föreligger fall som avses i 9 § första stycket eller 10 § tredje stycket, skall förhandsprövning ske, såvida ej riksförsäkringsverket för viss tandvård beslutar om undantag. Verket får även besluta att förhandsprövning skall ske i andra fall än som nu sagts.

Beslut i ärende om förhandsprövning är bindande i fråga om rätt till tandvårdsersättning, såvida det ej efter prövningen framkommit omständigheter som utgör skäl för ändrad bedömning.

Särskilda bestämmelser

12 § Försäkrad är på begäran av försäkringskassa, riksförsäkringsverket eller försäkringsdomstolen skyldig att för utredning i ärende om förhandsprövning eller ersättning enligt denna taxa ställa sig till förfogande för undersökning vid tandvårdsmottagning inom kassans verksamhetsområde.

Uppkommer kostnader för den försäkrade med anledning av undersökningen, utgår ersättning från försäkringen om särskilda skäl föreligger.

13 § Tandläkare är på begäran av försäkringskassa, riksförsäkringsverket eller försäkringsdomstolen skyldig att i ärende om förhandsprövning eller ersättning enligt denna taxa lämna upplysningar samt förete journal och övrigt material som rör undersökning eller behandling av försäkrad.

Besvär m. m.

14 § Tandläkare får föra talan mot beslut i ärende enligt denna taxa.

15 § Bryter tandläkare mot bestämmelse i taxan, kan han avföras från förteckning hos försäkringskassa genom beslut av riksförsäkringsverket efter försäkringskassans hörande.

Mot beslut i ärende enligt första stycket föres talan hos försäkringsdomstolen genom besvär. Bestämmelserna i 20 kap. 13 § lagen (1962: 381) om allmän försäkring äger motsvarande tillämpning i fråga om beslut och talan mot beslut som nu sagts.

Övergångsbestämmelser

1. Denna taxa träder i kraft den 1 januari 1974 och gäller tills vidare till utgången av år 1975.

2. Förteckning som sägs i 3 § iordningställes första gången den 1 januari 1974. På förteckningen upptages tandläkare som senast den 1 november 1973 anmält sin anslutning till försäkringskassa. Anmälan om anslutning får ske från och med den 1 oktober 1973.

3. Har behandling av försäkrad inletts efter den 31 oktober 1973 av privatpraktiserande tandläkare som blir ansluten till försäkringen från och med den 1 januari 1974, utgår tandvårdsersättning enligt bestämmelserna i taxan även för tandvård som meddelats före sistnämnda datum, under förutsättning att behandlingen ännu pågår när taxan träder i kraft, att tandläkaren ej dessförinnan uttagit slutgiltigt arvode för tandvården och att den före behandlingen beräknade kostnaden för tandvården ej överstigit 2 000 kronor.

Har behandling av försäkrad inletts av tandläkare som blir ansluten till försäkringen senare än den 1 januari 1974, gäller bestämmelserna i taxan i fråga om behandlingsåtgärd som påbörjas sedan tandläkaren vunnit anslutning.

4. Vid behandling som anges i rubrik nr 59 a, 59 b eller 60 under avdelning A i den till taxan fogade förteckningen utgår tills vidare tandvårdsersättning med tre fjärdedelar av arvodet för åtgärd och tandtekniskt arbete. Bestämmelserna i 8 § andra stycket gäller ej i fråga om behandlingsomgång där behandling som nyss sagts ingår.

5. Om synnerliga skäl föreligger, får riksförsäkringsverket föreskriva att ytterligare tandläkare under en tid av högst två år ej skall upptagas på förteckning hos försäkringskassa. Innan begränsning sker, skall samråd äga rum med sjukvårdsstyrelse eller annat förvaltningsorgan som avses i 7 § lagen (1973: 00) om folktandvård och Sveriges tandläkarförbund.

Bilaga. Förteckning över taxerubriker och arvoden

För tandvård utgår arvode med högst det belopp som åsatts åtgärd eller tandtekniskt arbete i nedanstående rubriker. Arvode för tandtekniskt arbete får dock ej överstiga vad tandläkaren har att utgiva till tandtekniskt laboratorium.

Avdelning A. Åtgärder av tandläkare

Angivna arvoden gäller varje utförd åtgärd enligt rubrik. Vid vissa åtgärder tillämpas arvode beroende på behandlingens svårighetsgrad (latitudarvode).

I fall där detta anges beräknas arvode istället efter tidsåtgång.

		Åtgärd	Högsta arvode kr	Högsta latitudarvode för följande fall: enklare kr	normalt kr	svårare kr
I		*Rådfrågning, undersökning m. m.*				
	1	Undersökning av akutpatient, konsultation	136 kr/tim.			
	2	Undersökning av saneringspatient		26	34	48
	3	Undersökning av revisionspatient		18	24	34
	4	Omfattande undersökning och utredning	136 kr/tim.			
	5	Terapiförslag och kostnadsberäkning	36			
	6	Skriftligt intyg angående tand- och muntillstånd	26			
	7	Recept	10			
	8	Remiss	26			
	9a	Röntgenundersökning, en bild	10			
	b	Röntgenundersökning, varje ytterligare bild vid samma tillfälle	6			
	c	Röntgenundersökning omfattande bägge käkarna	104			
	d	Röntgenundersökning, bild tagen utanför munnen	14			
	10	Provtagning för laboratorieundersökning	136 kr/tim.			
II		*Förebyggande åtgärder m. m.*				
	11	Information om profylax med instruktion och övning	136 kr/tim.			
	12	Förnyad instruktion vid nytt besök	136 kr/tim.			
	13	Individuell kostutredning och kostrådgivning	136 kr/tim.			
	14	Avlägsnande av tandsten och överskott samt polering	136 kr/tim.			
	15	Behandling med kariesprofylaktiskt preparat	136 kr/tim.			
III		*Tandkirurgisk behandling, behandling av tandkött m. m.*				
	16a	Tanduttagning, en tand		36	40	56
	b	Tanduttagning, varje ytterligare tand inom samma käkregion och vid samma behandlingstillfälle		10	12	16
	17	Operativt avlägsnande av en eller flera tänder	136 kr/tim.			
	18	Tand- och käkkirurgisk behandling inkl. kirurgisk behandling vid tandlossningssjukdom	136 kr/tim.			
	19a	Efterbehandling	22			
	b	Mer omfattande efterbehandling	136 kr/tim.			

	Åtgärd	Högsta arvode kr	Högsta latitudarvode för följande fall: enklare kr	normalt kr	svårare kr	
IV	*Pulpakirurgisk behandling (rotbehandling)*					
20	Primär upprensning av tand med					
a	en rotkanal	52				
b	två rotkanaler	66				
c	tre rotkanaler		56	78	100	126
21	Fortsatt rensning med byte av medikamentöst inlägg	40				
22	Rotfyllning av tand med					
a	en rotkanal	58				
b	två rotkanaler	70				
c	tre rotkanaler		58	84	110	134
23	Pulpaamputation		36	52	68	84
24	Pulpaöverkappning	22				
25	Övriga ingrepp i anslutning till pulpakirurgisk behandling	136 kr/tim.				
V	*Konserverande behandling (tandfyllnad)*					
26	Amalgamfyllning, 1 yta		26	36	44	54
27	Amalgamfyllning, 2 ytor på hörn- eller kindtand	54				
28	Amalgamfyllning, 2 ytor på oxeltand	58				
29	Amalgamfyllning, 3 ytor på kindtand	66				
30	Amalgamfyllning, 3 ytor på oxeltand		64	76	92	
31	Amalgamfyllning, krona på kindtand, inkl. stiftförankring		94	110	132	
32	Amalgamfyllning, krona på oxeltand, inkl. stiftförankring		110	134	160	
33	Silikatfyllning, enstaka	52				
34	Silikatfyllning, flera fyllningar vid samma behandlingstillfälle, per styck	40				
35	Fyllning av compositematerial, 1 yta	52				
36	Fyllning av compositematerial, 2 ytor	66				
37	Stiftförankring	16				
38	Provisorisk fyllning	22				
39	Övriga behandlingsmoment i samband med fyllningsterapi	136 kr/tim.				
VI	*Behandling med fast protes (guldinlägg, kronor, broar m. m.)*					
40	Guldinlägg, en yta		118	130	150	
41	Guldinlägg, två ytor på fram-, hörn- eller kindtand		148	164	188	
42	Guldinlägg, två ytor på oxeltand		158	176	202	
43	Guldinlägg, tre ytor på fram-, hörn- eller kindtand		170	190	218	
44	Guldinlägg, tre ytor på oxeltand		194	216	248	
45	3/4 krona		194	216	216	
46	Porslinskrona (Jacketkrona) utan guldpelare		276	324	388	438
47	Stiftkrona		242	284	326	
48	Guldkrona med eller utan fasad på fram-, hörn- eller kindtand		232	274	328	370
49	Guldkrona med eller utan fasad på oxeltand		246	290	348	392
50	Guldkrona med fasad utförd i metallbundet porslin		246	290	348	

	Åtgärd	Högsta arvode kr	Högsta latitudarvode för följande fall: enklare kr	normalt kr	svårare kr	
51	Gjuten pelare		120	142	170	
52	Amalgampelare inkl. stiftförankring		52	62	76	
53	Hängande broled, per led (tand)		186	234	258	270
54	Fastsättning av lossnad fasad eller krona	38				
55	Temporär bro, per led (tand)	16				
56	Temporär krona	24				
57	Övriga arbeten eller behandlingsmoment	136 kr/tim.				
VII	*Behandling med avtagbar protes*					
58	Partiell protes		322	430	538	
59a	Hel överkäksprotes	320				
b	Hel underkäksprotes		240	320	384	448
60	Helprotes		420	560	670	780
61	Justering av protes	136 kr/tim.				
62a	Lagning av protes	42				
b	Komplicerad lagning av protes	136 kr/tim.				
63	Enkel basning av protes	88				
64	Ny protesbas	140				
65	Behandling med mjukblivande plastmaterial, per behandlingsgång	36				
66	Övriga arbeten eller behandlingsmoment	136 kr/tim.				
VIII	*Diverse behandlingar*					
67	Behandling av känsliga tandhalsar	136 kr/tim.				
68	Studiemodeller	42				
69	Bettanalys	136 kr/tim.				
70	Bettinslipning	136 kr/tim.				
71	Bettskena		90	100	140	
IX	*Övrig terapi*					
72	Övrig terapi	136 kr/tim.				

Särskilda arvodesbestämmelser

a. *Ersättning för uteblivet tandläkarbesök*

Uppkommer kostnad med anledning av att patient uteblivit från avtalat tandläkarbesök, får avgift uttagas av patienten med högst 120 kronor per timme. Tandvårdsersättning utgår ej i fall som nu sagts.

b. *Behandling av tandhygienist*

Har åtgärd som sägs ovan i 4, 11, 12, 13, 14, 15 eller 67 utförts av tandhygienist, utgår arvode med 90 kronor per timme.

c. *Tillägg för obekväm arbetstid*

Vid akuttandvård som tandläkare meddelar på obekväm arbetstid utan samband med sin ordinarie mottagningstid får arvode höjas med 50 procent.

Med obekväm arbetstid förstås sön- eller helgdag, tid före klockan 8.00 och efter klockan 19.00 på vardag samt på lördag och på midsommar-, jul- och nyårsafton även tid mellan klockan 15.00 och 19.00.

Rubrikerna ansluter sig i fråga om numrering till rubrikerna för motsvarande åtgärder i avdelning A.

I de angivna arvodena ingår ej kostnad för ädla metaller, prefabricerade tänder och speciella förankringselement. För dessa gäller särskild prislista.

			Högsta arvode kr
VI	*Behandling med fast protes (guldinlägg, kronor, broar m. m.)*		
	40a	Guldinlägg, en yta	64
	41a, 42a	Guldinlägg, 2 ytor	80
	43a, 44a	Guldinlägg, 3 ytor	106
	45a	3/4 krona	106
	40–45	Tillägg för retentionsstift, per stift	4
	46a	Porslinskrona, utan guldpelare	160
	47a	Stiftkrona med porslinsfasad	120
	b	Stiftkrona med plastfasad	160
	48a	Guldkrona utan fasad	102
	b	Guldkrona med plastfasad	160
	c	Guldkrona med porslinsfasad	160
	49a	Guldkrona utan fasad	102
	b	Guldkrona med plastfasad	160
	c	Guldkrona med porslinsfasad	160
	50a	Krona med fasad utförd i metallbundet porslin	226
	51a	Gjuten pelare	70
	b	Gjuten pelare med kappa	84
	53a	Broled, hängande, utan fasad, inkl. lödning	88
	b	Broled, hängande, med porslinsfasad, inkl. lödning	118
	c	Broled, hängande, med plastfasad, inkl. lödning	148
	d	Broled, hängande, med fasad i metallbundet porslin, inkl. lödning	220
	55a	Temporär bro, kallakrylat, per led	24
	b	Temporär bro, varmpolymeriserad akryl, per led	32
	57a	Akrylfasad vid reparation	64
	b	Inslipning av fasad	68
	c	Thimble- el. Sternkrona	164
	d	Thimble-led, inkl. lödning	88
	e	Bro i aluminiumporslin, per led	172
	f	Färgtagning, på laboratoriet	10
	g	Teleskopkrona, innerhätta	98
	h	Dreselfixatur el. liknande	66
	i	Tillägg för krona i klammer	10
	j	Montering av parallelliseringsinstrument	32
	k	Cementering per led	4
	l	Målning el. glasering	12
	m	Påbränning	16
	n	Pålödning el. skarvning	18
	o	Övriga arbeten enligt specifikation	–
VII	*Behandling med avtagbar protes*		
	58a	Partiell protes, 1–3 tänder	134
	b	Partiell protes, 4–7 tänder	158
	c	Partiell protes, 8–9 tänder	180
	d	Tillägg för partiell protes i vinylplast	26
	e	Tillägg för klammer, enkel, per tand	20
	f	Tillägg för klammer, komplicerad eller gjuten	42
	g	Tillägg för koboltkrom-konstruktion	226
	h	Tillägg för infattning av tand i gjuten plattproteskonstruktion	50
	59a	Hel över- eller underkäksprotes	200
	b	Protes enligt myodynamisk metodik	326
	c	Tillägg för vinylplast	26
	d	Tillägg för tungt akrylat	42
	e	Tillägg för mjukblivande akrylat	46
	f	Tillägg för individuell infärgning	84
	g	Tillägg för identitetsmärkning	12
	h	Tillägg för armering, nät	12
	i	Tillägg för armering, bar	40
	j	Tillägg för karaktärisering av akrylat	16
	k	Tillägg för amalgamfyllning	10

		Högsta arvode kr
l	Tillägg för guldtand eller guldinlägg i protes	44
m	Plåt i kobolt-krom med retentioner	216
n	Tillägg för imediat-protes, per tand	2
60a	Helprotes	400
b–n	se 59 b–n	–
61a	Puts och rengöring av gammal protes	38
62a	Reparation av protes	38
b	Tillsättning av tand, per tand	38
c	Tillägg för fastsättning av ytterligare tand eller klammer, per styck	8
d	Tillägg för vinylplast	24
64a	Rebasering av protes med urtunning av protesbasen	66
b	Rebasering av protes, utbyte av material	126
c	Rebasering av protes, vinylplast	92
d	Rebasering av protes med mjukblivande plastmaterial	88
66a	Alveolarbar, prefabricerad	80
b	Knappförankring	88
c	Basplatta (operationssked), transparent	20
d	Tillägg för inslipning av protes	24
e	Enkel eller dubbel palatinalbar i kobolt-krom (i samband med specialförankring)	204
f	Lingual bar, plåt eller stödbar i kobolt-krom (i samband med specialförankring)	140
g	Lödning vid konstruktioner i kobolt-krom	12
h	Fasad eller hängande led i plast på kobolt-konstruktioner	52
i	Övriga arbeten efter specifikation	–

			Högsta arvode kr
VIII	*Diverse behandlingar*		
	68a	Enkel studiemodell	10
	b	Studiemodell för arkivering och analys	16
	71a	Bettskena i plast	100
	b	Bettskena i flexibelt material	126
	c	Bettskena i vinylplast	58
	d	Tandskydd, vacumtryckt i flexibelt material	94
	e	Tandskydd i vinylplast, vacumtryckt	54
IX	*Övrig terapi*		
	72a	Ortodontisk apparatur, avtagbar konstruktion, enligt särskild specifikation	–
	b	Ortodontisk apparatur, fast konstruktion enligt särskild specifikation	–
X	*Diverse arbetsdelar*		
	73a	Preparationsmodell	12
	b	Överföringshätta	12
	c	Avtryckssked, metall	42
	d	Avtryckssked i övrigt material	22
	e	Bitschablon	16
	f	Sektionering av modell, per sektion	10

I arbeten enligt nr 40a–59n är i förekommande fall arbetsdelar nr 73a och b eller 73a och f inkluderade i de angivna arvodena. För arbeten nr 58a–66h är i förekommande fall arbetsdelar nr 73d och e inkluderade i de angivna arvodena. I de fall ovanstående arbetsdelar används vid övriga arbeten får de debiteras separat.

Förslag till
Kungl. Maj:ts kungörelse om ändring i läkarvårdstaxan (1969: 657)

Härigenom förordnas i fråga om läkarvårdstaxan (1969: 657)
dels att 11 och 12 §§ skall upphöra att gälla,
dels att 10 § och rubriken närmast före 10 § skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
Tandläkarvård	*Med läkarvård jämställd behandling*
10 §	
Ersättning för utgifter för tandläkarvård utgår för sådan av sjukdom föranledd behandling, som anges nedan under 1–16 och som av tandläkare meddelas vid centraltandpoliklinik, odontologisk fakultet eller allmänt sjukhus. Ersättning utgår med tre fjärdedelar av den försäkrades utgifter för vården, dock högst efter följande beräknade arvoden:	*Vid sådan oralkirurgisk behandling eller annan åtgärd som anges nedan under 1–4 och som meddelas vid odontologisk fakultet eller tandsjukvårdscentral eller, efter hänvisning av läkare eller tandläkare, vid centraltandpoliklinik eller därmed jämförbar institution utgår ersättning enligt bestämmelserna för läkarvård i 1 §.*

Nuvarande lydelse		*Föreslagen lydelse*
	Kronor	
Tand- och käkkirurgi		*1 Undersökning*
1. Svårare rotspets- eller cystaoperation	*48:-*	*Häri inkluderas röntgenundersökning, bettmodeller, histopatologisk eller annan kompletterande undersökning som erfordras för fullständig bedömning av fallet.*
2. Särskilt svåra fall av tanduttagning	*24:-*	
3. Plastikoperation av större omfattning	*24:-*	
4. Excision, ej hänförlig till någon av ovannämnda behandlingsformer	*12:-*	*2 Oralkirurgiska behandlingar* *Operativt avlägsnande av tand eller tandanlag* *Rotspetsoperation* *Cystaoperation* *Platstikoperation* *Käkanomaliernas kirurgiska behandling* *Käkskadebehandling* *Transplantation* *Excision* *Härmed jämförliga behandlingar*
Käkortopedi		
5. Fixationsförband, enkla	*24:-*	
6. Trådbågar, enkla	*48:-*	
7. Trådbågar med hjälpanordningar	*72:-*	
8. Gjutna metallskenor, plast- eller kautschukskenor	*72:-*	
9. Capistrum	*24:-*	*3 Käkprotetisk behandling* *Resektionsproteser* *Näs-, ögon- och ansiktsproteser* *Obturatorer*
10. Hakkappa	*12:-*	
Käkprotetik m. m.		
11. Protetisk behandling, innefattande resektionsproteser, obturatorer samt näs- och ögonproteser eller dylikt	*48:-* *eller* *72:-*	*4 Utredning av smärttillstånd inom ansikts- och käkregionen, käkledsbesvär och härmed jämförliga tillstånd.*
Övrigt		
12. Behandling av käkskada av svårare beskaffenhet, som ej är tidigare nämnd	*12:-* *24:-* *48:-* *eller* *72:-*	

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
13. Röntgenundersökning i samband med förut omnämnd tandläkarvård eller i samband med rådfrågning enligt punkterna 15 och 16	*enligt 3 § folktandvårdstaxan (1957: 634)*
14. Saliv- eller blodundersökning, histopatologisk, bakteriologisk eller annan laboratorieundersökning	*enligt de grunder som anges i 7 §*
15. Enkel rådfrågning utan efterföljande behandling	*enligt grupp 1 i den i 3 § intagna grupptaxan*
16. Rådfrågning jämte omfattande utredning	*enligt grupp 2 i ovannämnda grupptaxa*

Till käkortopedi hänföres ej tandreglering.

Arvode, som avses under 11 och 12, beräknas med hänsyn till behandlingens svårighetsgrad och omfattning. Därvid skall i varje särskilt

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
fall arvodet bestämmas till det belopp, som beräknas för närmast jämförliga av övriga här ifrågavarande behandlingar.	

Denna kungörelse träder i kraft den 1 januari 1974.

Förslag till
Lag om ändring i lagen (1954: 243) om yrkesskadeförsäkring

Härigenom förordnas, att 11 och 12 §§ lagen (1954: 243) om yrkesskadeförsäkring skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
11 §	
Drabbas någon, som är omfattad av sjukförsäkringen enligt lagen om allmän försäkring, av yrkesskada, äger han för tid till och med nittionde dagen efter den då skadan inträffade, dock längst till den dag skadan medför rätt till livränta eller till och med den dag rätten till sjukpenning upphör enligt 4 kap. 3 § nämnda lag (samordningstid) rätt att från allmän försäkringskassa erhålla ersättning enligt samma grunder som vid annan sjukdom.	Drabbas någon, som är omfattad av sjukförsäkringen enligt lagen om allmän försäkring, av yrkesskada, äger han för tid till och med nittionde dagen efter den då skadan inträffade, dock längst till den dag skadan medför rätt till livränta eller till och med den dag rätten till sjukpenning upphör enligt 4 kap. 3 § nämnda lag (samordningstid) rätt att från allmän försäkringskassa erhålla ersättning enligt samma grunder som vid annan sjukdom. *Vid tandvård gäller dock bestämmelserna i fjärde stycket.*

Är skadad, som avses i första stycket, under samordningstiden eller del därav ej berättigad till sjukpenning från allmän försäkringskassa, skall för sådan tid till honom utgivas sjukpenning enligt denna lag med belopp motsvarande vad han skulle hava ägt uppbära från försäkringskassan,

därest han varit placerad i sjukpenningklass enligt lagen om allmän försäkring. Vad nu sagts skall icke gälla försäkrad, som avses i 3 § andra stycket denna lag, och ej heller arbetstagare, som enligt 3 kap. 16 § första stycket lagen om allmän försäkring undantagits från placering i sjukpenningklass.

Är den, som drabbas av yrkesskada, under samordningstiden eller del därav ej omfattad av sjukförsäkringen enligt lagen om allmän försäkring, skall för sådan tid till honom utgivas ersättning enligt denna lag med belopp, som han skulle hava ägt uppbära, därest 2 och 3 kap. lagen om allmän försäkring varit tillämpliga å honom.

Är den, som drabbas av yrkesskada, under samordningstiden eller del därav ej omfattad av sjukförsäkringen enligt lagen om allmän försäkring, skall för sådan tid till honom utgivas ersättning enligt denna lag med belopp, som han skulle hava ägt uppbära, därest 2 och 3 kap. lagen om allmän försäkring varit tillämpliga å honom. *Vid tandvård gäller dock bestämmelserna i fjärde stycket.*

Medför yrkesskada under samordningstiden behov av sjukvård utom riket eller *tandläkarvård* eller sådana särskilda hjälpmedel, som avses i 12 §, skola erforderliga kostnader härför, utgifter för nödiga resor inräknade, ersättas enligt denna lag, i den mån ersättning icke utgår enligt lagen om allmän försäkring. Vad nu sagts skall ock gälla i fråga om kostnader för särskild vård, som på riksförsäkringsverkets begäran lämnas den skadade.

Medför yrkesskada under samordningstiden behov av sjukvård utom riket eller *tandvård* eller sådana särskilda hjälpmedel, som avses i 12 §, skola erforderliga kostnader härför, utgifter för nödiga resor inräknade, ersättas enligt denna lag, i den mån ersättning icke utgår enligt lagen om allmän försäkring. Vad nu sagts skall ock gälla i fråga om kostnader för särskild vård, som på riksförsäkringsverkets begäran lämnas den skadade.

12 §

Föranleder yrkesskada efter samordningstidens utgång behov av *läkar-*, *tandläkar-* eller sjukhusvård eller av läkemedel, skola erforderliga kostnader härför ävensom nödiga utgifter för resor ersättas av riksförsäkringsverket. Med läkarvård likställes sjukgymnastik eller eljest behandling med bad, massage, elektricitet eller hetluft eller annan därmed jämförlig be-

Föranleder yrkesskada efter samordningstidens utgång behov av *läkarvård, tandvård* eller sjukhusvård eller av läkemedel, skola erforderliga kostnader härför ävensom nödiga utgifter för resor ersättas av riksförsäkringsverket. Med läkarvård likställes sjukgymnastik eller eljest behandling med bad, massage, elektricitet eller hetluft eller annan därmed

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
handling, som meddelas efter läkares föreskrift. Kan läkarvård ej anskaffas utan oskälig omgång eller kostnad, må ersättning i stället lämnas för annan lämplig vård.	jämförlig behandling, som meddelas efter läkares föreskrift. Kan läkarvård ej anskaffas utan oskälig omgång eller kostnad, må ersättning i stället lämnas för annan lämplig vård.

Ersättning skall ock utgå för erforderliga kostnader för särskilda hjälpmedel till lindrande av menliga följder av skadan, såsom kryckor, konstgjorda lemmar och glasögon. Erfordras förnyelse av dylika hjälpmedel må, när skäl därtill prövas föreligga, kostnaden härför ersättas genom ett årligt belopp, som svarar mot den sannolika årliga kostnaden för förnyelsen, eller genom ett belopp för en gång, motsvarande kostnadens kapitalvärde enligt beräkningsgrunder som fastställas av Konungen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1974.

Förslag till
Lag om ändring i förordningen (1962: 385) angående ersättning för sjukresor enligt lagen om allmän försäkring (sjukreseförordningen)

Härigenom förordnas, att 1 och 3 §§ förordningen (1962: 385) angående ersättning för sjukresor enligt lagen om allmän försäkring (sjukreseförordningen) skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	1 §
Försäkrad, som enligt lagen om allmän försäkring är berättigad till ersättning för utgifter för läkarvård, *tandläkarvård* eller sjukhusvård, äger rätt till ersättning för utgifter i anledning av resor i enlighet med vad nedan stadgas.	Försäkrad, som enligt lagen om allmän försäkring är berättigad till ersättning för utgifter för läkarvård, *tandvård* eller sjukhusvård, äger rätt till ersättning för utgifter i anledning av resor i enlighet med vad nedan stadgas.
	3 §
Vid tandläkarvård som avses i 2 kap. 3 § första stycket lagen om allmän försäkring skall vad i 2 § denna förordning sägs om läkarvård äga motsvarande tillämpning.	*Har försäkrad åtnjutit tandvård, som avses i 2 kap. 3 § första stycket lagen om allmän försäkring, skall ersättning utgå för utgifter i anledning av resor till och från tandläkaren, vilka föranletts huvudsakligen av behovet av tandvård. Ersättning skall utgå med hälften av*

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	utgifterna, i den mån dessa för varje besök hos tandläkaren överstiga femton kronor. Såsom utgift i anledning av resa till och från tandläkare skall, i den mån Konungen så förordnar, anses förutom resekostnad utgift för övernattning och för anlitande av följeslagare under resan.
	Ersättning må ej utgivas med högre belopp än som skulle hava utgått vid besök hos närmaste tandläkare som kunnat bereda den försäkrade tandvård enligt 2 kap. 3 § första stycket lagen om allmän försäkring. Vad nu sagts skall ej gälla om den försäkrade kan visa att den tandläkaren icke varit tillgänglig. Ersättning för återresa må utgivas högst för resa till den plats varifrån resan till tandläkaren företogs. Angående beräkningen i övrigt av ersättning som avses i första stycket förordnar Konungen.
	I fråga om tandvård som efter hänvisning av läkare eller tandläkare meddelas av specialist- eller specialtandläkare skall dock bestämmelserna i 2 § avseende läkarvård äga motsvarande tillämpning. Ersättning må i sådant fall ej utgivas med högre belopp än som kunnat utgå vid besök hos närmaste tandläkare som kunnat bereda den försäkrade vården.
	Bestämmelserna i 2 § skall även tillämpas i fall av tandvård som avses i 2 kap. 3 § andra stycket lagen om allmän försäkring.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1974.

Förslag till
Kungl. Maj:ts kungörelse om ändring i kungörelsen (1962: 386) med tillämpningsföreskrifter till sjukreseförordningen

Härigenom förordnas, att 2, 4 och 8–10 §§ kungörelsen (1962: 386) med tillämpningsföreskrifter till sjukreseförordningen skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 §
Ersättning för försäkrads resekostnad må beräknas högst efter det billigaste, vanligen förekommande färdsätt, som med hänsyn till den *sjukes* tillstånd kunnat användas. Såsom sådant färdsätt anses det som medför den lägsta sammanlagda utgiften.	Ersättning för försäkrads resekostnad må beräknas högst efter det billigaste, vanligen förekommande färdsätt, som med hänsyn till den *försäkrades* tillstånd kunnat användas. Såsom sådant färdsätt anses det som medför den lägsta sammanlagda utgiften.
	4 §
Har försäkrad företagit resa till läkare för erhållande av läkarvård och i enlighet med hänvisning av läkaren omedelbart fortsatt till sjukvårdsinrättning, skall anses att endast en resa företagits.	Har försäkrad företagit resa till läkare *eller tandläkare* för erhållande av läkarvård *eller tandvård* och i enlighet med hänvisning av läkaren *eller tandläkaren* omedelbart fortsatt till sjukvårdsinrättning, skall anses att endast en resa företagits.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
8 §	
Ersättning för försäkrads utgift för övernattning må utgå	Ersättning för försäkrads utgift för övernattning må utgå
a) när försäkrad vid anlitande av fortskaffningsmedel som går i reguljär trafik icke kunnat avsluta resan före klockan 24 den dag resan anträtts eller, vid resa till sjukvårdsinrättning för erhållande av sluten vård, före den tidpunkt samma dag då han kunnat bliva intagen på inrättningen, eller	a) när försäkrad vid anlitande av fortskaffningsmedel som går i reguljär trafik icke kunnat avsluta resan före klockan 24 den dag resan anträtts eller, vid resa till sjukvårdsinrättning för erhållande av sluten vård, före den tidpunkt samma dag då han kunnat bliva intagen på inrättningen, eller
b) när försäkrad erhållit läkarvård under mer än en dag utanför bostadsorten och mellan behandlingstillfällena kvarstannat på den ort där vården meddelats.	b) när försäkrad erhållit läkarvård *eller tandvård* under mer än en dag utanför bostadsorten och mellan behandlingstillfällena kvarstannat på den ort där vården meddelats.
Ersättningen beräknas på det belopp som den försäkrade erlagt för logi, dock högst trettio kronor för natt. I fall som avses under b) må ersättning icke utgå med högre belopp än vad den försäkrade, om han kunnat tillbringa nattvilan i sin bostad, skulle fått utgiva för resor fram och åter mellan den ort där vården meddelats och bostaden, såvida icke övernattning på den ort där vården meddelats enligt den behandlande läkarens bedömande varit påkallad av medicinska skäl. Kostnadsjämförelsen skall därvid ske med beaktande av det billigaste, vanligen förekommande färdsätt, som med hänsyn till den *sjukes* tillstånd kunnat användas.	Ersättningen beräknas på det belopp som den försäkrade erlagt för logi, dock högst trettio kronor för natt. I fall som avses under b) må ersättning icke utgå med högre belopp än vad den försäkrade, om han kunnat tillbringa nattvilan i sin bostad, skulle fått utgiva för resor fram och åter mellan den ort där vården meddelats och bostaden, såvida icke övernattning på den ort där vården meddelats enligt den behandlande läkarens *eller tandläkarens* bedömande varit påkallad av medicinska *eller odontologiska* skäl. Kostnadsjämförelsen skall därvid ske med beaktande av det billigaste, vanligen förekommande färdsätt, som med hänsyn till den *försäkrades* tillstånd kunnat användas.
Vid resa till och från läkare eller vid återresa från sjukvårdsinrättning skall resan anses ha avslutats på den plats, som enligt 2 § tredje stycket eller 4 § tredje stycket sjukreseförordningen är avgörande vid beräkning av ersättning för återresa från läkare eller sjukvårdsinrättning. Har i fall som avses under a) övernatt-	Vid resa till och från läkare *eller tandläkare* eller vid återresa från sjukvårdsinrättning skall resan anses ha avslutats på den plats, som enligt 2 § tredje stycket, *3 § andra stycket* eller 4 § tredje stycket sjukreseförordningen är avgörande vid beräkning av ersättning för återresa från läkare, *tandläkare* eller sjuk-

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
ning ej ägt rum och skall kostnadsjämförelse göras för bestämmande av det billigaste, vanligen förekommande färdsätt, som med hänsyn till den *sjukes* tillstånd kunnat användas, skall kostnaden för övernattning beräknas utgöra trettio kronor för natt.	vårdsinrättning. Har i fall som avses under a) övernattning ej ägt rum och skall kostnadsjämförelse göras för bestämmande av det billigaste, vanligen förekommande färdsätt, som med hänsyn till den *försäkrades* tillstånd kunnat användas, skall kostnaden för övernattning beräknas utgöra trettio kronor för natt.
9 §	
Om försäkrads ålder eller tillstånd påkallar, att anhörig eller annan följer honom vid besök hos läkare eller vid intagning å sjukvårdsinrättning eller vid återresa därifrån, ersättes resekostnad och övernattningskostnad för följeslagaren enligt samma grunder som gälla beträffande den försäkrades motsvarande kostnad. Vid resa, som avses i 4 § sjukreseförordningen, må ersättning för följeslagares resekostnad varje gång utgivas högst efter kostnaden för tur- och returresa.	Om försäkrads ålder eller tillstånd påkallar, att anhörig eller annan följer honom vid besök hos läkare *eller tandläkare* eller vid intagning å sjukvårdsinrättning eller vid återresa därifrån, ersättes resekostnad och övernattningskostnad för följeslagaren enligt samma grunder som gälla beträffande den försäkrades motsvarande kostnad. Vid resa, som avses i 4 § sjukreseförordningen, må ersättning för följeslagares resekostnad varje gång utgivas högst efter kostnaden för tur- och returresa.
Har försäkrad drabbats av svårare olycksfall eller blivit allvarligt sjuk på avsides belägen arbetsplats eller under därmed jämförliga förhållanden, ersättes jämväl gottgörelse till följeslagare för förlorad arbetsinkomst, dock högst femtio kronor om dagen för varje följeslagare. Erfordras att under resa, som avses i 4 § sjukreseförordningen, vård lämnas den sjuke, ersättes skälig kostnad för medföljande vårdare, därest denne är läkare, sjuksköterska eller annan, som på grund av utbildning eller yrke kan anses äga särskilda förutsättningar att lämna den behövliga vården.	
10 §	
Därest allmän försäkringskassa så påfordrar, skall försäkrad för utfående av ersättning, som avses i 2 § sjukreseförordningen, skriftligen betyga, att resan huvudsakligen föranletts av behovet av vård.	Därest allmän försäkringskassa så påfordrar, skall försäkrad för utfående av ersättning, som avses i 2 *eller 3 §* sjukreseförordningen, skriftligen betyga, att resan huvudsakligen föranletts av behovet av vård.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 januari 1974.

Förslag till
Kungl. Maj:ts kungörelse om upphävande av kungörelsen (1961: 278) angående statsbidrag till folktandvård

Härigenom förordnas, att kungörelsen (1961: 278) angående statsbidrag till folktandvård skall upphöra att gälla vid utgången av år 1973.

Förslag till
Lag om upphävande av förordningen (1950: 606) om kommuns bidrag till kostnaderna för folktandvården

Härigenom förordnas, att förordningen (1950: 606) om kommuns bidrag till kostnaderna för folktandvården skall upphöra att gälla vid utgången av år 1973.

1 Utredningsuppdraget

Direktiven för utredningens arbete har angetts av chefen för socialdepartementet, statsrådet Aspling, i ett anförande till statsrådsprotokollet över socialärenden den 24 april 1970.

Som en allmän bakgrund anför socialministern följande.

Genom folktandvården får f. n. i princip alla barn i åldern 6–16 år fri tandvård. Även barn i förskoleåldern och ungdom i åldern 17–19 år får i viss utsträckning tillgång till denna tandvård avgiftsfritt eller till nedsatt taxa. Så långt kapaciteten räcker omfattar folktandvården även vuxentandvård, varvid avgift tas ut enligt en av Kungl. Maj:t fastställd taxa. Huvuddelen av vuxentandvården ombesörjs dock av privatpraktiserande tandläkare.

Ersättning från den allmänna försäkringen för tandvårdskostnader utgår i begränsad utsträckning. Enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring utgår sålunda ersättning för viss tandläkarvård, som är föranledd av sjukdom och som meddelas vid centraltandpoliklinik, odontologisk fakultet eller allmänt sjukhus. Vidare ger försäkringen ersättning till kvinnlig försäkrad för tandläkarvård i anslutning till graviditet. Ersättning från försäkringen utgår i dessa fall med tre fjärdedelar av utgifterna, dock högst med tre fjärdedelar av de belopp som anges i läkarvårdstaxan (1969:657).

1961 års sjukförsäkringsutredning avgav år 1965 ett betänkande (SOU 1965:4) med förslag till en tandvårdsförsäkring inom ramen för den allmänna försäkringen. Sjukvårdsförmånerna enligt lagen om allmän försäkring föreslogs bli utbyggda till att omfatta även ersättning för kostnader för tandläkarvård. Ersättning skulle utgå för behandlingar upptagna i en förteckning som skulle fastställas av Kungl. Maj:t. Den försäkrade avsågs få ersättning med tre fjärdedelar av sina kostnader för vården, dock högst med tre fjärdedelar av de belopp som angavs i en återbäringstaxa, som skulle fastställas av Kungl. Maj:t. Utredningen lade fram förslag till hur en sådan förteckning och taxa borde vara uppbyggd men gav inga förslag till taxebelopp.

Sjukförsäkringsutredningen framhöll emellertid att en tandvårdsförsäkring med den föreslagna utformningen kunde få vissa negativa verkningar bl. a. för folktandvården. Om försäkringen infördes beräknades efterfrågan på tandvård öka så att den åtminstone under en övergångstid skulle överstiga tillgängliga vårdresurser. Risk fanns då för icke motiverade arvodeshöjningar hos de privatpraktiserande tandläkarna. Detta skulle innebära att den avsedda avlastningen av de försäkrades tandvårdskostnader uteblev och att rekryteringssvårigheterna samtidigt skulle öka för folktandvården.

Remissbehandlingen av betänkandet underströk behovet av en närmare belysning av olika frågor rörande folktandvården innan ställning kunde tas till införande av en tandvårdsförsäkring.

Med stöd av Kungl. Maj:ts bemyndigande tillkallade jag särskilda sakkunniga för att utreda frågan om folktandvårdens verksamhet och organisation m. m. De sakkunniga, som antagit benämningen 1967 års folktandvårdsutredning, har nu avlämnat sitt huvudbetänkande om folktandvårdens utbyggande och reglering (SOU 1970:11).

För att få ett aktuellt underlag för bedömningen av tandvårdsresurser och tandvårdsefterfrågan har utredningen i tillämpliga delar följt upp och kompletterat de undersökningar, som redovisas i sjukförsäkringsutredningens betänkande. De nya undersökningarna visar bl. a. att antalet tandläkare i aktiva åldrar kommer att öka med ca 200 per år (netto) fram t. o. m. år 1975 för att sedan öka med i runt tal 300 per år t. o. m. år 1980. Den för patientvård tillgängliga arbetstiden beräknas under tiden 1967–1980 öka från ca 8,5 till ca 12,6 milj. timmar. Av den årliga ökningen av tandvårdsresurserna har omkring hälften beräknats komma folktandvården till godo. Det anses uteslutet att rekryteringen till folktandvården kan bli än gynnsammare. Det kan nämnas att folktandvården under de senaste åren tillförts omkring 90 % av nettotillskottet av tandläkare i landet. Samtidigt påpekar utredningen, att man måste räkna med att

de vuxnas efterfrågan på tandvård kommer att öka i takt med befolkningsökningen och den allmänna standardhöjningen samt att ett införande av en tandvårdsförsäkring också kommer att verka i sådan riktning.

Folktandvårdsutredningen förordar en successiv utbyggnad med början den 1 juli 1971 av folktandvårdens kostnadsfria och regelbundna tandvård, som f. n. omfattar i huvudsak barn i åldern 6–16 år, till att efter hand omfatta alla invånare i åldrarna upp till och med 19 år. Enligt utredningens beräkningar bör det vidare vara möjligt för landstingen att under första hälften av 1970-talet överta ansvaret för den militära fredstandvården, som därmed i princip bildar en fortsättning av den kostnadsfria, organiserade barn- och ungdomstandvården. Med landsting avses här liksom i fortsättningen även kommun som inte tillhör landstingskommun.

En avsevärd utbyggnad av folktandvården förordas även för att tillgodose den vuxna befolkningens tandvårdsbehov. Utredningen räknar med att folktandvårdens andel av den totala vuxentandvården i första hand behöver öka från nuvarande ca 17 % till 30–35 %, enbart för att svara mot den nuvarande efterfrågan.

Folktandvården har hittills varit ett frivilligt åtagande från landstingens sida. Folktandvårdsutredningen föreslår nu att landstingen får en lagfäst ovillkorlig skyldighet att svara för tandvården för alla barn och ungdomar till och med det år de fyller 19 år. I den mån folktandvården inte har möjlighet att ombesörja tandvården i dessa fall, skall enligt utredningens förslag landstinget i princip svara för tandvårdskostnaden genom samverkan med tandläkare utanför folktandvården. När det gäller övriga åldersgrupper föreslås – med sjukvårdslagen (1962:242) som förebild – att landstingen får skyldighet att svara för tandvården i den mån den inte ombesörjs av annan.

De av folktandvårdsutredningen framlagda förslagen kommer att tas upp till prövning sedan remissbehandlingen av betänkandet avslutats. Utredningen har i vissa avseenden redovisat frågeställningar som har nära beröring med frågan om en tandvårdsförsäkring. Det finns anledning att nu till närmare behandling ta upp frågan om formerna för en tandvårdsförsäkring.

Tillgången på tandläkare är självfallet av grundläggande betydelse för möjligheterna att införa en tandvårdsförsäkring. Antalet tandläkare i landet är f. n. närmare 7 000. Denna tandläkartäthet med närmare en tandläkare per 1 000 invånare är hög vid internationella jämförelser. Med nuvarande tandläkarutbildning beräknas som tidigare nämnts antalet yrkesverksamma tandläkare under de närmaste åren öka med omkring 200 per år och sedan med omkring 300 per år. I samband härmed vill jag erinra om att den totala intagningskapaciteten till tandläkarutbildning i landet i en nyligen framlagd proposition (1970: 122) föreslås öka under en övergångsperiod från nuvarande 380 intagningsplatser till 500 platser per år. Ökningen bedöms kunna starta läsåret 1972/73. Jag vill vidare erinra om att universitetskanslersämbetet den 17 oktober 1969 fått i uppdrag att utreda möjligheterna att snabbt öka kapaciteten för tandläkarutbildningen vid de odontologiska fakulteterna. Folktandvårdsutredningens beräkning av tandläkartillgången visar att det kan finnas utrymme för införande av en tandvårdsförsäkring under 1970-talet. Den närmare tidpunkten beror bl. a. på hur tandvårdsförsäkringen utformas.

Härefter anför socialministern följande.

Förslag beträffande en tandvårdsförsäkring har som tidigare nämnts redovisats av sjukförsäkringsutredningen. Sedan detta förslag utarbetades har genomgripande och för utformningen av en tandvårdsförsäkring betydelsefulla förändringar genomförts främst när det gäller sjukförsäkringens ersättning för läkarvård i offentlig regi. Det material och de överväganden som redovisas i folktandvårdsutredningens betänkande öppnar också nya möjligheter i fråga om en tandvårdsförsäkring. Med dessa nya utgångspunkter bör en särskild utredningsman nu få i uppdrag att utarbeta förslag till den närmare utformningen av en tandvårdsförsäkring.

Syftet med en tandvårdsförsäkring bör vara att göra en god tandvård tillgänglig till en för alla medborgare överkomlig kostnad. För barnen i åldrarna 6–16 år finns det redan nu inom ramen för folktandvården en form av tandvårdsförsäkring. Starka skäl talar för att även en tandvårdsförsäkring för den vuxna befolkningen knyter an till landstingens folktandvård. En av utgångspunkterna för utredningsmannens arbete bör vara att den av samhället organiserade tandvården kommer att vidareutvecklas både när det gäller barn- och ungdomstandvården och i fråga om vuxentandvården.

En tandvårdsförsäkring kan göras allmängiltig, men det kan också finnas skäl för vissa avgränsningar och för prioritering av vissa tandvårdsbehov. Det blir en av utredningsmannens uppgifter att kartlägga tandvårdsförsäkringens omfattning och i detta avseende lägga fram alternativa förslag.

En tandvårdsförsäkring för vuxentandvården bör innefatta en viss avgiftsbetalning från patienterna. När det gäller landstingens vuxentandvård regleras patientavgifterna f. n. genom den av Kungl. Maj:t fastställda folktandvårdstaxan (1965: 563). Utgångspunkten för den framtida utformningen av en tandvårdstaxa bör vara att den anger den nettoavgift som skall betalas av patienter. Det bör därvid prövas om det är möjligt att tillämpa en enhetsavgift för olika behandlingar. Den ersättning till landstingen som vid en tandvårdsförsäkring kan finnas motiverad utöver patientavgifterna bör så långt möjligt ges en schablonmässig utformning. Utredningsmannen bör även pröva de frågor som gäller samordningen mellan den organiserade barn- och ungdomstandvården och vuxentandvården inom ramen för en tandvårdsförsäkring.

En betydande del av vuxentandvården torde under en överskådlig framtid komma att ombesörjas av tandläkare utanför folktandvården. Det blir därför en viktig uppgift för utredningsmannen att pröva på vilket sätt den tandvård som lämnas av de

icke landstingsanställda tandläkarna kan inordnas i en tandvårdsförsäkring. Olika former bör prövas för en rationell samverkan mellan folktandvården och den tandvård som meddelas av andra tandläkare. En av förutsättningarna för en tandvårdsförsäkring måste vara att det kan skapas garantier för att införandet av försäkringen inte leder till omotiverade höjningar av tandläkarnas arvoden.

Utredningsmannen bör även se över den allmänna försäkringens nuvarande ersättningsregler för viss specialtandvård och mödratandvården med sikte på att åstadkomma en samordning med de nya regler som föreslås för tandvård i övrigt.

Utredningsmannen bör redovisa beräkningar av konsekvenserna i olika avseenden av sina förslag, bl. a. beträffande tandvårdsresurserna och tandvårdsefterfrågan. I redovisningen bör ingå kostnadskalkyler och förslag rörande formerna för finansiering av de kostnader som följer av förslagen. Därvid bör utredningsmannen även ha möjlighet att ta upp finansieringsreglerna för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården.

Vid fullgörandet av sitt uppdrag bör utredningsmannen samråda med bl. a. företrädare för folktandvårdens huvudmän och tandläkarna.

2 Tandsjukdomar och tandskador

2.1 *Inledning*

Människan har som bekant två tanduppsättningar (dentitioner), dels mjölktänderna som är de temporära tänderna, dels de permanenta. Vid fullständig dentition skall människan ha 20 temporära resp. 32 permanenta tänder. Tänderna utgör tillsammans – oavsett vilken dentition de tillhör – en enda funktionell enhet, bettet. Det kan finnas orsak att påpeka, att redan förlusten av en enda tand innebär en påtaglig störning av den ursprungliga bettfunktionen. Bevarandet av så många tänder som möjligt är därför av avgörande betydelse för vidmakthållandet av maximal tandhälsa.

Tyvärr hör det i vårt samhälle till undantagen att finna en till mogen ålder hunnen individ, som uppvisar ett fullt betandat bett. Med tilltagande ålder ökar tandförlusterna, alltför ofta i oroväckande grad. Orsakerna härtill är främst de två tand- och bettsjukdomarna tandröta (karies) och tandlossning (marginal parodontit). Enligt en mycket grov och därför ingalunda alltid giltig schematisering kan man säga, att tandförluster i yngre år förorsakas av karies medan parodontiten bär skulden till de flesta tandförlusterna hos äldre personer.

De två nämnda tandsjukdomarna har i vårt land – trots väsentliga framsteg inom profylaktiken, de förebyggande åtgärderna – fortfarande en närmast förkrossande utbredning. Karies drabbar redan de temporära tänderna, ofta vid barnets 2-årsålder. Det hör därför till undantagen att finna t. ex. sjuåringar helt fria från karies' skadeverkningar. Härtill kommer, att de flesta tonåringar uppvisar förstadier till parodontit och en del av dem dessutom uppenbara skador i tändernas upphängningsapparat, dvs. klara symtom på tandlossning.

En god tandhälsa är inte enbart beroende av vad tandläkaren kan åstadkomma som terapeut och rådgivare. Den enskilde individen kan själv göra en betydande och många gånger avgörande insats genom upprätthållande av en god tand- och munhygien samt goda kostvanor.

Den följande framställningen kommer att behandla dels behandlingsmöjligheter i samband med sjukdomar, andra ofysiologiska tillstånd samt skador i bettet, dels något om vilka förebyggande åtgärder som kan vidtas. En närmare redogörelse för den förebyggande tandvården lämnas i ett följande avsnitt till detta kapitel (2.3).

2.2 *Behandlingsmöjligheter*

2.2.1 Karies

Tandkaries angriper tandens hårdvävnader, i första hand emaljen, dvs. den hårdvävnad som bekläder tandens krona. För att förstå hur karies uppkommer är det nödvändigt att

erinra sig, att munhålan normalt är säte för en rikhaltig bakterieflora. På vissa tandytor ackumuleras mjuka beläggningar som innehåller stora mängder bakterier. Det är under dessa bakterierika beläggningar, s. k. plack, som den kariösa upplösningen av tandens hårdvävnader börjar. En del av bakterierna producerar under sin ämnesomsättning syra. Materialet för syraproduktionen består främst av kolhydrater i kosten och framförallt socker. Visserligen har saliven en neutraliserande effekt, men den har vissa svårigheter att tränga igenom placket. En neutralisation kommer så småningom ändock till stånd, men då har syran haft tillfälle att påverka tandytan. Ju oftare en sockerkonsumtion förekommer, desto längre sammanlagd tid påverkar syrorna tandens hårdvävnader. Härav framgår, att avgörande för kariesprocessen är inte blott att en sockerkonsumtion och en syraproduktion kommer till stånd utan även hur ofta detta sker. Om man ofta äter kolhydratrika mellanmål är det i hög grad kariesbefrämjande.

Av positiv betydelse är att om möjligt avlägsna placken. Detta kan göras genom noggrann och effektiv tandborstning. Denna hjälper dock inte alltid, bl. a. därför att det är svårt och ibland omöjligt att nå in mellan tänderna. Tandstickor och tandtråd utgör därför kompletterande hjälpmedel.

I fråga om karies talas rent allmänt om "hål" i tanden. Men – då ett "hål", en kavitet, uppstått i tanden, har karies nått långt i sin utveckling. Processen startar på en från början helt intakt tandyta och på en mikroskopisk nivå. Vi äger inga kliniska metoder att på denna nivå avslöja det enskilda kariesangreppet. Detta hindrar inte att tandläkaren genom klinisk och röntgenologisk undersökning har goda möjligheter att fastställa ett kariesangrepp medan substansförlusten ännu är tämligen ringa. Avslöjandet på tidigast möjliga stadium är av vikt för att tandläkarens reparativa åtgärder skall kunna ske med bästa möjliga resultat. Regelbundna och tillräckligt frekventa återbesök hos tandläkaren är därför av stor vikt.

Låt oss anta, att tandläkaren på en patient har diagnostiserat ett antal kariesangrepp av ringa eller i varje fall måttlig omfattning. I ett sådant fall går den reparativa kariesbehandlingen ut på att genomföra en konserverande *fyllningsterapi* med utnyttjande av olika material. Först måste den angripna substansen avlägsnas men därutöver så mycket av emalj och därunder liggande tandben (dentin), att fyllningen får ett tillräckligt fäste. Preparationen av den kavitet, som skall ta emot fyllningsmaterialet, måste också ske med hänsyn till risken för recidiv och sekundära angrepp. Kaviteten måste därför ges en betydligt större utsträckning än "hålet" från början hade.

De dominerande fyllningsmaterialen är dels amalgam (dvs. en legering av kvicksilver och främst silver och tenn), som huvudsakligen används i bettets sidopartier, och dels ett tandfärgsliknande s. k. silikatcement (en blandning av fosforsyror och kiselsalter), som främst används i bettets frontpartier. De dentala silveramalgamen har goda men inte idealiska egenskaper som fyllningsmaterial. Guldfyllningar kan ibland i flera hänseenden ge bättre resultat. Ur flera synpunkter skulle tandläkaren oftare önska utnyttja guldinlägg i den konserverande tandsjukvården, men därvid inverkar ekonomiska faktorer ofta negativt. Silikatcementen används främst av estetiska skäl, men trots att de undan för undan har förbättrats är de alltför ofta underkastade en upplösning i munvätskorna, som leder till behov av utbyte. Sedan ett antal år finns plastmaterial (compositematerial), som kan användas i stället för silikatcement. Dessa plastfyllningar uppges vara mer beständiga mot munvätskornas angrepp. Dessa nya fyllningsmaterial är ännu inte slutgiltigt utprovade.

Vid större angrepp med betydande substansförlust kan amalgam – eller silikatfyllningar inte utföras av hållfasthetsskäl. I extrema fall är det inte ens möjligt att utföra en guldfyllning. *Tandkronan* kan vara eller bli så skadad, att hela kronan måste ersättas. I sidopartierna kommer då främst guldkrona i fråga. Den förses ofta – åtminstone på synlig plats – med en fasad av porslin eller

plast. En annan lösning utgöres av porslinskronan ("jacketkronan"), som onekligen tillfredsställer högt ställda estetiska krav. Under senare år har den reparativa arsenalen kompletterats med kronor av s. k. metallbundet porslin, varvid porslinet bränns direkt på en ädelmetallegering med hög smältpunkt.

Risken för karies är tyvärr inte eliminerad för all framtid i och med att en tandyta restaurerats med en fyllning eller en krona erhållit en ersättning av guld eller porslin. Gränsområdet mellan ersättningsmaterial och tandsubstans kan bli utgångspunkten för nya angrepp, s. k. sekundär karies. Bristfällig munhygien och ny plackbildning innebär en ond cirkel. Tvånget att utföra nya större fyllningar liksom uppkomsten av karies på tidigare ofyllda ytor leder till ett allt sämre tillstånd för enstaka tänder eller grupper av tänder. Även av dessa skäl blir den kontinuerliga övervakningen från tandläkarens sida av betydelse. Ett en gång kariessanerat bett kräver övervakning och underhåll med lämpliga, av tandläkaren förordade intervall. Eljest finns risken att värdet av tidigare meddelad vård spolieras genom tillkomsten av sekundära och nya primära skador, som inte behandlas i tid.

Karies' följdsjukdomar

Om en kariesskada lämnas utan behandling fortsätter den obevekligt på djupet och når till sist "tandnerven" (pulpan). Det är emellertid fel att tro, att pulpan dras in i processen först när tanden reagerar med ilningar och tandvärk. Redan på ett så tidigt stadium att blott emaljen är indragen i kariesprocessen börjar pulpan reagera genom inflammation, som uppträder utan subjektiva symtom i form av värk. Även detta faktum understryker vikten av att en kariös skada behandlas på tidigast möjliga stadium. Om det inte sker, förvärras inflammationen från att vara partiell till att bli total. Processen leder så småningom till pulpadöd genom inverkan av bakterier och dessas gifter (toxiner). Bakterierna sprider sig längs rotkanalen genom rotspetsen, når rothinnan och omgivande käkben. Benet bryts ned och ersätts av en inflammatorisk s. k. granulationsvävnad. Rotspetsgranulomet kan i sin tur omvandlas till en cysta, dvs. en bildning av tumörkaraktär. Av och till kan en varig smältning ske (abscessbildning), som söker sig fram i vävnaderna och tömmer sig i munhålan. En infektion i roten och käkbenet kan dessutom sprida sig till kroppens övriga organ och inverka på hela organismen.

Den vanligaste terapin för den inflammerade, i vissa fall helt döda tandpulpan är *rotbehandling*. Därvid avlägsnas den sjuka pulpavävnaden och oskadliggöres infektionen i roten med antibakteriella medel. När bakteriefrihet uppnåtts ersätts pulpan med en s. k. rotfyllning. Våra moderna metoder för rotbehandling leder, rätt utnyttjade, i mycket hög frekvens till gott resultat. Även rotspetshärdarna bringas i flertalet fall till utläkning. Inte desto mindre måste det framhållas, att pulpans definitiva indragning i kariesprocessen innebär ett ökat hot mot tandhälsan, ett hot som i de flesta fall kan undvikas. – Andra pulpabehandlingsformer och även rotbehandlingar erfordras inte sällan av andra orsaker än karies, t. ex. som följd av avslagna tänder (tandfrakturer) och vid losslagna tänder (luxationer).

Kariesprofylax

För varje sjukdom gäller att ett förebyggande är att föredra framför ett botande. Detta gäller sålunda även i hög grad tandkaries, inte minst därför att denna sjukdom ger icke återgående (s. k. irreversibla) skador. Förlorad substans kan inte återbildas. Sedan decennier har ett intensivt forskningsarbete bedrivits inom kariesprofylaktikens område. Uppmuntrande resultat har nåtts på olika vägar, även om man ännu inte känner någon metod att helt förhindra karies' uppkomst. Några huvudlinjer för kariesprofylaxen anges i ett följande avsnitt till detta kapitel (2.3).

2.2.2 Tandlossning

Tandlossning (marginal parodontit) är en sjukdom, som angriper tandens stödjevävnader (det marginala parodontiet). Parodontiet omfattar tandköttet (gingivan), rothinnan, rotcementet och benet som omger tanden. Det första stadiet i detta sjukdomskomplex av oftast kronisk natur är en tandköttsinflammation (gingivit).

Parodontiten är beroende av såväl yttre (exogena) som inre (endogena) faktorer. De endogena faktorernas roll vet man ännu mycket litet om. Modern forskning har däremot helt klarlagt, att för uppkomsten och utvecklingen av en marginal parodontit är – liksom för karies – den exogena faktorn i form av bakterieplack på tandytan en nödvändig förutsättning. Liksom för karies gäller även för parodontiten, tandlossningen, att en helt ren tand inte drabbas. Får placken bestå förkalkas dess djupare lager varvid tandsten bildas, och denna fasta beläggning med sin skrovliga yta medför en massivare ansamling av bakterier. Sker ej heller nu behandling, fortsätter processen i tandens övriga stödjevävnader, rothinnan och benet: Parodontiten i egentlig mening utvecklar sig. Den från början mycket grunda tandköttsfickan fördjupas, och det ben som omger tanden bryts ned. Så småningom kan patienten själv konstatera en ökad rörlighet hos tänderna. Processen har då nått ett långt framskridet stadium.

Av betydelse för tandlossning är även andra yttre, lokala faktorer. Sålunda kan lokal överbelastning av en tand eller tandgrupp verka i ogynnsam riktning, då belastningen når utöver den lokala toleransen. Andra faktorer är kariösa angrepp, fyllningar och kronersättningar, som ej visar god anslutning och passform och vilka gynnar en massivare bakterieanhopning. Kron- och fyllningsmaterial kan också ge kemisk irritation.

Behandlingen måste primärt gå ut på att i möjligaste mån eliminera plackbildningen samt att dessutom behandla uppkomna vävnadsskador. Tänderna skall göras fria från plack och tandsten, munhygienen kontrolleras och förbättras där så behövs. Ett bett med ojämna belastningsförhållanden, dvs. med oharmonisk funktion, kan korrigeras genom inslipning. Olämpligt utformade kronersättningar och fyllningar skall korrigeras eller göras om.

Vid fall, där tandköttsfickorna påtagligt fördjupats, blir ofta ett kirurgiskt ingrepp nödvändigt. Man strävar därvid efter att återföra tandköttsfickan till normalt djup och att åstadkomma så goda förhållanden som möjligt för patientens munhygieniska åtgärder. Sjukdomsprocessen kan även i dessa fall stoppas och ett friskt tillstånd skapas ehuru det sker genom en sänkning av tandköttskantens nivå.

Behandling och profylax hör intimt samman. Det gäller att i behandlingen och ur profylaktisk synpunkt utforma ett lämpligt program för den dagliga munhygienen. I fall, som hunnit förbi gingivitens stadium, räcker inte blott en perfekt tandborstningsteknik, som utnyttjas tillräckligt frekvent. Borstningen behöver ofta kompletteras med användning av tandstickor av trä eller tandtråd för att nå tändernas kontaktytor, dit borsten inte når. Härtill kommer som nödvändigt komplement regelbundna, tillräckligt frekventa återbesök hos tandläkaren. Plackbildning kan knappast helt undvikas, nya beläggningar utbildas. Dessa måste avlägsnas och den munhygieniska standarden måste kontrolleras. Ingen skall sålunda tro sig botad från sin tandlossningssjukdom med en engångsbehandling. Parodontal profylax och behandling är en nödvändighet för alla så länge de har egna tänder.

2.2.3 Bettrehabilitering vid tandförlust

Vid bettinvaliditet genom tandförlust aktualiseras frågan, om man genom särskilda behandlingsåtgärder skall ersätta förlorade tänder och härigenom åstadkomma en funktionell rehabilitering. Den speciella del av tandläkekonsten, som behandlar de härmed sammanhängande problemen och härav följande behandlingskonsekvenserna, benämnes odontologisk *protetik.*

Tidigare har påpekats, att redan den första tandförlusten innebär en påtaglig störning av den ursprungliga bettfunktionen. Trots detta är det ingalunda säkert att varje tandförlust motiverar en rehabiliterande åtgärd. En sådan terapi genomföres nämligen med hjälp av en protes av något slag. En protes är en ersättning för en kroppsdel eller vävnadsdel, som gått förlorad. Dock kan en protes aldrig, oavsett material och utförande, fullständigt ersätta den förlorade kropps- eller vävnadsdelens funktion.

När en tandläkare ställs inför en patient med tandförluster, gäller det att först avgöra om en funktionsrehabilitering genom protes är motiverad eller inte. Inför ett sådant avgörande spelar patienten själv en väsentlig roll. Ur odontologens synvinkel tänker man därvid inte blott på patientens egna önskemål, hans förmåga att låta genomföra behandlingen och möjligheter att svara för de ekonomiska konsekvenserna. Dessa faktorer är förvisso viktiga och många gånger avgörande. Men härtill kommer två odontologiska huvudfrågor. För det första måste fördelarna med den protetiska rehabiliteringen vägas mot protesens eventuellt negativa effekt. För det andra måste tandläkaren bilda sig en uppfattning om patientens förmåga och vilja att sköta sin andel i den framtida efterbehandlingen. Det är i samband med en protetisk rehabilitering lika viktigt som eljest att en god munhygien upprätthålls, att täta kontroller företas och att även de minsta tillkommande skador, kariösa eller parodontala, blir föremål för behandling. Engångsbehandlingar finns ej heller inom odontologisk protetik.

Behandlingsarsenalen vid bettrehabilitering är av mycket skiftande natur men kan indelas i åtminstone två huvudgrupper, nämligen fasta och avtagbara proteser. Dessa huvudtyper kan kombineras med varandra.

Den *fasta protesen, bron,* bygger på följande princip: I området för tandförlusterna finns tänder, som utnyttjas som stödelement. De förses med gjutna konstruktioner (kronor eller inlägg). De förlorade tänderna ersätts med s. k. hängande led i metall, som löds samman med stödtandskonstruktionerna. På så sätt erhålles ett sammanhängande system, en bro, som cementeras på stödtänderna. De estetiska kraven tillgodoses med emaljliknande fasader (benämnda pontics för de hängande leden) av olika typer. En fast bro kan givetvis ha mycket skiftande utsträckning. I extrema fall kan man se patienter, vars bägge tandrader består av fasta broar om upp till 16 led.

Avgörande för om bettrehabilitering skall kunna utföras genom fast bro är, att det i förhållande till tandförlusterna finns ett tillräckligt antal kvarvarande tänder i tillräckligt god kondition och med en lämplig inbördes placering. Om dessa krav inte uppfylls får det protetiska behandlingsproblemet lösas med en s. k. *partiell, avtagbar protes.* Även nu är man beroende av ett visst antal kvarvarande tänder i tillräckligt god kondition. Restbettet skall nämligen – helt eller delvis – utnyttjas som fäste för den avtagbara protesen. Härigenom erhåller protesen god retention, stabilitet och funktion. De estetiska kraven brukar sällan erbjuda svårare problem, i varje fall inte så länge man kan dölja delar av retentionssystemet (såsom klamrar, av patienten ofta kallade "hakar"). Vilken protetisk bettrekonstruktion som än görs så inverkar den på omgivningen, dvs. på de kvarvarande tänderna, dessas upphängningsapparat och på hela den orala miljön. Dessa effekter är ofta av negativ natur, och såväl erfarenhet som forskning visar därvidlag att den fasta protesen, bron, är att föredra framför den avtagbara.

En viktig punkt återstår att beröra, då man diskuterar behandling av det partiellt betandade bettet. Den protetiska rehabiliteringen utgör slutfasen i ett ofta komplicerat och i tiden långt utdraget behandlingsprogram. Tänder med hopplös prognos skall extraheras. Kariösa skador skall behandlas och tändernas upphängningsapparat skall bringas till bästa möjliga kondition. Pulpaskadade tänder, som skall behållas, måste rotbehandlas. Eventuellt behövs kirurgiska ingrepp. Under denna många gånger långa period av förbehandling gäller det för tand-

läkaren att instruera – för att inte säga uppfostra – patienten för att skapa de bästa möjliga prognostiska förutsättningarna. Tandläkaren har visserligen ansvaret för behandlingen, men patientens förståelse och aktiva medverkan för att följa givna ordinationer är av utomordentlig betydelse för ett lyckat resultat på längre sikt.

Tyvärr är i vårt land total tandlöshet alltjämt en frekvent företeelse (jfr kap. 3). Det är givetvis främst i högre åldrar som total bettinvaliditet återfinns. Det är förvisso sant att många i onödan hamnar i denna situation, men det finns även anledning att konstatera, att många människor inte haft ekonomiska eller geografiska möjligheter att låta underhålla sina bett. För rehabilitering vid total tandlöshet utnyttjas den s. k. *helprotesen.* Att bli helt tandlös uppfattas av många som ett tecken på definitivt åldrande och en påminnelse om livets begränsning. Psykiskt upplevs detta mycket olika. En del reagerar med en diffus känsla av resignation. Andra grips av förtvivlan och hopplöshet. De negativa reaktionerna förstärks inte sällan av rädslan för att inte kunna anpassa sig till eller acceptera en helprotes.

Ändock visar erfarenheten, att de flesta helt tandlösa når en god rehabilitering av tugg- och talfunktion genom behandling med helprotes. Adaptation, anpassning, till det nya funktionsmönster som bärandet av protes innebär nås sålunda av de flesta. För dem som inte förmår anpassa sig spelar ofta senilitet och nedsatt muskelfunktion in. Härtill kommer, att man ofta spårar ett samband mellan adaptationsbesvär och stress jämte andra tecken på psykisk instabilitet.

En även i dag ingalunda ovanlig uppfattning är, att den som bär helprotes kan avstå från vidare besök hos tandläkaren. Det skall med skärpa framhållas, att detta är fel. Kontinuerlig kontroll och eftervård är klart motiverade också för denna patientgrupp. Käkskelettet och munhålans slemhinna är underkastade ständiga, ofta omärkligt förlöpande förändringar, och dessa samt protesens inverkan gör, att en helprotes behöver ändras och även så småningom göras om. Funktionstiden för en helprotes varierar inom tämligen vida gränser, men ofta utgör 5–6 år en optimal nyttjandetid. Om behandling med ny protes, dvs. en fullständig revision, inte sker vid lämplig tidpunkt finns risk för allvarliga skador av munhålans mjuk- och hårdvävnader.

Utöver de härmed nämnda metoderna finns ytterligare möjligheter inom den odontologiska protetiken. Hit hör bl. a. olika implantationsproteser, vilka nämnes av en speciell orsak. Allmänheten upplyses gång efter annan om dessa "nyheter". Faktum är, att implantationsproteser i munnen har gamla anor. Däremot har det visat sig vanskligt att nå en acceptabel långtidsprognos. Forskningen på detta område är intensiv med aktuella insatser även i vårt land. Måhända kan pågående och framtida strikt vetenskapliga studier ge lösningar även på längre sikt för de fall, där konventionell protetik av skilda orsaker inte ger tillfredsställande resultat.

2.2.4 Störningar i bettfunktionen

Inledningsvis påpekades, att bettet utgör en funktionell enhet och att dess funktion skall vara harmonisk. Det ideala, fullt harmoniska bettet är dock en relativt sällsynt företeelse. Störningar i över- och underkäkständernas sätt att fungera mot varandra påverkar aktivitetsgraden hos de muskler som styr underkäken. Underkäkens förhållande till överkäken är sålunda av största betydelse för en harmonisk funktion i tuggapparaten. T. o. m. små detaljer i tändernas tuggytor, som hindrar en harmonisk sammanbitning i olika lägen, leder ofta till ökad muskelaktivitet. Detta kan mycket väl inträffa trots att störningen vanligen är så obetydlig, att patienten inte är medveten om dess förekomst. Särskilt om ytterligare en faktor föreligger, nämligen någon form av psykisk press, leder en störning i bettfunktionen lätt till hyperaktivitet, som tar sig uttryck i nötning och gnidning på de störande strukturerna, s. k. tandgnissling (bruxism). Denna hyperfunktion, som sker när bettet och

muskulaturen normalt skall vara i vila, leder till överansträngning av käkmuskler och käkleder. Härav följer i sin tur spänningstillstånd med trötthet och smärtor i käkledsregionen framför örat och i tuggmusklerna i kind- och tinningregionerna. Patienten upplever ofta också huvudvärk.

Terapeutiskt inriktar man sig i första hand på att normalisera relationerna mellan käkarna. Oftast kan detta åstadkommas genom en slipning av de störande strukturerna. Detta är dock långtifrån alltid tillräckligt. Bland annat på grund av tandförluster och vad som kan följa därav fordras ibland protetisk rehabilitering. Även tandreglering kan understundom bli aktuell.

Om man bedömer ett aktuellt fall så, att psykiska faktorer påtagligt ingår i uppkomstmekanismen, kan behandlingen kompletteras med olika former av avslappande övningar. Vid fall med svår smärta eller svårighet att gapa kan det vara till stor hjälp att först eliminera störande tandkontakter och att därefter söka erhålla en avslappning av käkmuskulaturen med hjälp av en plan bettskena i plast. Denna är inte blott ett terapeutiskt utan även ett diagnostiskt hjälpmedel, nämligen då diagnosen försvåras av mycket stark muskeltonus eller av smärtor.

Klinisk erfarenhet visar, att de flesta patienter med t. o. m. mångåriga, svåra symtom och hårt etablerad tandgnissling varaktigt kan befrias från besvär eller åtminstone erhålla påtaglig och bestående lindring.

2.2.5 Bett- och tandställningsfel. Tandreglering

Med bett- och tandställningsfel avses avvikelser från det normala (ideala) bettet med avseende på käkarnas och tändernas utveckling, form och ställning. Sådana avvikelser brukar anges förekomma hos mer än varannan person i den svenska befolkningen. En hel del är av föga betydelse, men motiv för behandling föreligger hos en väsentlig grupp. Denna behandling – tandreglering eller ortodontisk behandling – omhänderhas av därför utbildade specialister, ortodontister. Behandlingsmetoderna är mycket varierande och resultaten påtagliga. Ibland kan borttagning av en eller flera tänder häva en trång tandställning. I många fall blir det frågan om behandling med fast eller avtagbar apparatur. I svåra fall kan behandlingstiden utsträckas över flera år. Den bästa tidpunkten för ortodontisk terapi är under ungdomsåren. Det kan emellertid i detta sammanhang nämnas, att en ortodontisk korrigering ibland kan utnyttjas även på äldre patienter för att skapa bättre betingelser för protetisk behandling, oftast i så fall inför en fast bro.

2.2.6 Käk- och tandskador vid olycksfall

Ett plötsligt, yttre våld (trauma) som träffar ansiktsregionen kan givetvis få stora följder för käkar och tänder. Dessa skador är frekventa vid trafikolycksfall och i samband med slagsmål och misshandel, men man får i sammanhanget inte glömma bort vad som kan hända på arbetsplatser eller vid lek och idrott.

Käkskadorna behandlas av särskilt utbildade tandläkare, i mer komplicerade fall på sjukhus i samarbete med läkare (plastikkirurger eller öron- näsa- hals-läkare).

Vid olycksfall erhållna tandskador karakteriseras i stor utsträckning av komplikationsrisken. En fraktur genom tandkronan blottlägger ofta tandpulpan med rotbehandling som följd. En tand, som slagits lös (luxerats), löper stor risk att erhålla en pulpaskada, som leder till pulpadöd (nekros). Skenbart kan pulpan ha klarat sig, men ibland manifesterar sig nekrosen åratal efter olyckstillfället. Rotfrakturer uppträder ibland och leder i övervägande antalet fall till tandens förlust. Understundom händer, att en tand (eller flera) helt slås ut. Det skall framhållas, att tandförlust – i synnerhet i barn- och ungdomsåren – är en på lång sikt allvarligare skada än en käkfraktur. Med en adekvat behandling läker en käkfraktur oftast utan kvarstående men, medan tandförlusten med få undantag medför sådant men. Därför bör påpekas: En helt losslagen tand kan ofta – främst på unga individer och om

det sker snabbt – sättas in (replanteras). Tanden kan inte bevaras för all framtid enär rotnedsmältning (resorbtion) så småningom brukar tillstöta. Tid kan emellertid vinnas genom att protetisk behandling kan uppskjutas till lämpligare ålder.

2.2.7 Anomalier och defekter inom käk-ansiktsregionen

För behandlingen av vissa missbildningar och defekter i ansiktet ingår tandläkare – speciellt utbildade – som medlemmar i ett team, vilket i övrigt hämtas från det medicinska fältet: plastikkirurger, öron- näsa-hals-läkare. I speciella fall fordras även medverkan av foniater. Låt vara, att man rör sig inom områden, där antalet patienter i förhållande till befolkningen inte är så stort. Däremot bör framhållas, att det ofta gäller patienter i en mycket olycklig situation, med stort och oavvisligt behandlingsbehov, stark vårdefterfrågan, långa och påfrestande behandlingsperioder. Om man härtill lägger det faktum, att det rör sig om ett lagarbete med flera specialister, torde härav framgå, att de berörda patientgrupperna skall omnämnas i förevarande sammanhang.

Påtagliga asymmetrier och oregelbundenheter i käkskelettets form kallas käkställningsanomalier. Man uppdelar dessa i idiopatiska och symtomatiska anomalier. (Idiopatisk sjukdom är en självständig, primär sjukdom till skillnad mot en symtomatisk, dvs. en sådan som endast är ett symtom på en annan sjukdom.) Idiopatiska käkställningsanomalier visar sig visserligen oftast först i puberteten men är ofta familjära, dvs. har ett ärftligt inslag. Bland de idiopatiska käkställningsanomalierna är den framskjutande hakan, galoschbettet (progenien), den vanligaste. En annan form är den lilla överkäken (opistognatien). Den finns renodlad men är ofta kombinerad med en progeni. Om underkäken i förhållande till överkäken är påfallande liten talar man om flyende haka (retrogeni). Intrycket av denna anomali förvärras ofta av utåtlutande framtänder i överkäken. Det förekommer även fall av sneda underkäkar (laterogenier). Många progenier är samtidigt laterogena.

De symtomatiska käkställningsanomalierna är dels direkta, dels indirekta. Utsättes en vuxen individ för en skada inom käkansiktsskelettet och denna skada av någon anledning inte kan behandlas så att det ursprungliga tillståndet uppnås, kan resultatet bli en *direkt* anomali. Denna kan uppstå efter en fraktur i mellanansiktet och efter svåra inflammationer i käkskelettet. Efter kirurgisk behandling eller strålningsterapi av tumörer kan svåra följdtillstånd med käkasymmetri uppträda.

De symtomatiska *indirekta* käkställningsanomalierna kan ha samma orsaker som de direkta, men på grund av att skadan inträffar i ett tidigt skede av individens levnad – innan ansiktsskelettet hunnit växa ut – blir effekten våldsammare. Så kan t. ex. inflammationer i öron- eller käkledsområdet under barnaåren ge påtagliga snedställningar av såväl under- som överkäken med svåra protetiska problem som följd.

De individer med käkställningsanomalier, som söker vård, anger oftast tuggsvårigheter och därav följande rubbningar i matsmältningen som orsaken till sin önskan att få behandling. Härtill kommer den psykiska belastning, som utseendet innebär i dessa fall. Varje fall, vilken typ det än tillhör, tarvar en utomordentligt noggrann analys inför ställningstagandet till vårdbehov och för fastställande av terapiplan. Häri ingår också konferenser mellan käkprotetiker, käkortoped och plastikkirurg. Käkortopedens roll är mycket betydelsefull. Unga patienter, vars käktillväxt inte avslutats, behandlas till stor del av denne. Han omformar tandbågarna för att de i sitt nya läge efter operation skall inta inbördes gynnsam position. Understundom är käkortopedisk efterbehandling av opererade fall motiverad.

Defekter kan alltså vara dels medfödda, dels förvärvade. De medfödda avser bl. a. de missbildningar som kallas läpp-gomdefekter. Det är oriktigt att tala om kluven läpp (harmynthet) och kluven gom. Någon klyvning har nämligen inte skett utan det rör sig

om en utvecklingshämning. I samband härmed uppträder frånvaro och missbildning av tänder inom defektområdet.

Dessa defekter behandlas kirurgiskt. Läppen opereras, då barnet är blott någon eller några veckor gammalt. Ingreppet i gommen göres under första eller andra levnadsåret. Under uppväxtåren måste oftast sekundära plastikoperationer utföras. Målet för behandlingen är att nå god estetik och bettfunktion om möjligt utan protetiska hjälpmedel. Det torde stå helt klart, att även dessa fall skall behandlas i intimt samarbete mellan käkortopeder, plastikkirurger och – senare – käkprotetiker. Käkortopedisk vård föregår den plastikkirurgiska i ungefär hälften av fallen och är en förutsättning för den senares goda resultat.

Orsakerna till de förvärvade defekterna kan vara av synnerligen varierande slag. Oftast är de ett följdtillstånd till ett kirurgiskt ingrepp. Härtill kommer våldsamma traumata, inflammatoriska processer, bränn- och etsskador. Här gäller det att genom proteser ersätta förlorad vävnad eller att med protetisk apparatur möjliggöra vävnadstransplantation. Käkprotetikern ställes ofta inför intrikata och svårbemästrade problem, som ställer stora krav på kunnande, konstruktiv förmåga och fantasi. Det gäller inte blott att ersätta förlorade partier av käkarna utan ibland – i kombination härmed – att utföra proteser för öga, kind, näsa, öra.

Till anomalierna skall också räknas de fall, där anlag till tänder helt saknas (agenesi). Agenesier, partiella men i synnerhet totala, ger svår invaliditet. På grund av höggradigt reducerad tillväxt av käkar och tandutskott har protetisk behandling – som naturligtvis inte kan sättas in förrän barnet är relativt vuxet – ytterst små möjligheter att ge gott resultat vid total agenesi. De partiella agenesier, som drabbar de permanenta tänderna, kan däremot ofta med framgång behandlas protetiskt.

2.3 *Individuell tandhälsovård*

Det har sagts många gånger att det inte finns någon rimlig möjlighet att behärska samhällets tandvårdssituation enbart med reparativa åtgärder såsom fyllningsterapi och proteskonstruktioner. De dominerande tandsjukdomarna, karies och parodontit, bottas inte genom den reparativa behandlingen. Genom en integrering av olika profylaktiska moment i den konserverande tandvården kan emellertid den behandlande tandläkaren ofta med relativt stor framgång minska uppkomsten och utvecklingen av såväl karies som parodontit hos sina patienter. En dylik individuell tandhälsovård har emellertid vissa begränsningar i och med att den ofta i hög grad kräver den enskilde patientens egen medverkan där såväl dennes intresse och ambition som personliga förutsättningar är högst varierande faktorer. En ytterligare faktor av stor betydelse är den behandlande tandläkarens kunskaper i och intresse för individuell tandhälsovård samt hans förmåga att på ett lämpligt sätt delge patienten aktuell information. Det är på sin plats att även i detta sammanhang påpeka att konserverande behandling i form av tandfyllningar, kronersättningar, broar etc. inte heller i sig själv utgör ett livslångt skydd mot tandsjukdomarnas fortsatta framfart. Emellertid är en väl utförd restaurerande behandling vanligen en förutsättning för fortsatt framgångsrik individuell profylax.

2.3.1 Särskilda profylaktiska åtgärder hos tandläkaren

Åtgärder av profylaktisk natur som tandläkaren kan vidta vid sin behandling är dels en direkt munhygienisk behandling, dels informationer och demonstrationer beträffande tandsjukdomarnas uppkomstmekanismer och hur patienten själv kan tillämpa olika förebyggande åtgärder.

Som en generell förutsättning för en framgångsrik individuell tandhälsovård gäller att tandläkaren först måste utreda de olika orsakssammanhang som kan finnas bakom

patientens aktuella tandhälsotillstånd. På bas av denna utredning insätts sedan de för patienten mest lämpade åtgärderna.

Av betydelse vid en dylik utredning är främst patientens kostvanor och munhygieniska förhållanden men även vävnadernas motståndskraft och salivens egenskaper är att beakta. Faktorer såsom genomgångna allmänsjukdomar, medikationer, yrkesdisposition m. m. måste man även ta hänsyn till.

Inte sällan uppkommer frågan om arvets inverkan på tandhälsan. Såvitt man f. n. vet spelar de genetiska faktorerna en starkt underordnad roll. I viss utsträckning ärvs emellertid tandställning och tandform liksom troligen vissa salivegenskaper. Dylikt arv kan hos vissa personer disponera till större plackansamling på vissa ställen som är svåra att nå med gängse munhygieniska hjälpmedel. Beträffande kariessjukdomen finns epidemiologiska data som tyder på att tvillingar har större likhet i kariesbilden än vanliga syskon och att enäggstvillingar har större likhet i sin kariesbild än tvääggstvillingar. Den allmänna uppfattningen beträffande arvet är emellertid att denna faktor vanligen är obetydlig jämfört med miljöfaktorn där kost- och munhygienvanor liksom uppväxt t. ex. på platser med fluorrikt dricksvatten, synes ha avsevärt större betydelse.

Såväl utredningen om bakomliggande faktorer beträffande patientens tandhälsa som den kliniska munundersökningen är nödvändiga moment för tandläkaren i den individuella tandhälsovården.

Av särskild betydelse för tandhälsovården vid den gängse kliniska undersökningen är iakttagelser beträffande mjuka och hårda tandbeläggningars utseende och utbredning, tandköttets och benfästets tillstånd, kontroll av tidigare fyllningar och restaurationer med avseende på utformning, ytstruktur och utsträckning av överskott, underskott m. m. För ett fåtal patienter med extremt dålig tandhälsa finns det anledning att specialstudera någon eller några bakomliggande munfaktorer. Resurser för sådana specialstudier finns endast vid de odontologiska fakulteterna samt vid 5–6 specialkliniker inom folktandvården. Vid dylika specialstudier uppmärksammas främst vissa salivfaktorer liksom munbakterieflorans sammansättning och egenskaper.

Den munhygieniska behandlingen hos tandläkaren innebär främst

avlägsnande av mjuka och hårda beläggningar såsom plack, tandsten och missfärgade beläggningar av tobak, födoämnen och mediciner,

bättring av tidigare restaurationer vilka på grund av olika omständigheter har sådant tillstånd (exempelvis fyllnadsöverskott) att en bättring är möjlig utan att hela restaurationen som sådan behöver göras om,

polering av tidigare gjorda restaurationer (vilka ofta med tiden kan förändras) och av tandytor i syfte att minska ansamlingsplatser och därigenom angreppsplatser för tandsjukdomarnas vidareutveckling,

slipning av emaljen på vissa tänder i syfte att även här i möjligaste mån eliminera ansamlingsplatser för mjuka och hårda tandbeläggningar.

I den munhygieniska behandlingen ingår som ett viktigt moment *lokal fluorapplikation* på tandytorna. Dylik fluorapplikation sker vanligen rutinmässigt i samband med puts och polering av fyllningar där putsmedlet bör innehålla för ändamålet lämplig fluorförening. Vid *extremt hög kariesförekomst* bör även pensling med en fluorförening göras på tandytorna. Proceduren, vilken är relativt tidsödande, utföres efter rengöring och torrläggning av tandytorna, varvid även tändernas sidoytor behandlas med speciell tandtråd, vilken impregnerats med den aktuella fluorföreningen. Dylik fluorpensling är rekommenderad att utföras 3–4 gånger årligen.

Genom en noggrant utförd lokal fluorprofylax kan en god men tidsbegränsad effekt uppnås, motsvarande den vid regelbunden fluormunsköljning varje vecka eller var 14:e dag.

Den ena fluorprofylaxmetoden utesluter inte den andra. Vid extremt hög kariesaktivitet ordineras sålunda vanligen daglig mun-

sköljning liksom bruk av fluortandkräm tillika med fluorpensling hos tandläkaren. Lokal fluorapplikation kan sålunda bidra till att hindra uppkomsten av karies, främst på tandens s. k. glatta ytor. I vissa fall kan t. o. m. begynnande kariesangrepp (s. k. decalcinationer) helt hindras i sin vidare utveckling genom denna åtgärd.

Även annan typ av lokal fluorprofylax kan förekomma liksom behandling med andra preparat i förebyggande syfte.

Informations- och demonstrationsverksamhet i tandhälsovård till de enskilda patienterna kan vara mycket varierande beroende på intresse och kunskapsunderlag hos såväl patient som tandläkare samt resurser för denna verksamhet. Informationen bör innehålla motivationsmoment där tandsjukdomarnas orsakssammanhang berörs och där speciellt värdet av goda kostvanor, riktig munhygien och för tänder och tandvävnader stärkande profylax liksom vikten av regelbundna tandläkarbesök framhålls. Dessa motivationsmoment kan där så anses befogat göras mycket utförliga. Exempelvis beträffande kosten kan det ibland vara befogat att inte endast varna för ett alltför frekvent bruk av socker utan att även ge en ingående kostrådgivning med konkreta förslag till vissa måltider och mellanmål. Dylik rådgivning förutsätter ofta att en utförlig kostutredning gjorts. Kostrådgivningen har betydelse trots svårigheterna för många patienter att mera radikalt ändra sina kostvanor.

Lika utförlig rådgivning bör ges beträffande munhygien och tandvävnadsstärkande profylax såsom tandköttsmassage. Munhygieniska hjälpmedel, exempelvis viss typ av tandborste, tandtråd och tandstickor (tandpetare) liksom hemmabruk av viss fluorförening för munsköljning kan ordineras.

Den informerande verksamheten kan ytterligare stärkas genom *övningar i vilka patienten själv deltar* där främst individuellt avpassad hygienisk teknik utförligt genomgås och inövas. Patienten lärs sålunda ett "munhygieniskt hemprogram". Vid informationer och demonstrationer kan speciell demonstrationsmateriel liksom audiovisuella hjälpmedel komma till användning. Det finns numer diabildserier med ljudband och synkroniserad bildväxling för detta ändamål. Även vissa s. k. självinstruerande häften finns att tillgå liksom ett tämligen omfattande broschyrmaterial.

Tandläkaren kan ytterligare accentuera de individuella råden genom att även i koncis och klar form ge dem skriftligt till patienten. Kontroll och påbyggnad av givna råd och anvisningar bör ske vid varje återkommande patientbesök. Vanligtvis anslås en relativt lång tid för denna rådgivning vid ett av de första besökstillfällena av en behandlingsperiod, och vid nästkommande besök under behandlingsperioden ges ett mindre tidsutrymme.

Beträffande ytterligare metoder att förhindra uppkomst av karies och parodontit pågår en intensiv forskning gällande olika *antibakteriella preparat* för munsköljning eller annan lokal applikation. Från speciellt USA och Japan har en till synes framgångsrik metod rapporterats gällande ett på tandytorna starkt vidhäftande *lack* som appliceras med jämna tidsintervaller i syfte att skydda mot tandröteangrepp. Genom att regelbundet behandla nyframbrutna tänders tuggytor med dylikt lack kan kariesprocessen här till synes i hög grad förhindras.

2.3.2 Tandhygienistverksamhet

I såväl kollektiv som individuell tandhälsovård kan *tandhygienist* medverka. En generell arbetsinstruktion för denna yrkeskategori är fastställd av socialstyrelsen (MF nr 77, 1969). Tandhygienist biträder alltid behörig utövare av tandläkaryrket med utförande av tand- och munhygienisk behandling och utövar sålunda aldrig sitt yrke helt självständigt. Tandhygienistens kliniska arbetsområde omfattar huvudsakligen undervisning i munhygien – individuellt eller gruppvis –, avlägsnande av hårda och mjuka beläggningar och fyllnadsöverskott på tänderna, puts och polering av tandytor och tandrestaurationer, individuell och kollektiv lokalbehand-

ling med fluorider samt diagnostiskt förberedelsearbete såsom viss röntgenfotografering och avtryckstagning för studiemodeller liksom insamling av vissa kostuppgifter, saliv- och plackprover.

Sedan länge har tandhygienister varit verksamma i USA och England. I olika sammanhang har med ledning av uppgifter från dessa länder behovet av tandhygienister diskuterats. Ofta har anförts att en tandhygienist lämpligen kan betjäna 3–4 tandläkare (i vuxentandvård). Den senaste tidens ökade kunskapsunderlag beträffande tandsjukdomarnas uppkomstmekanismer har starkt befrämjat tillämpningen av kliniska individuella profylaktiska åtgärder som inte tidigare uppmärksammats. I denna moderna inriktning av tandvården kan tandhygienistverksamheten utgöra en betydelsefull integrerande del.

2.4 *Kollektiv tandhälsovård*

2.4.1 "Automatisk" profylax

Den kollektiva tandhälsovården i sin mest effektiva form innebär en "automatisk" profylax, där den enskilda individens egen medverkan är ringa eller ingen och där en liten kostnadsinvestering ofta ger mycket stor utdelning i fråga om förbättrad tandhälsa. En justerad nivå av fluorhalten i dricksvattnet är exempel på en dylik "automatisk" kollektivprofylaktisk åtgärd. En sådan fluorhaltjustering innebär vanligen en höjning av fluorhalten upp till ca 1,0 ppm (milligram per liter), en åtgärd som är genomförd f. n. för mer än 130 miljoner människor över hela världen till stort gagn för tandhälsan. Vattenfluoridering anses som den hittills i särklass bästa kollektivprofylaktiska åtgärden med avseende på såväl tandhälsoeffekter som låg kostnad.

Den uppnådda kariesreduktionen som erhålls då varaktig tillförsel av fluor skett från tidiga barnaår vid tändernas mineraliseringsprocess, dvs. helst från födelsen, anges sålunda vid studier av tonåringar vanligen överstiga 50 %. Detta innebär sålunda att mer än hälften av alla hål i tänderna som annars skulle ha uppkommit förhindrats genom en justerad vattenfluorhalt. Härtill kommer en väsentlig sekundär effekt i och med att även förekomsten av följdsjukdomar reduceras. Vattenfluoridering minskar tandvårdsbehovet i alla åldersgrupper. Enligt den s. k. vattenfluorideringslagen kunde kommuner efter särskilt medgivande tillsätta fluor till vattenledningsvattnet. Denna lag upphävdes emellertid av riksdagen efter motionsyrkanden hösten 1971.

Enligt tillgängliga uppgifter har ca 1/2 miljon invånare i Sverige redan en naturlig vattenfluormängd av 0,8 ppm eller mer i sitt vattenledningssystem. Så är fallet exempelvis i Uppsala. Undersökningar har gjorts av kariessituationen hos 13-åriga skolbarn i Uppsala och Göteborg. Uppsala har en naturlig fluorhalt av ca 1 ppm i dricksvattnet, Göteborg avsevärt lägre vattenfluorhalt (0,1–0,3 ppm). Göteborgsbarnen hade till skillnad mot Uppsalabarnen haft regelbundna fluormunsköljningar var eller varannan vecka. Trots detta uppvisade Uppsalabarnen en lägre kariesförekomst, lägst hos de barn som alltid bott i Uppsala.

I vissa andra länder tillämpas – dock jämfört med vattenfluorideringen i ytterst liten omfattning – andra s. k. alternativa fluorprofylaxmetoder. Dessa innebär att fluor i lämplig mängd tillsättes vissa livsmedel, främst koksalt eller mjölk. I detta sammanhang har också mjöl nämnts som ett alternativ. Koksaltfluoridering är föremål för vetenskapliga studier i vårt land. Ingen av dessa alternativa fluorprofylaxmetoder torde kunna tillämpas i stor skala i Sverige åtminstone under överskådlig tid. De kräver först en fördjupad forskning rörande dosering, konsumtionsvanor, klinisk effekt m. m.

2.4.2 Kollektiv tandhälsovård för olika åldersgrupper.

Kollektiv tandhälsovård med en lägre grad av "automatik" än vattenfluoridering, t. ex. av typ fluormunsköljning i grundskolan, är för närvarande det system som sedan lång tid – i

många fall sedan mer än 10 år tillbaka – tillämpas i vårt land. Denna typ av kollektiv tandhälsovård lämpar sig för bestämda grupper (målgrupper) vilka ifråga om ålder eller levnadsförhållanden är tämligen homogent sammansatta, såsom skolbarn eller förskolebarn. Det är naturligt att *folktandvården* varit föregångare ifråga om tillämpningen av dylik organiserad profylaktik för barn och ungdom.

Den kollektiva tandhälsovårdens vanligaste verksamhetsformer framgår av följande sammanställning.

Mödravårdscentraler:	Tandläkarkonsultverksamhet
Barnavårdscentraler:	Tandläkarkonsultverksamhet Fluorprofylax
Barndaghem:	Informationsverksamhet Fluorprofylax i begränsad utsträckning Tandborstningsövningar
Lekskolor:	Informationsverksamhet Fluorsköljningar för 6-åringar Tandborstningsövningar
Grundskolan:	Regelbundna fluorsköljningar eller fluortandborstningar Tandborstningsövningar Informationsverksamhet
Gymnasieskolan:	Regelbundna fluorsköljningar Tandborstningsövningar Informationsverksamhet
Militärförband:	Fluorsköljningar Informationsverksamhet
Vårdinstitutioner: (Långtidsvård, akut sjukvård, handikappvård, vård för åldringar.)	Informationsverksamhet Tandhygienistverksamhet

Tandhälsoövervakningen vid *barnavårdscentraler* är i första hand av rådgivande karaktär där en tandläkare under en eller ett par veckotimmar har konsulterande verksamhet. Rådgivningen som ges är i görligaste mån individuellt avpassad.

I samband med rådgivningen där speciell vikt lägges vid munhygien, kosthygien och lämplig fluorprofylax (vanligen i form av fluortabletter) kan även remiss utskrivas för tandbehandling hos tandläkare. Den särskilda tandhälsokontroll som av socialstyrelsen rekommenderas ingå i den allmänna hälsokontrollen av 4-åringar kan även anknytas till tandhälsoverksamheten vid barnavårdscentralerna.

Tidsberäkningar som gjorts i ett landstingsområde (Stockholms län) visar att i den mån tandläkare från folktandvården helt skulle anlitas för denna verksamhet, den skulle uppta mindre än 3 % av den totala tandläkararbetstiden i landstingets folktandvård, om varje barnavårdscentral har tandläkarkonsultverksamhet i genomsnitt en timme per vecka. Ett fåtal hittills utförda effektstudier av tandhälsoverksamheten vid barnavårdscentralerna visar samtliga en god effekt av verksamheten.

Tandhälsoverksamheten vid *mödravårdscentralerna* är av liknande typ som den vid barnavårdscentralerna, varvid en tandläkare vid regelbundna tidpunkter ger de blivande mödrarna information och råd beträffande såväl moderns som det väntade barnets tänder och där speciell tonvikt lägges på kost- och munhygieniska frågor. Uppbyggnaden av denna verksamhet har f. n. inte hunnit lika långt som den vid barnavårdscentralerna.

Tandhälsovårdsverksamheten vid *barnstugor* (barndaghem, lekskolor, fritidshem) är f. n. huvudsakligen av sådan karaktär att informationsmaterial (broschyrer, filmer, m. m.) utlånas och tandhälsoinformation inkluderas i lärarnas undervisning. I några län besöks vissa barnstugor regelbundet av tandläkare för information till personal, föräldrar (vid speciella föräldramöten) och barn. Vid lekskolorna förekommer även kollektiv



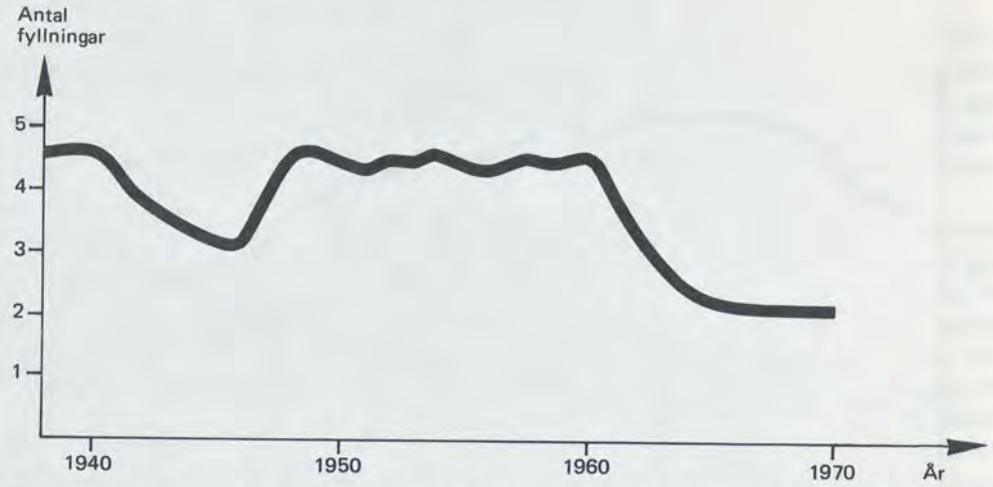
Figur 2.1 Aktuell kariesprocent hos 7-åringar i Sverige.

fluorsköljning för 6-åringar. Effekten av tandhälsoverksamheten vid barnstugor har inte studerats i några separata studier. Emellertid finns statistik från folktandvården över den aktuella kariesprocenten hos 7-åringar. Därmed menas det procentuella antalet frambrutna permanenta tänder som företer behov av kariesbehandling hos nybörjare i grundskolan. En tendens till oavbruten kariesminskning har framträtt under de senaste 15 åren, vilket tolkas främst som en effekt av den samlade systematiska upplysningsverksamhet som kommit förskolebarnen tillgodose (se fig. 2.1).

I *grundskolan* förekommer omfattande kollektiv tandhälsoverksamhet. Denna effektueras numer huvudsakligen av speciell personal, s. k. fluortandsköterskor. (Benämningar såsom profylaxtandsköterskor, tandhälsovårdssköterskor, fluorbiträden m. m. förekommer även.) Tidigare har till stor del lärare i grundskolan tagits i anspråk för verksamheten. Fluortandsköterskorna leder och övervakar regelbundna munsköljningar med fluorlösning samt instruerar barnen i munhygieniska åtgärder. Denna instruktion är både paradontitprofylaktisk och kariesprofylaktisk, medan den lokala fluorbehandlingen främst är starkt kariesprofylaktisk.

På ett par platser i landet förekommer som alternativ till fluorsköljningen i stället övervakad tandborstning med fluorlösning eller fluorhaltig tandkräm. Fig. 2.2 illustrerar bl. a. effekten av fluorprofylax.

Den väldokumenterade kariesprofylaktiska effekt som den lokala fluorapplikationen medfört har inneburit kariesreduktioner som beräknats till uppemot 50 % men vanligen rapporterats ligga omkring 25 %-nivån. Variationerna i de rapporterade kariesreduktionerna beror på olika omständigheter, främst att olika mått använts för att mäta reduktionen. I en del fall har använts "intjänad behandlingstid" som mått på kariesreduktionen, i andra fall har angivits minskat antal fyllningar jämfört med något referensvärde etc., mått som i sig även kunnat innehålla andra faktorer än den rent fluorprofylaktiska även om det fluorprofylaktiska momentet med visshet dominerat. Som exempel kan nämnas statistik från Göteborg, se fig. 2.2. Några relevanta undersökningar som redovisat en stark effekt gentemot parodontitsjukdomen baserade på



Figur 2.2 Diagram över antalet fyllningar per barn vid skoltandvården i Göteborg 1938–1970, omfattande 40 000 barn. Som framgår av kurvan skedde under krigsåren en kraftig nedgång av antalet fyllningar. Denna sammanföll med tiden för sockerransoneringen. Efter krigets slut skedde en snabb återgång till den tidigare nivån. 1960 infördes munsköljningar med 0,2 % natriumfluoridlösning var 14:e dag i de lägsta klasserna, varefter utökning skett med en årsklass varje år. Fyllningsfrekvensen har därvid sjunkit med ca 50 %.

munhygienisk instruktion var 14:e dag eller mer sällan finns inte.

Vid sidan av fluortandsköterskeverksamheten ges information av tandläkare till lärare, elever och föräldrar. Visst broschyrmaterial finns också för utdelning.

De kollektiva profylaktiska åtgärderna, liksom den organiserade tandvård som kommit grundskolans elever till del, upphör i och med att den obligatoriska skolan slutar. Vissa undersökningar har visat att vid denna tidpunkt många av ungdomarna har relativt litet intresse av att sköta sina tänder på ett riktigt sätt. Detta kan leda till att resultatet av den tandvård och den tandhälsovård som ägt rum i grundskolan snabbt spolieras. Det är därför angeläget att såväl konventionell tandvård som tandhälsovård kan erbjudas ungdomarna (17–19 år) när de slutar den obligatoriska skolan. I *gymnasieskolan* kan man räkna med att nå 80–90 % av 17–19-åringarna.

I flera landsting har en sådan verksamhet påbörjats, vilket är i linje med en programmerad flerårig informationskampanj som socialstyrelsen planerat gällande ungdomar i åldern 16–20 år. Denna informationskampanj, vilken redan försöksvis startat i ett par län, är avsedd att omfatta samtliga län våren 1973.

Det kan på goda grunder antas att en systematiskt uppbyggd kollektiv tandhälsovård vid barnavårdscentraler, barnstugor och i grundskolans alla stadier samt gymnasieskolan kan nedbringa den genomsnittliga tiden för konserverande behandling per barn och år från närmare 2 till kanske 1,5 timmar men knappast avsevärt lägre. För att nedbringa den konserverande vårdtiden ytterligare fordras individuella åtgärder, inte minst hos det fåtal patienter som har en särskilt hög kariesaktivitet och som tidsmässigt visat sig uppta en mycket stor del av de konserverande behandlingsresurserna. Det är tyvärr inte möjligt att beräkna den genomsnittliga behandlingstidens längd för patienter som efter skolgången inte åtnjuter kollektiv tandhälsovård. Det då minskade skyddet mot tandsjukdomar kommer dock sannolikt att öka den genomsnittliga behandlingstiden. Det är därför synnerligen angeläget att den tandhälsovård som meddelats ungdomarna

följs upp individuellt när de går över till att bli "enskilda" patienter i folktandvården och hos privattandläkare.

Beträffande den manliga delen av befolkningen som fullgör sin *värnplikt* skall här nämnas att kollektiv tandhälsovård förekommer vid varje förband (regemente) dels i form av ett s. k. tandhälsovårdsföredrag som hålls av förbandets tandläkare för de nyinryckta rekryterna, dels i form av erbjuden frivillig fluormunsköljning varje vecka eller var 14:e dag. Det har beräknats att drygt 30 % av de värnpliktiga regelbundet utnyttjar denna fluorprofylax.

I kollektiv tandhälsovård ingår även tandhälsoinformationer och instruktioner till olika personalkategorier och elever i olika skolformer, exempelvis de skolor som tidigare berörts (grundskola, gymnasieskola, lekskolor m. fl) samt sjuksköterskeskolor, vårdyrkesskolor, yrkesskolor, folkhögskolor etc., "nyckelgrupper" som ofta både kan vidarebefordra den givna informationen liksom direkt medverka i tandhälsoarbetet. Dessa informationer ges vanligen av tandläkare.

Organ för tandhälsoinformation

I vårt land bedrivs organiserad upplysningsverksamhet om tandvård och tandhälsovård av en rad organisationer och myndigheter såsom socialstyrelsen, Tandvärnet, Sveriges tandläkarförbund och dess lokalföreningar, de vetenskapliga tandläkaresällskapen, de odontologiska fakulteterna, svenska landstingsförbundets tandhälsoråd och folktandvården i de enskilda landstingen. Som ett samordnande organ för huvudparten av dessa organisationer och myndigheter fungerar sedan 1970 *"Tandhälsan"*. Detta organ är knutet till socialstyrelsens hälsovårdsupplysningsdelegation (HVUD).

3 Något om tandtillståndet hos olika befolkningskategorier

Ett antal undersökningar som framförallt sökt belysa tandtillstånd och tandvårdsefterfrågan har publicerats här i landet. De flesta av dessa belyser förhållanden inom på olika sätt begränsade befolkningsgrupper. Två riksomfattande studier på vuxna i olika åldrar har dock publicerats nyligen. Dels är det i Låginkomstutredningens levnadsnivåundersökning (Johansson, S: Den vuxna befolkningens hälsotillstånd. Utkast till kap. 3 i betänkandet om Svenska folkets levnadsförhållanden att avgivas av låginkomstutredningen. Allmänna Förlaget, Stockholm, 1970). Dels är det en intervjuundersökning genomförd av Björn Smedby (Smedby, B: Betydelsen av vissa faktorer för tandvårskonsumtionen. Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie nr 37, Stockholm 1972). Den senare studien är i stort sett upplagd som den förundersökning vilken Smedby publicerade i 1961 års sjukförsäkringsutrednings betänkande om tandvårdsförsäkring (SOU 1965:4), Smedbys senaste undersökning skall här närmare relateras varefter övriga studier kortfattat genomgås.

3.1 *Smedbys intervjuundersökning*

Undersökningens syfte var att belysa betydelsen av vissa faktorer för tandvårdskonsumtionen hos den vuxna befolkningen. Särskilt intresse ägnades därvid tandstatus. Övriga faktorer som beaktades var en predisponerande faktor – även kallad attitydfaktorn – som uttryck för individens värderingar av och attityder till tandvård, vidare en faktor som speglar tandvårdens ekonomiska och geografiska tillgänglighet samt en åldersfaktor.

3.1.1 Primärmaterial

Målgruppen för undersökningen utgjordes av den icke institutionaliserade delen av den vuxna befolkningen. Det första urvalet omfattade alla vid början av 1963 inskrivna personer i försäkringskassornas register som var födda den 15 februari dvs. ett 1/365 urval av befolkningen i åldern 16 år och däröver. Bland dessa företogs ett stratifierat urval med hänsyn till ålder och registrerad sjuklighet. Samplet kom därefter att omfatta 2 221 personer. Intervju kunde genomföras med 1 933 av dessa. I bortfallet, som kom att utgöra 10,1 %, utgjordes den största gruppen av personer som vägrade delta i undersökningen (3,7 %).

Intervjuerna genomfördes i de flesta fall (72 %) av distriktssköterskan i de distrikt där personerna i fråga var bosatta. I övriga fall anställdes andra sjuksköterskor som intervjuare. Intervjuerna utfördes i början av 1964.

3.1.2 Metod

Intervjufrågorna var så utformade att ett antal variabler kunde konstrueras. Som *resultatsvariabler* användes tandläkarbesök, fullständig behandling och tandstatus. I fråga om tandläkarbesök fanns uppgift om den intervjuade hade sökt tandläkare under det senaste kalenderåret (1963) och det näst senaste året (1962) eller när han senast hade sökt tandläkare. Uppgift fanns även om fullständig tandbehandling erhållits någon gång under de senaste två åren. Som fullständigt behandlade räknades även personer som under två-årsperioden enbart gjort kontrollbesök. Tandstatus slutligen byggde på uppgifter från de intervjuade om förekomsten av egna tänder och avtagbara tandproteser.

Genom intervjuerna eller på annat sätt insamlades också en lång rad karakteristika för personerna i fråga. Dessa får utgöra *förklarande variabler* till de konsumtionsbetonade resultatsvariablerna varvid dock inte avses ett direkt orsakssamband. De förklarande variablerna uppdelas i demografiska, socio-ekonomiska, geografiska samt vissa hälsovariabler. Demografiska variabler utgörs av ålder, kön, civilstånd samt uppgift om familjestorlek. Bland de socio-ekonomiska variablerna bygger uppgiften om utbildning enbart på intervjun. Uppgiften om socialgrupp avser familjehuvudmannens aktuella eller förutvarande yrke eller anställning. Kodning har skett efter den i valstatistiken förekommande yrkesgrupperingen. Beträffande inkomst används två mått där det ena är direkt relaterat till sjukpenningens storlek för intervjupersonen. Det andra inkomstmåttet avser en ren registeruppgift beträffande sammanräknad nettoinkomst 1963 enligt självdeklaration för intervjupersoner jämte hans eller hennes make. Bland geografiska variabler ingår en gruppering i storstäder, övriga städer och landsbygd. En regional indelning har också företagits med uppdelning i Götaland, Svealand och Norrland varvid dock storstäderna utskilts inom resp. område. Genom en av intervjuaren gjord uppskattning erhölls uppgift om avståndet till närmaste tandläkare. I en stadsbebyggelse sattes detta avstånd schablonmässigt till 2 km. Vad slutligen beträffar hälsotillståndet baserar sig uppgiften på egenrapporter om olika sjukdomar samt en subjektiv värdering av det egna hälsotillståndet. Till hälsovariablerna har också räknats uppgift om de kvinnliga respondenterna fött eller väntat barn under 1963.

3.1.3 Resultat[1]

3.1.3.1 Tandstatus

En intervjuundersökning medger givetvis endast att tandförhållanden beskrivs som förekomst av egna tänder och proteser. Dessa uppgifter kombineras med olika grupperingar av de intervjuade personerna, se tabell 3:1. Av tabellen framgår att andelen personer som har egna tänder utgör 76,6 %. Nästan en fjärdedel (23,4 %) saknar egna tänder. Av samtliga är 1,4 % helt tandlösa och har ändock inte någon protes. Andelen protesbärare – och därvid medräknas också personer som bara har en delprotes – uppgår till 37,7 %.

I sina analyser grupperar Smedby de intervjuade i personer med bättre och sämre tandstatus. Med uttrycket "personer med bättre tandstatus" avses grupperna 1 och 2 (se tabell 3:1) dvs. personer med egna tänder utan samtidig helprotes i någon käke. Beteckningen "personer med sämre tandstatus" avser grupperna 3–5 och innefattar sålunda alla med helprotes i ena eller båda käkarna jämte de helt tandlösa.

[1] Uppgifterna om de olika resultatsvariablerna och förklarande variablerna har först bearbetats så att vissa enkla tabuleringar skett. Därefter utförs vissa korrelationsanalyser. Huvuddelen av sambandsstudierna utförs med hjälp av multipel regressionsanalys. Programmet för denna analys utgör en stegvis regressionsanalys där de förklarande variablerna tas in i en ordning som bestäms av ett statistiskt signifikanstest. Inga interaktionstermer medtas eftersom författaren vid en tidigare analys av materialet ej funnit anledning att befara att väsentliga interaktionseffekter uppträder bland bakgrundsvariablerna.

Tabell 3.1 Intervjuade efter tandstatus.

Tandstatusgrupp	Antal personer (ovägt)[1]	Procentuell fördelning	Kumulerad procentandel
1. Enbart egna tänder	973	60,8	60,8
2. Egna tänder jämte delprotes	78	4,3	65,1
3. Egna tänder jämte helprotes i en käke	233	11,4	76,6
4. Inga egna tänder, helprotes i en eller båda käkarna	602	22,0	98,6
5. Inga egna tänder, ingen protes	47	1,4	100,0
Summa	1 933	100,0	

[1] I denna och följande tabeller avser antalet personer alltid det faktiska antalet intervjuade i en viss grupp medan alla procenttal har beräknats med ett vägningsförfarande som innebär en skattning av motsvarande procenttal i hela befolkningen. Denna skattning tar dock ej hänsyn till bortfallet i intervjuundersökningen.

3.1.3.2 Tandläkarbesök och behandlingstyp

I tabell 3:2 redovisas förekomsten av tandläkarbesök och behandlingstyp varvid nämnda uppdelning i personer med olika tandstatus används. Det framgår av tabellen att 57,7 % av samtliga har gjort tandläkarbesök under de senaste två åren och att 49,9 % fått fullständig behandling. Detta innebär att 87 % av dem som sökt tandläkare fått fullständig behandling. Endast 6 % av samtliga har fått enbart akut behandling under den senaste tvåårsperioden. Av gruppen med bättre tandstatus har 74 % sökt tandläkare under den senaste tvåårsperioden och 41 % är "årliga" besökare. Från tabellen kan beräknas att av dem med bättre tandstatus, som sökt tandläkare under den senaste tvåårsperioden, 93 % har fått fullständig behandling.

Bland de personer som ej sökt tandläkare under den senaste tvåårsperioden fanns många som uppgivit lång tid sedan det senaste besöket. En vidare bearbetning av materialet ger som resultat att 26 % av samtliga personer ej varit hos tandläkaren under de se-

Tabell 3.2 Tandläkarbesök och behandlingstyp bland intervjuade med samtidig uppdelning efter tandstatus.

Besöksförekomst och behandlingstyp	Andel personer med besök resp. med viss behandlingstyp		
	Personer med bättre tandstatus (n=1051)	Personer med sämre tandstatus (n=882)	Samtliga intervjuade (n=1933)
	%	%	%
1. Besök någon gång under de senaste två åren	74,4	26,3	57,7
2. Besök under det senaste året	57,4	15,7	42,9
3. Besök både det senaste och det näst senaste året	41,2	5,9	28,9
4. Fullständig behandling någon gång under de senaste två åren	65,9	20,0	49,9
5. Besök både det senaste och det näst senaste året samt fullständig behandling någon gång	38,0	5,2	26,6
6. Endast akut behandling under de senaste två åren	7,3	3,1	5,9
7. Fullständig behandling vid senaste besök	81,0	83,4	81,9
8. Endast akut behandling vid senaste besök	14,6	8,7	12,5

Tabell 3.3 Tandstatus och tandläkarvård efter vissa demografiska karakteristika.

Demografiska karakteristika	Antal personer (ovägt)	Procentuell andel personer				
		Helt utan egna tänder	Med något slag av avtagbar protes	Med "bättre tand status"[1]	Med besök någon gång senaste två åren	Med fullständig behandling senaste två åren
		%	%	%	%	%
Ålder						
16–19	116	0	0	100	80	70
20–29	217	1	5	96	84	74
30–44	376	7	24	81	70	62
45–54	349	22	51	56	52	46
55–64	344	45	63	39	42	37
65–74	354	61	74	27	24	17
75–	177	69	67	25	18	10
Kön						
Män	934	18	34	70	55	46
Kvinnor	999	29	42	61	60	54
Civilstånd						
Ogift	485	14	21	81	67	59
Gift	1 123	23	41	63	58	50
Skild	82	23	44	58	38	28
Änkestånd	243	59	68	28	30	25
Total	1 933	23	38	65	58	50

[1] Personer med egna tänder utan samtidig helprotes i någon käke.

naste 5 åren och 16 % ej under de senaste 10 åren. För gruppen med sämre tandstatus gällde att 54 % ej sökt tandläkare under den senaste femårsperioden och 35 % ej under den senaste tioårsperioden. Av samtliga personer hade 1,5 % aldrig varit hos tandläkare.

3.1.3.3 Samband mellan vissa variabler

I ett antal deskriptiva tabeller ges sedan en vidare presentation av materialet varvid enkla samband presenteras mellan resultatsvariablerna ("bättre tandstatus", besöksförekomst och fullständig behandling) och olika bakgrundsvariabler. I tabell 3:3 sker redovisning efter ålder, kön och civilstånd. Det framstår klart att ålderssambandet är utomordentligt starkt för både tandstatus och tandvård. Andelen personer utan egna tänder stiger snabbt efter 45 års ålder och är så hög som 69 % i åldersgruppen 75 år och däröver. Andelen protesbärare är 24 % redan i åldersgruppen 30–44 år. Förekomsten av tandläkarbesök under den senaste tvåårsperioden är högst i åldersgruppen 20–29 år och avtar kraftigt bland de äldsta.

Det framgår vidare av tabellen att kvinnor i väsentligt större utsträckning än män saknar egna tänder. En skillnad i protesförekomst föreligger likaså. Detta innebär att kvinnor i mindre utsträckning än män kom att föras till gruppen med "bättre tandstatus". Kvinnor uppvisar dock större besöksbenägenhet än män.

En uppdelning efter de tre socio-ekonomiska variablerna utbildning, socialgrupp samt familjeinkomst lämnas i tabell 3:4. Bättre utbildning, högre socialgrupp och större inkomst motsvaras av bättre tandstatus, större besöksförekomst och större andel fullständigt behandlade. Det kan noteras att beträffande utbildningsförhållanden synes starka samband föreligga med resultatsvariablerna. Effekten av olikheter i åldersstruktur inom olika grupper kan enligt Smedby bidraga till detta förhållande.

De geografiska karakteristika är grunden för uppdelning enligt tabell 3:5. Högre urbaniseringsgrad motsvaras av bättre tandstatus och större förekomst av besök och fullständig behandling. Den regionala indelningen visar att de gynnsammaste förhållan-

Tabell 3.4 Tandstatus och tandläkarvård efter vissa socio-ekonomiska karakteristika.

Socio-ekonomiska karakteristika	Antal personer (ovägt)	Procentuell andel personer				
		Helt utan egna tänder	Med något slag av avtagbar protes	Med "bättre tand-status"[1]	Med besök någon gång senaste två åren	Med full-ständig behandling senaste två åren
		%	%	%	%	%
Utbildning						
Folkskola	1 561	30	46	56	50	41
Realskola	139	8	14	89	79	73
Realexamen	152	2	10	93	83	80
Studentexamen	81	1	5	98	87	80
Socialgrupp[2]						
I	101	3	10	93	86	82
II	713	20	30	72	63	56
III	1 047	27	45	58	51	42
Inkomst, kr (1963)						
0– 4 999	593	35	42	57	52	46
5 000– 9 999	418	30	42	59	45	40
10 000–19 999	503	21	40	64	58	46
20 000–29 999	257	16	35	74	66	59
30 000–	162	3	21	86	77	73
Total	1 933	23	38	65	58	50

[1] Personer med egna tänder utan samtidig helprotes i någon käke.
[2] Exkl. 72 fall utan uppgift om socialgrupp.

Tabell 3.5 Tandstatus och tandläkarvård efter vissa geografiska karakteristika.

Geografiska karakteristika	Antal personer (ovägt)	Procentuell andel personer				
		Helt utan egna tänder	Med något slag av avtagbar protes	Med "bättre tand-status"[1]	Med besök någon gång senaste två åren	Med full-ständig behandling senaste två åren
		%	%	%	%	%
Urbaniseringsgrad						
Storstad	383	15	31	75	67	61
Annan stad	602	20	33	70	64	57
Landsbygd	948	29	43	58	50	41
Region						
Stockholm	206	12	30	77	72	68
Svealand i övrigt	503	23	38	67	60	51
Göteborg, Malmö	177	18	33	72	60	52
Götaland i övrigt	716	24	38	64	56	48
Norrland	331	32	45	55	47	39
Avstånd till närmaste tandläkare, km						
0– 9	1 533	20	36	68	61	54
10–19	251	37	49	49	44	36
20–	149	33	41	58	41	33
Total	1 933	23	38	65	58	50

[1] Personer med egna tänder utan samtidig helprotes i någon käke.

Tabell 3.6 Tandstatus och tandläkarvård efter viss hälsokarakteristika.

Hälsokarakteristika	Antal personer (ovägt)	Procentuell andel personer				
		Helt utan egna tänder	Med något slag av avtagbar protes	Med "bättre tandstatus"[1]	Med besök någon gång senaste två åren	Med fullständig behandlig senaste två åren
		%	%	%	%	%
Subjektiv hälsa						
God	1 008	16	30	73	63	55
Nedsatt	616	42	56	46	46	38
Dålig	309	42	61	43	42	30
Sjukdomsförekomst						
Ja	1 117	33	51	52	49	41
Nej	816	15	27	76	65	58
Graviditet[2]						
Ja	48	0	10	92	82	79
Nej	321	6	15	88	81	74
Total	1 933	23	38	65	58	50

[1] Personer med egna tänder utan samtidig helprotes i någon käke.
[2] Avser endast kvinnor i åldern 16–44 år.

dena gäller för personer i Stockholm och de sämsta för dem i Norrland.

I en tabell (3:6) redovisar slutligen Smedby tandstatus och tandvårdsförhållanden i förhållande till några hälsovariabler. Personer som uppgivit god hälsa och som inte rapporterat någon sjukdom är bättre ställda än de övriga i tandvårdsavseende. Hälsovariabelns nära samband med åldern gör dock tolkningen mycket vansklig.

3.1.3.4 Fortsatt analys

Det starka samband mellan tandstatus och ålder som föreligger gör att flera av de enkla samband som påvisats i Smedbys undersökning är svårtolkade eftersom åldern också är korrelerad med många av dessa. Det tillkommer också en svårighet i och med att vissa variabler är inbördes korrelerade. Smedby går därför vidare och utför enkla korrelationer men framför allt multipla regressionsanalyser. (Regressionsanalyser är ett gemensamt namn på sådana statistiska metoder som avser att undersöka sambandet mellan en eller flera storheter.) Variablerna "bättre tandstatus", tandläkarbesök och fullständig behandling har därvid var och en för sig satts som den beroende variabeln.

Vid dessa fortsatta analyser kombineras även de bakomliggande faktorerna till variabelkombinationer. Smedby söker först skilja ut en predisponerande faktor, som är knuten till värderingen av ett gott tandstatus och som avspeglar attityden till tandvård. Denna faktor mäts med variablerna kön, civilstånd (skild), utbildning (realskola eller högre) samt socialgrupp (I eller II). Faktorn kallas i redovisningen för attitydfaktorn. I den andra faktorn sammanförs ekonomiska och geografiska aspekter på tandvårdens tillgänglighet. Till denna tillgänglighetsfaktor räknas variablerna inkomst, stad, Norrland och avstånd till tandläkare. Den tredje huvudkomponenten i analysen utgörs av tandstatusvariablerna och benämns tandstatus. En fjärde variabelkombination består av faktorerna ålder resp. ålder och hälsa.

I de på detta sätt genomförda regressionsanalyserna finner man beträffande *tandstatus* följande. Efter den dominerande åldersfaktorn synes den faktor som speglar värderingar och inställning till tandvård, dvs. attitydfaktorn, betyda mest för ett gott tandstatus. Tandvårdens ekonomiska och geografiska tillgänglighet betyder förhållandevis mindre i detta avseende.

När det gäller *besöksförekomsten* visar sig

behovsfaktorn, dvs. tandstatus, betyda mest för att förklara variationen i besöksförekomst. Därnäst följer åldersfaktorn, attitydfaktorn och den faktor som svarar mot tandvårdens tillgänglighet. För gruppen med bättre tandstatus betyder attitydfaktorn mest följd av åldersfaktorn och tillgängligheten.

I fråga om *fullständig behandling* betyder näst efter tandstatus åldersfaktorn mest. Attitydfaktorn synes vara av större betydelse än tandvårdens ekonomiska och geografiska tillgänglighet. Båda de senare faktorerna betyder mera för förekomsten av fullständig behandling än för besöksförekomsten.

3.1.4 Diskussion

Primärmaterialet till Smedbys undersökning insamlades 1964 och speglar sålunda inte helt aktuella förhållanden. Sambandsanalyserna torde emellertid vara förhållandevis litet påverkade av de förskjutningar i tandvårdskonsumtionen som kan ha skett under de senaste åren. Smedby utför även en jämförelse med andra riksundersökningar och tar då upp den egna förstudien (Smedby 1965). Överensstämmelsen beträffande protesförekomst och besöksförekomst är mycket god mellan Smedbys bägge undersökningar.

I en undersökning för Tandvärnet utförd av SIFO 1962 skattades förekomsten av helprotesbärare i åldrarna 15–75 år till 14 %. Undersökningens metodik synes dock ha lett till en alldeles för låg skattning.

Smedby genomför även en diskussion om de olika faktorernas betydelse och uttolkning. Åldersfaktorns stora betydelse kan tolkas så att tandstatus i hög grad är resultatet av under lång tid ackumulerade effekter och avspeglar i stor utsträckning de skilda villkoren som gjort sig gällande för olika generationer. Attitydfaktorn kan tänkas innebära att tandstatus i hög grad är resultatet av att vidta förebyggande åtgärder på tandvårdens område. Tandvårdens geografiska tillgänglighet avspeglar inte bara aktuella utan också tidigare skillnader i tillgång på tandvård. Den aktuella ekonomiska tillgängligheten synes betyda förhållandevis litet för tandstatus. Enligt Smedby bör en förändrad ekonomisk tillgänglighet, t. ex. genom ökade försäkringsförmåner avseende tandvård, i första hand få effekt på besöksförekomsten.

3.2 *Låginkomstutredningens levnadsnivåundersökning*

Låginkomstutredningen gjorde en stor undersökning av den vuxna befolkningens levnadsförhållanden. Ca 6 000 individer har intervjuats och dessa skall representera befolkningen i åldern 15–75 år. Intervjuerna genomfördes 1968. I delbetänkandet "Den vuxna befolkningens hälsotillstånd" (Johansson, Sten, utkast till kap. 3 i utredningen) redovisas svaren på de frågor som berör tandtillstånd.

3.2.1 Metod

Intervjuerna genomfördes av lekmannaintervjuare från SCB. I fråga om tandtillstånd gick det till så att intervjuaren överlämnade ett svarskort där tandtillståndet beskrevs med olika alternativ. Respondenten ombads välja den beskrivning som bäst stämde in på hans eller hennes tänder. Beskrivningarna var följande:

Egna tänder i gott skick
Egna tänder: många lagningar, bryggor etc.
Egna tänder i dåligt skick, många saknas etc.
Löständer i ena käken
Löständer i både över- och underkäken
Inga tänder eller bara tandrester.

Till dem som svarat att de hade löständer ställdes också följdfrågan: "Fungerar tänderna bra eller har ni besvär med dem?" Genom kombination med huvudfråga och följdfråga erhölls ett index med åtta svarsalternativ.

3.2.2 Resultat

Vid redovisningen kombineras vissa svarsalternativ så att redovisningen över tand-

tillståndet kan ges med 5 index (se tabell 3:7).

I redovisningen påpekas sedan att lekmannaintervjun kan belastas med en viss förskönings tendens varför redovisade skattningar närmast får betraktas som minimiskattningar. En jämförelse med Smedbys siffror publicerade 1965 (SOU 1965:4) görs också och en god överensstämmelse anses föreligga. (Som påpekas nedan har Smedby senare kunnat påvisa att skillnader föreligger och att levnadsnivåundersökningens siffror beträffande antalet protesbärare torde vara klart i underkant).

Lokalisering i befolkningsstrukturen beträffande tandtillståndet presenteras därefter i ett antal diagram med kommentarer.

Tabell 3.7 Den vuxna befolkningens tandtillstånd.

	Antal i befolkningen	Procent av befolkningen
Egna tänder i någorlunda skick	3 762 000	63,6
Väl fungerande lösständer	1 563 000	26,4
Egna tänder i dåligt skick	349 000	5,9
Dåligt fungerande lösständer	190 000	3,2
Inga tänder eller tandrester	55 000	0,9
Sekundärbortfall	1 000	
Sammanlagt	5 920 000	100,0

Total avsaknad av tänder[1] eller bara tandrester är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor. *Dåligt fungerande lösständer* är något vanligare bland kvinnor än bland män vilket kan hänga samman med att andelen med lösständer är högre bland kvinnorna. *Dåliga egna tänder* är vanligare bland män än bland kvinnor. Bland männen föreligger en ganska kontinuerlig stegring med åldern medan andelen bland kvinnorna är relativt konstant över åldern. Vid summering av indexen för saknar helt tänder, dåligt fungerande lösständer och dåliga egna tänder blir andelen av hela befolkningen med *dåliga tänder* 10 %. Andelen är högre bland män än bland kvinnor. Andelen stiger kontinuerligt med åldern.

En sammanfattande bild av tandtillståndet i den vuxna befolkningen (15–75 år) ges genom att andelen med egna *tänder i gott eller någorlunda gott skick* lämnas. Där finns inga skillnader mellan män och kvinnor.

Även *lokaliseringen i socialgrupp* lämnas det redovisning för. Denna sammanfattas i tabell 3:8. Ingen enda av intervjupersonerna i socialgrupp I uppgav att de saknade tänder eller bara hade tandrester kvar. Vanligast är det i socialgrupp III att man uppgett sig helt sakna tänder och där förekommer det i alla åldrar. Var 20:e man i socialgrupp III i åldern 55–75 år saknar helt tänder. Bland kvinnorna i socialgrupp III förekommer total avsaknad av tänder mest i den äldsta åldersgruppen på landsbygden.

Man har i undersökningen även försökt räkna fram andelen med dåliga lösständer av alla som har lösständer inom varje socialgrupp. Man finner då att inte bara lösständer är fyra gånger så vanligt i socialgrupp III som i socialgrupp I utan också att bland dem som fått lösständer är det dubbelt så vanligt i socialgrupp III med dåligt utprovade lösständer som i socialgrupp I. Den sista skillnaden är dock inte statistiskt säkerställd.

Om uppdelningen i stället görs efter *egna tänder i gott eller någorlunda gott skick* finner man i undersökningen att 90 % i socialgrupp I, ungefär 75 % i socialgrupp II och ungefär 50 % i socialgrupp III har egna tänder i någorlunda skick.

Sker motsvarande uppdelning även efter ortstyp kan kraftiga skillnader mellan ortstyperna påvisas. Ca 80 % av socialgrupp II i städerna mot 60 % av socialgrupp II på landsbygden har egna tänder i gott eller någorlunda gott skick. Av socialgrupp III i storstäderna har ca 60 % egna tänder i

[1] Härmed avser låginkomstutredningen personer som saknar egna tänder och som inte har någon tandprotes.

Tabell 3.8 Procentandelar av sociala grupper med olika typer av tandproblem.

	Inga tänder eller bara tandrester dvs. personer helt utan tandproteser och egna tänder	Dåligt fungerande löständer	Dåliga egna tänder	Summa dåliga tänder
Befolkningen 15–75 år	**0,9**	**3,2**	**5,9**	**10,0**
Socialgrupp I:				
Företagare, företagsledare, fria yrken	0,0	0,7	4,3	5,0
Off. anst. högre tjänstemän	0,0	0,0	0,0	0,0
Hemmafruar	0,0	1,0	1,9	3,0
Universitetsstuderande	0,0	0,0	1,4	1,4
Pensionärer utan förvärvsarbete	0,0	0,0	5,7	5,7
Socialgrupp I, samtliga	**0,0**	**0,4**	**2,4**	**2,8**
Socialgrupp II:				
Bönder och medhj. hustrur	0,5	5,8	5,3	11,7
Småföretagare och medhj. hustrur	0,4	2,4	5,2	8,0
Förmanspersonal	0,0	2,3	3,0	5,3
Tekniker och kontorspersonal	0,0	0,2	2,4	2,6
Off. anst. lägre tjänstemän	0,2	0,0	2,5	2,7
Hemmafruar	0,0	4,6	3,5	8,1
Gymnasiestuderande och motsv.	0,0	0,0	0,0	0,0
Pensionärer utan förvärvsarbete	2,1	5,2	9,1	16,5
Socialgrupp II, samtliga	**0,3**	**2,1**	**3,6**	**6,0**
Socialgrupp III:				
Småbrukare, fiskare, skogsarbet.	2,9	8,4	16,6	28,0
Arbetare i privata sektorn	0,7	2,4	9,3	12,4
Biträdespersonal i priv. sektorn	0,0	2,5	5,9	8,5
Off. anst. arbetare och biträden	0,2	3,1	4,0	7,3
Oanställda	1,3	1,2	16,2	18,6
Invalidiserade	6,4	7,4	25,0	38,8
Hemmafruar	0,3	6,4	5,0	11,8
Övriga studerandekategorier	0,0	0,0	0,4	0,4
Pensionärer utan förvärvsarbete	5,8	9,8	8,3	23,9
Socialgrupp III, samtliga	**1,4**	**4,3**	**7,8**	**13,4**

någorlunda skick mot inte fullt 50 % på landsbygden. I fråga om akuta tandproblem finns inga påtagliga skillnader mellan ortstyperna. De skillnader som finns mellan ortstyperna i fråga om egna tänder i gott skick är till stor del en fråga om andelen löständer dvs. man har låtit sätta in löständer i mycket högre utsträckning på landsbygden än i städerna.

3.2.3 Några synpunkter på låginkomstutredningens undersökning jämförd med Smedbys

En jämförelse mellan levnadsnivåundersökningens resultat och Smedbys siffror försvåras genom en skillnad i frågekonstruktioner och populationer. Smedby söker genom olika analyser klarlägga samband mellan olika faktorer och tandtillstånd medan levnadsnivåundersökningen är helt deskriptiv till sin natur. I fråga om den senare undersökningen bör man även komma ihåg att man där med hjälp av lekmannaintervjuer lät de intervjuade personerna avge värdeomdömen om sitt tandstatus medan Smedby arbetar enbart med rent beskrivande frågor om protesförekomst etc. Bägge undersökningarna är dock av rikskaraktär och torde tillsammans ge en rätt god bild av svenska folkets tandtillstånd.

Låginkomstutredningen skattade protesbärarnas andel i åldrarna 15–75 år till 29,7 % av befolkningen. En omräkning av Smedbys undersökning till motsvarande

åldersgrupp gav siffran 35,9 %. Smedby genomför därvid ett resonemang som går ut på att levnadsnivåundersökningen genom frågekonstruktion och lekmannaintervjuare kommer att underskatta andelen helprotesbärare. Smedby framhåller även att det finns felkällor som kan medföra att hans egen uppskattning är för låg.

Även i fråga om besöksförekomsten är en jämförelse med levnadsnivåundersökningen möjlig i och med att opublicerat material finns tillgängligt. Levnadsnivåundersökningen har meddelat att 55 % av personer i åldern 15–75 år uppgivit tandläkarbesök under det senaste året. En omräkning gav för Smedbys del vid handen att motsvarande siffra blir 45 %. Skillnaden torde till en del kunna förklaras med ökad tandläkartäthet mellan de olika undersökningsåren. Denna ökning kan dock inte ge hela förklaringen. Mer sannolikt är att levnadsnivåundersökningen genom sin enkla frågekonstruktion fått en alltför gynnsam bild av verkligheten.

3.3 *Vissa lokala undersökningar*

3.3.1 Förekomsten av protetiska rekonstruktioner i Malmö

Under 1960 och 1961 genomfördes i Malmö en epidemiologisk undersökning beträffande frekvensen av proteser (Willmar, K. och Östlund, S. 1965: En epidemiologisk undersökning rörande frekvensen av protetiska rekonstruktioner i Malmö. Svensk Tandläkare-Tidskrift 58:479). Avsikten med undersökningen var att inom Malmö stads befolkning söka klarlägga frekvensen av individer med och utan tandprotetiska ersättningar samt ställa detta i relation till vissa sociala förhållanden.

Undersökningen genomfördes via intervjuer av sammanlagt 1 142 personer. Från taxeringslängderna uttogs var 300:e individ. Som intervjuare fungerade studenter från 9:e terminen vid tandläkarhögskolan i Malmö. En av de väsentligaste frågarna var att söka få en uppfattning om hur olika former av protetisk behandling fördelar sig inom det undersökta materialet. Den vanligaste formen av protetisk ersättning visade sig vara någon form av avtagbar plattprotes vilken förelåg i 38,4 % av materialet. Total plattprotes i ena eller båda käkarna befanns föreligga i 30,6 % av totalmaterialet. Frekvensen visade sig stiga vid högre åldrar så att 60,7 % av individerna inom åldersgruppen 60–69 år var helt tandlösa i ena eller båda käkarna.

Protetisk ersättning omfattande enbart kron- eller brokonstruktioner fanns i materialet i 25,9 % av fallen.

Frekvensen bland de svarande som uppgav förekomst av tandluckor i överkäksfronten visade sig vara 12,4 %. Motsvarande siffra för underkäken var 7,1 %. Frekvensen för förlust av hörntänder och kindtänder låg helt naturligt på en högre nivå än för frontregionen. För män erhölls siffran 72,8 % medan för kvinnor siffran blev 70,8 %.

I intervjuformuläret upptogs även frågan om skolutbildning och inkomstens storlek. Vid uppdelning av materialet i två huvudgrupper nämligen personer med enbart folkskoleundervisning och personer som fått högre utbildning befanns bl. a. att total plattprotes i ena eller båda käkarna förekom i 36,9 % av fallen med låg skolunderbyggnad. Motsvarande siffra för dem som fått högre utbildning var 9,1 %. Guldterapi förekom i 21,2 % hos folkskolegruppen medan gruppen med högre utbildning visade en nästan dubbelt så hög frekvens nämligen 41,7 %.

Materialet indelades även i tre inkomstklasser, nämligen mindre än 8 000, mellan 8 000 och 16 000, samt över 16 000 kr i årlig inkomst. Av bearbetningen framkom att i gruppen under 8 000 kr total plattprotes i ena eller båda käkarna förefanns i 40,9 % medan guldterapi enbart förekommer i 14,4 % av totalantalet. Motsvarande siffror för inkomstgruppen 8 000–16 000 kr var 35,4 % för helprotes i ena eller bägge käkarna medan guldterapi förekom i 21,7 % av fallen. Inkomstgruppen över 16 000 hade total plattprotes i ena eller båda käkarna i 20,8 % av fallen medan guldterapi förekom i 36,2 %.

3.3.2 Undersökning avseende Södermanlands, Uppsala och Gävleborgs län

Materialet för denna undersökning utgörs av de personer i de nämnda länen som ingick i den av Smedbys undersökningar som redovisats ovan. Undersökningsresultaten finns redovisade i två uppsatser (Wictorin, L. och Henrikson, C. 1969, 1970: En epidemiologisk och socialodontologisk undersökning i Södermanlands, Uppsala och Gävleborgs län. Sveriges Tandläkarförbunds Tidning 61: 521 och 62: 373). Inom de tre länen var 97 personer utvalda från Smedbys intervjuundersökning. Syftet med undersökningen var att i de tre länen utföra tandundersökning, omfattande klinisk och röntgenologisk registrering av kvarvarande tänder, utförda rotbehandlingar, behandlad och obehandlad karies, förekomst av tandsten, parodontopatier och protetiska ersättningar samt dessa variablers korrelation till sociala faktorer.

Undersökningarna utfördes 1965 och kom därför att omfatta personer i åldern 18–68 år. Bortfallet medförde att av de ursprungliga 97 personerna som utvalts i de tre länen 66 personer kom att medverka i denna undersökning. De flesta av de i studien medverkande personerna kunde undersökas av sin egen tandläkare medan vissa personer (13 st) fick undersökas i hemmet.

Resultaten visade beträffande kvarvarande tänder att åldersgruppen 10–27 år hade 30,1 tänder kvar (av 32) per individ medan antalet i den äldsta gruppen 55–68 år var 8,6 tänder. 23 % av de undersökta saknade egna tänder. Av de kvarvarande tänderna var 62 % karierade och/eller fyllda och 10 % rotbehandlade. Totalt förekom avtagbar protes (del- eller helprotes) hos 38 % av de undersökta personerna. 23 % var helt tandlösa och hade helprotetiska ersättningar.

Vid analys av de socialodontologiska sambanden visade det sig att personer i socialgrupp III samt personer boende på landsbygden uppvisade sämre tandstatus och större antal helprotesbärare. Av de undersökta visade det sig att 31 % besökte tandläkaren varje år.

De olika tandläkarna, som utförde undersökningen av patienterna, genomförde en skattning av terapibehovet för varje undersökt person i materialet. Författarna gjorde sedan en simultan justering av terapiförslagen. Sex typer av terapi registrerades.

I hela materialet var 74 % av individerna i behov av konserverande fyllningsterapi. I de yngsta åldersgrupperna var alla individer i behov av konserverande vård. Genomsnittliga antalet fyllningar som behövdes minskade från 7,4 i den yngsta åldersgruppen (20 år) till 0,9 i den äldsta (68 år). Behovet av konserverande fyllningar beräknat i procent av antalet kvarvarande tänder var dock relativt konstant i de olika åldersgrupperna.

Av samtliga individer var 30 % i behov av någon form av rotbehandling. Detta vårdbehov avtog med åldern. Behovet av rotbehandling var större hos personer som sällan besöker tandläkaren.

Hos 30 % av samtliga individer förelåg behov av tanduttagning. Beräknades behovet med hänsyn till antalet kvarvarande tänder fann man att 3 % av dessa behövde tas ut.

När det gäller behov av behandling för tandlossningssjukdomen visade det sig att 46 % av samtliga personer var i behov av sådan vård. Vårdbehovet var störst i åldersgruppen 28–37 år (78 %).

Av samtliga personer var 42 % i behov av kron- eller broterapi. Behovet av kronterapi var större hos individer med mer än 10 kvarvarande tänder och hos individer som nyligen eller ofta besökt tandläkare. Beträffande behovet av kron- och broterapi erfordrades i medeltal 2,7 kronor eller broled per individ.

För samtliga personer i materialet behövde 32 % någon form av behandling med avtagbar protes. 18 % av samtliga individer var i behov av helprotesterapi i en eller båda käkarna; 13 % behövde helprotes i både över- och underkäke. Behov av delproteser fanns hos 14 % av de undersökta. Behovet av behandling med avtagbar protes ökade kraftigt med stigande ålder. Individer i socialgrupp III och då speciellt de som bor på landsbygden uppvisade det största behovet av avtagbar protes.

3.3.3 Tandhälsotillståndet hos anställda vid en svensk industri

Under tiden november 1964 – april 1966 utfördes en tandhälsoundersökning på anställda vid Kockums Mekaniska Verkstads AB i Malmö. (Björn, H. 1971: Tandhälsotillståndet hos manliga anställda vid en svensk industri. Tandläkartidningen 63:4.) För tjänstemännen kunde tandhälsotillståndet fastställas för sammanlagt 1 219 personer eller 85,2 % av den totala populationen av manliga tjänstemän.

Arbetarna utgjorde ca 3 400 personer. Av dessa uttogs 746 personer och tandhälsotillståndet kunde fastställas för 87,4 % av dessa. Varje deltagares bett blev röntgat och färgfotograferat samtidigt som kariesundersökningen utfördes på en del. Deltagarnas utbildningsnivå och ekonomiska status registrerades även.

Det förelåg inte några tandlösa bland tjänstemän med "hög" utbildning i åldrarna upp till 64 år, medan det fanns 4 % resp. 8,8 % bland tjänstemän med "median" resp. "låg" utbildning. Bland arbetarna var 11,6 % tandlösa.

Skillnaden beträffande saknade, fyllda, kariösa och intakta tänder mellan tjänstemän och arbetare i olika åldersgrupper framgår av fig. 3:1 och 3:2. Säkerställda skillnader i proportion saknade tänder förelåg mellan tjänstemän med "låg", "median" och "hög" utbildning, mellan dessa grupper och arbetargrupperna samt mellan grov- och yrkesarbetare inbördes.

Beträffande frekvenserna av felfria tänder beräknade på antalet kvarvarande tänder förelåg – utom i de yngsta åldersklasserna – en skillnad mellan arbetare och tjänstemän såtillvida att arbetarna regelbundet uppvisade högre frekvens av felfria tänder. Detta måste ses mot bakgrunden av en högre procent förlorade tänder bland arbetarna.

Frekvensen av "fyllda tänder" (beräknad i relation till det fulla 32-tandsbettet) var för tjänstemännen 43,5 % och för arbetarna 27,9 %. Beräknad på kvarvarande tänder var frekvensen av fyllda tänder hos tjänstemännen 63,0 % och hos arbetare 51,4 %.

Förekomsten av fyllningar och kronor som de avtecknade sig på röntgenbilderna visade sig vara 46 % hos tjänstemän och 42 % hos arbetare uttryckt i procent av kvarvarande tänder. Broar visade sig ha en låg frekvens i båda materialen. Hos tjänstemännen tjänade 3 % av kvarvarande tänder som brostöd medan hängande led var ungefär hälften så frekventa. Hos arbetare var motsvarande siffror 1,5 % resp. 1 %.

Hos tjänstemännen var 11,5 % och hos arbetare 8,5 % av kvarvarande tänder rotbehandlade.

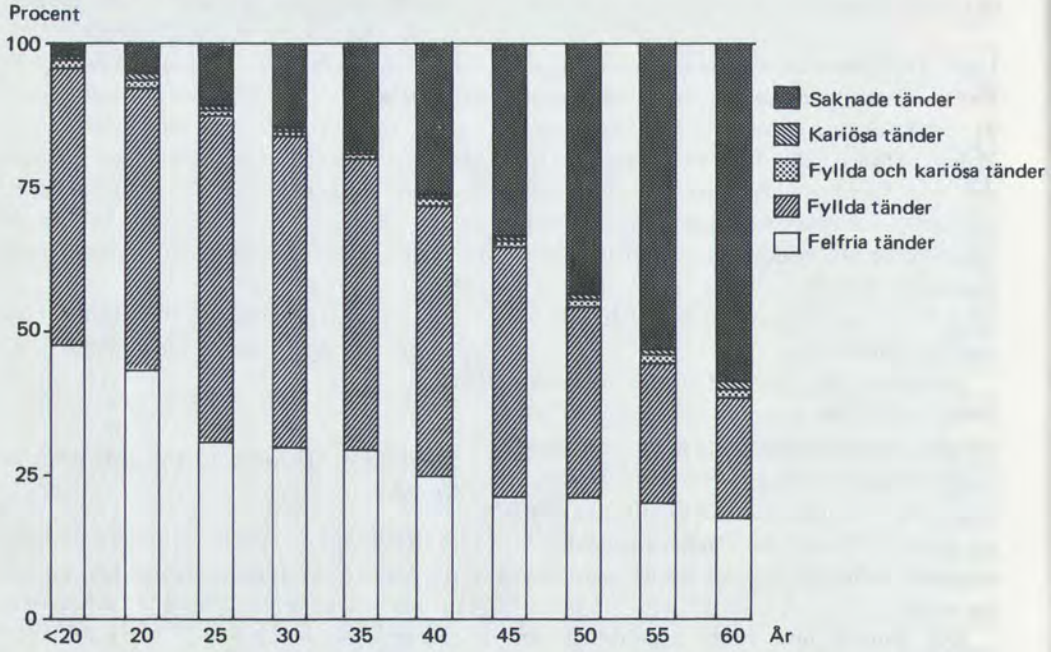
3.3.4 Tandstatus hos befolkningen i Hofors – Torsåker

I samband med en allmän hälsoundersökning i Hofors–Torsåker i Gävleborgs län har en delstudie rörande tandtillstånd redovisats. (Sjöberg, C & Ståhle, G 1972: Tandstatus hos befolkningsgenomsnitt i Hofors–Torsåker. Tandläkartidningen 64:38). Undersökningen genomfördes under 1965. Materialet omfattade 418 män och 400 kvinnor i åldern 25 år och äldre. Röntgenundersökning genomfördes på de utvalda individerna.

Drygt 40 % av de undersökta personerna var helt tandlösa i minst en käke. 27 % var helt tandlösa i båda käkarna, 13 % helt tandlösa enbart i överkäken och 0,9 % helt tandlösa enbart i underkäken. Kvinnorna hade en större total tandlöshet i båda käkarna än män utom i åldersgruppen 25–34 år.

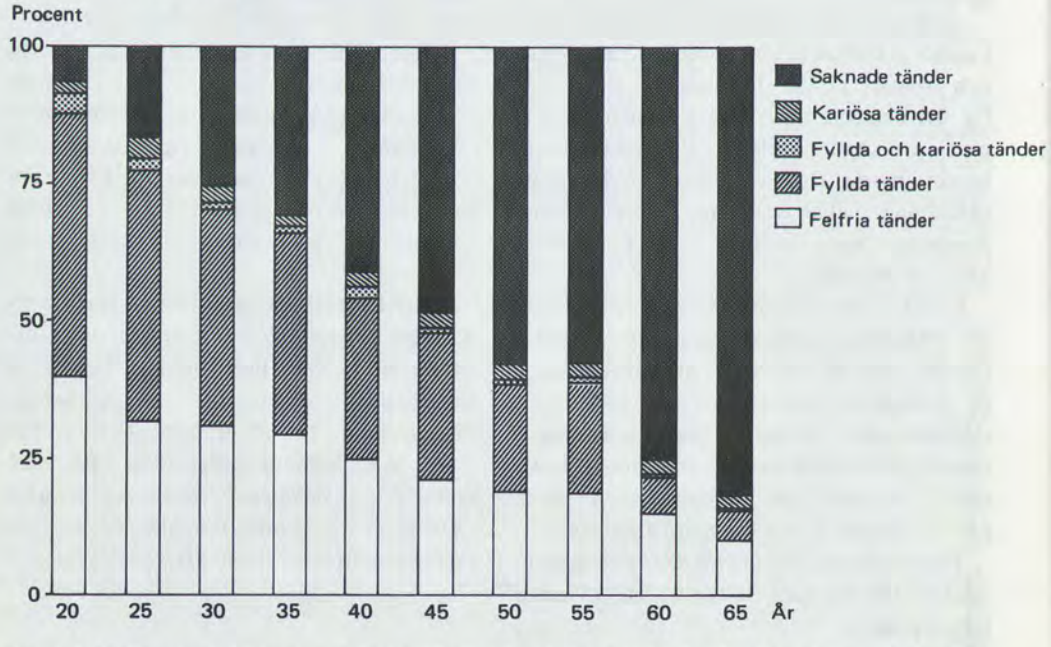
Av det maximala antal tänder, som de undersökta personerna skulle kunnat ha, fanns endast 46 % kvar. Befolkningen över 65 år hade endast 9 % tänder kvar, medan befolkningsgruppen 25–34 år hade 74 % av tänderna kvar. Kvinnor under 45 år hade i medeltal 20,3 kvarvarande tänder och kvinnor över 45 år 7,7 tänder. För männen var motsvarande siffror 21,0 och 10,8 %.

Diagram avseende tjänstemän



Figur 3:1 Frekvensen av intakta, fyllda, kariösa och saknade tänder beräknad i relation till det fulla 32-tandsbettet inom olika åldersklasser hos tjänstemän

Diagram avseende arbetare



Figur 3:2 Frekvensen av intakta, fyllda, kariösa och saknade tänder beräknad i relation till det fulla 32-tandsbettet inom olika åldersklasser hos arbetare

4 Tandvårdsresurser

4.1 *Resurstillväxt*

4.1.1 Tandläkarkårens utveckling

Tandläkarkårens utveckling totalt i femårsperioder framgår av tabell 4.1.

Tabell 4.1 Tandläkarkåren 1930–1971 inklusive i Sverige verksamma utländska tandläkare.

År	Totalt	Aktiva	Inv./totalantal tandläkare
1930	1 300	1 180	4 725
1935	2 050	1 910	3 049
1940	2 350	2 170	2 711
1945	2 810	2 675	2 375
1950	3 550	3 385	1 984
1955	4 490	4 495	1 624
1960	5 298	5 042	1 415
1965	6 465	6 065	1 202
1970	7 458	6 754	1 075
1971	7 567	6 673	1 073

Sverige hör till de länder vars tandläkarantal i förhållande till folkmängd ligger högst med f. n. en tandläkare på 1 073 invånare eller en aktiv tandläkare på 1 182 invånare.

Den förhållandevis låga ökningen av antalet tandläkare 1971 beror på en förskjutning i examinationen. En av förklaringarna till denna förskjutning är arbetskonflikten våren 1971, vilken även berörde de odontologiska fakulteterna. Vidare bör observeras att icke yrkesverksamma tandläkare 1971 anmält detta i större utsträckning än tidigare. Det är förklaringen till att antalet aktiva tandläkare redovisningsmässigt t. o. m. minskat från 1970 till 1971.

Ökningen av antalet yrkesverksamma tandläkare i genomsnitt per år i femårsperioder framgår av tabell 4.2.

Tabell 4.2 Ökning av antal tandläkare i genomsnitt per år i femårsperioder fram till 1970.

Tidsperiod	Totalt i genomsnitt per år
1931–1935	146
1936–1940	52
1941–1945	101
1946–1950	142
1951–1955	222
1956–1960	109
1961–1965	205
1966–1970	138

Under den senaste femårsperioden (1966–1970) har antalet tandläkare årligen ökat med ungefär 140. Nettoökningen har inte varit så stor som man kunde ha väntat sig p. g. a. att examinationen i Umeå kommit i gång, att 130 svenskar helt eller delvis erhållit sin utbildning utrikes och att invandringen av utländska tandläkare fortsatt.

Förklaringen till den låga nettoökningen är dels att ålderssammansättningen inom tandläkarkåren varit sådan att ett förhållandevis stort antal tandläkare under senare delen av 1960-talet lämnat sin yrkesverksam-

Tabell 4.3 Tandläkarkårens numerär och fördelning på olika verksamhetsformer (inkl. utländska tandläkare med tidsbegränsat förordnande).

År	Totalt antal tandläkare[a]	Ej yrkesverksamma tandläkare o. svenska tandläkare i utlandet	Totala antalet yrkesverksamma tandläkare	Därav inom folktandvården		Därav privatpraktiserande		Därav Övriga[c]	
				Antal	%	Antal	%	Antal	%
1960	5 298	256[b]	5 042	1 648	33	2 900	57	494	10
1965	6 465	398[b]	6 067	1 854	30	3 700	60	513	10
1970	7 458	704[b]	6 754	2 548	38	3 750	55	456	7
1971	7 567	894	6 673[d]	2 670	40	3 543	53	450	7

[a] Ökningen av antalet tandläkare/år påverkas av att legitimationen kan ha utfärdats på än den ena än den andra sidan av årsskiftet

[b] Osäkra siffror

[c] Siffrorna i vilka ingår bl. a. akademiska lärare, försvarstandläkare och tandläkare som lämnat ofullständiga uppgifter har erhållits genom subtraktion av tjänstetandläkare och privattandläkare från det totala antalet yrkesverksamma tandläkare

[d] Denna siffra kommenteras separat i texten

het, dels att ca 200 före 1965 inflyttade utländska tandläkare under perioden återvänt till sina hemländer, främst till Västtyskland.

Fördelningen av tandläkare på folktandvård, privat praktik och övrig verksamhet framgår av tabell 4.3. Uppgifterna, vilka ställdes samman av dåvarande medicinalstyrelsen, har senare kompletterats av socialstyrelsen.

4.1.2 Tandläkarutbildning

Genom riksdagsbeslut år 1897 tillkom ett tandläkarinstitut i Stockholm, vilket under de första årtiondena utexaminerade ca 30 tandläkare årligen. Efter ökning av intagningen till institutet växte antalet tandläkare relativt snabbt. I början av 1930-talet fick dessutom ett antal svenskar sin utbildning i utlandet. En andra odontologisk läroanstalt, i Malmö, startades 1948.

Efterfrågan på tandläkare till såväl folktandvård som privatpraktik ökade alltmer. Tack vare inflyttning av 460 utländska tandläkare under främst första hälften av 1950-talet kunde folktandvårdens utbyggnad fortsätta. Men efterfrågan på tandvård motiverade förstärkningar av utbildningsresurserna. En odontologisk undervisningsklinik inrättades i Umeå. Från början ägde endast del av utbildningen rum i Umeå men sedan läsåret 1965–1966 har hela utbildningen varit förlagd dit.

Sedermera har samtliga dessa läroanstalter omändrats till odontologiska fakulteter.

Utbildningstiden är fem år.

Genom beslut av 1964 års riksdag förlades tandläkarutbildning även till Göteborg. Utbildningen där startade 1967 med årlig intagning av 100 studerande, vilken senare utökats till 120 nybörjare. Den sammanlagda årliga intagningskapaciteten vid de odontologiska fakulteterna är f. n. 380 nybörjare, se följande uppställning.

Fakulteter	Antal platser
Stockholm	100
Malmö	100
Umeå	60
Göteborg	120
Summa	380

Enligt riksdagsbeslut 1970 är en ny odontologisk utbildningsinstitution under uppförande i Huddinge med resurser att årligen ta emot 120 nya studerande. Då den nuvarande fakulteten i Stockholm tills vidare avses fortsätta utbildning av tandläkare, beräknas därvid den sammanlagda årliga intagningskapaciteten från och med hösten 1973 uppgå till 500 studerande.

En kommitté för ökad intagning vid de

odontologiska fakulteterna m. m. (KIOF) tillsattes år 1970. Kommitténs uppdrag har varit att bl. a. utreda de tekniska förutsättningarna för ökad intagning i första hand vid fakulteterna i Malmö och Umeå. Dessutom har man utrett förutsättningarna för en ändrad organisation av undervisningen i Malmö och vid den nuvarande fakulteten i Stockholm i syfte att skapa s. k. tandsjukvårdscentraler. Kommittén har framlagt vissa förslag hösten 1972.

Tandläkarutbildning i utlandet

Alltsedan 1920-talet har ett avsevärt antal svenska studenter genomgått utbildning i utlandet främst i Tyskland. Antalet svenska tandläkare med utländsk tandläkarexamen utgjorde under 1930-talet ca 185. Från år 1933 till mitten av 1950-talet fanns dock inte möjligheter till studier i Tyskland. Under åren 1962–67 träffades överenskommelse med tyska myndigheter om antagning av svenska studenter för tandläkarstudier i förbundsrepubliken. Omkring 200 svenska studenter fick på så sätt möjlighet att studera i Västtyskland. Av dessa har ca 130 fullföljt sina studier där eller fullgjort den senare delen av utbildningen i Sverige.

Speciella kompletteringskurser har anordnats i Sverige för dem som under 1950-talet eller senare avlagt fullständig utländsk tandläkarexamen. Efter genomgångna kurser och viss tjänstgöring i folktandvården har legitimation utfärdats.

4.1.3 Tandläkarkåren 1971

Aktiva tandläkare med svensk legitimation fördelade efter ålder och kön vid utgången av år 1971 framgår av tabell 4.4. Åldersfördelningen av tjänstetandläkare och privatpraktiserande tandläkare framgår av fig. 4.1.

Tabellen bygger på uppgifter från årlig anmälan 1971 för legitimerade tandläkare. Denna anmälan görs till socialstyrelsens tandläkarregister och innehåller uppgifter om vårdområden, inklusive privatpraktik. 1971 uppgav 648 tandläkare att de inte var yrkesverksamma. Detta innebär att 8,7 % av tandläkarna antingen var pensionerade eller av annan anledning ej var sysselsatta inom tandvården.

Enligt socialstyrelsens beräkningar med ledning av årlig anmälan uppgick antalet arbetstimmar 1971 för privatpraktiserande tandläkare till 5 162 000, för tjänstetandläkare till 3 757 000 och för övriga tandläkare till 285 000.

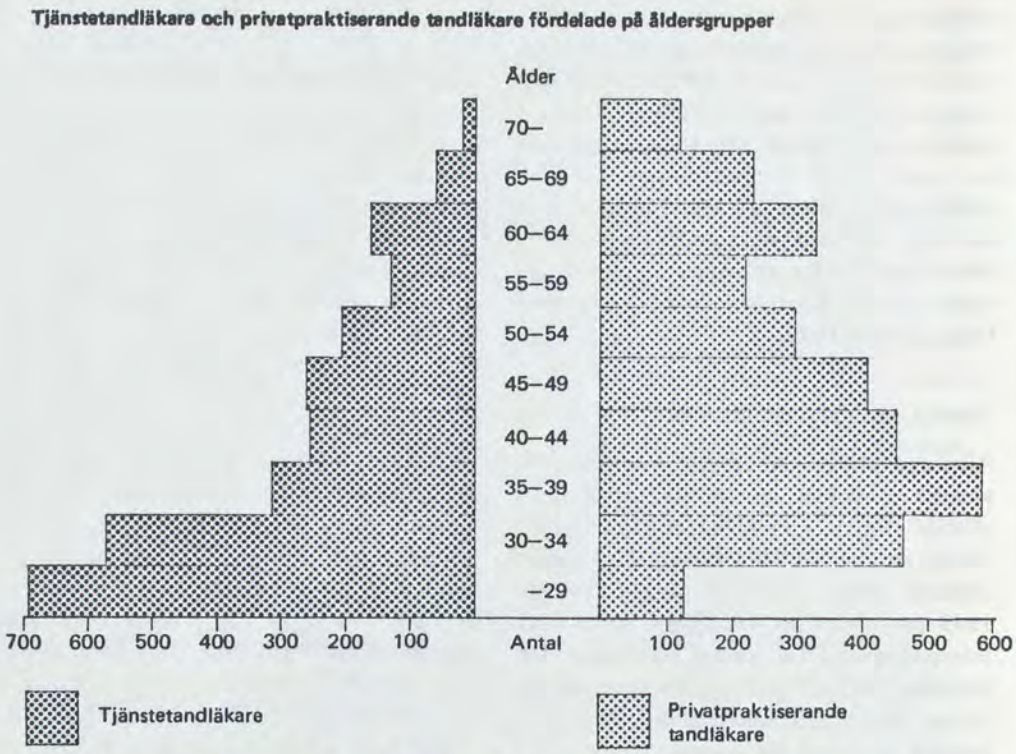
Den analys och de bedömningar som har skett beträffande årlig anmälan 1971 har inte utförts i motsvarande utsträckning för tidigare år. Siffrorna från tidigare år är därför inte helt jämförbara med dem från 1971.

4.1.4 Vakanserna i folktandvården

Socialstyrelsen följer genom kontinuerlig statistik bl. a. antalet vakanta tjänster inom

Tabell 4.4 Yrkesverksamma tandläkare med svensk legitimation fördelade efter ålder och kön vid utgången av år 1971.

Åldersgrupp	Absoluta tal			Procent		
	Män	Kvinnor	Summa	Män	Kvinnor	Summa
–34	1 384	745	2 129	28,8	42,2	32,4
35–39	788	211	999	16,4	12,0	15,2
40–44	583	185	768	12,1	10,5	11,7
45–49	562	178	740	11,7	10,1	11,3
50–54	390	167	557	8,1	9,5	8,5
50–59	271	101	372	5,6	5,7	5,7
60–64	425	124	549	8,8	7,0	8,4
65–69	278	40	318	5,8	2,3	4,8
70–	122	13	135	2,5	0,7	2,1
Summa	4 803	1 764	6 567	100	100	100



Figur 4.1 Tandläkare inom folktandvården (exkl. utländska tandläkare) och privatpraktiserande tandläkare fördelade på åldersgrupper. Fördelningen avser år 1971.

folktandvården. Undersökningen företas omkring den 1 april och 1 oktober varje år. I sin nuvarande utformning finns vakansstatistik att tillgå från 1968. Vakansstatistiken redovisas per huvudmannaområde. En sammanfattning avseende förhållandena den 1.4.1972 finns beträffande riket som helhet intagna i tabell 4.5. Vakansantalet beträffande inrättade heltidstjänster var 1968 335 tjänster. Motsvarande siffra den 1.4.1972 var 159 tjänster.

Med inrättad heltids- resp. deltidstjänst avses tjänster i enlighet med gällande tandvårdsplan, dock ej tjänster vid polikliniker som vid rapporteringstillfället ännu ej tagits i bruk. Med uppehållen tjänst avses tjänst som är helt eller delvis besatt med en eller flera tandläkare oavsett legitimation och oavsett om tjänsten är besatt med fast innehavare eller ej.

Många vakanser beror givetvis på att det tar en viss tid att tillsätta en tjänst. De flesta befattningshavare har t. ex. tre månaders uppsägningstid på sin tjänst. För att söka utröna i vilken utsträckning som det uppgivna antalet vakanser innehöll sådana "tekniska vakanser" gjorde socialstyrelsen i februari 1972 en specialenkät till landets tandvårdschefer. Resultatet från denna undersökning finns sammanfattat i tabell 4.6. Siffrorna från den officiella statistiken hösten 1971 och våren 1972 finns även medtagna.

Beträffande de 50 vakanta, ej annonserade tjänsterna gavs följande förklaringar, nämligen bristande lokaler i 23 fall, ekonomiska skäl för 21 tjänster och tidsskäl, indragning m. m. för 6 tjänster.

Den detaljerade genomgången av vakanssituationen den 15.2.1972 kan sammanfattas på följande sätt varvid jämförelse sker med förhållanden den 1.10.1971. Antalet tjänster hade ökat med 57, varav 15 i AB län och 10

Tabell 4.5 Tandläkarsituationen 1.4.1972.

	Antal	Därav uppehållna	Delvis uppehållna	(omräknat i heltid)	Ej uppehållna	
					med behov av vikarie	utan behov av vikarie
Inrättade heltidstjänster	2 815	2 374	222	(130)	159	60
Inrättade deltidstjänster	119	109	.	(54)	10	–

Tabell 4.6 Tandläkarsituationen inom folktandvården.

	1.10.1971	*15.2.1972*	*1.4.1972*
Heltid			
Antal inrättade tjänster	2 744	2 801	2 815
Därav helt uppehållna	2 278	2 394	2 374
Därav delvis uppehållna	219	177	222
Ej uppehållna med behov av vikarie	227	176	159
Ej uppehållna utan behov av vikarie	20	51	60
Antal heltidstjänster med fast innehavare	.	2 387	.
Deltid			
Antal inrättade tjänster	96	107	119
Därav uppehållna	87	99	109
Därav ej uppehållna med behov av vikarie	8	9	10
Därav ej uppehållna utan behov av vikarie	1	1	.
Antal deltidstjänster med fast innehavare	.	79	.
Antal utlysta tjänster utan sökande	.	44	.
Antal annonserade tjänster, tid ej utgått 15.2.1972	.	68	.
Antal annonserade tjänster, tid utgått sökande finns	.	30	.
Antal tillsatta, ej tillträdda tjänster	.	59	.
Vakanta tjänster, ej annonserade	.	50	.

i O län. Antalet utlysta tjänster utan sökande var 44, varav 18 inom specialtandvård. Av olika skäl hade 50 tjänster ej kunnat annonseras. För 157 tjänster pågick tillsättningsförfarande. Antalet reella vakanser, dvs. tjänster vilka utannonserats men till vilka sökande ej anmält sig, var således 44.

Beträffande de 157 tjänster där tillsättning pågår beräknades 53 tandläkare komma att rekryteras från folktandvården och 51 från annat håll (privatpraktiserande, nyexaminerade eller studerande). För resterande antal saknas kommentarer i svarsmaterialet.

4.1.5 In- och utvandring m. m.

Under slutet av 1960-talet kom många utländska tandläkare till Sverige från Östeuropa. Enligt socialstyrelsens register fanns i oktober 1971 122 utländska tandläkare utan svensk legitimation verksamma i landet. Denna siffra hade sjunkit till 66 tandläkare i februari 1972. Under den tiden hade 22 utländska tandläkare fått svensk legitimation. Detta tyder på att någon immigration inte förekommer f. n. Många utländska tandläkare återvänder i stället till sitt hemland eller avflyttar till annat land.

Enligt uppgift från Sveriges tandläkarförbund flyttade ca 70 tandläkare utomlands under 1970 och 1971. Det visade sig vid närmare analys, att av dessa 70 tandläkare 30 ursprungligen var utländska tandläkare som flyttat till Sverige, 2 var svenskar som utbildats i Västtyskland och resten var svenskar med svensk utbildning.

De årskullar som utexaminerades under tiden januari 1970–april 1972 har fördelat

sig beträffande verksamhetsområde enligt nedanstående. Uppgifterna baserar sig på vad tandläkarna uppgett i samband med legitimationsansökan.

Utex.	Totalt	TT*	PT*	Övriga
1.1.1970–30.4.1972	561	454	41	66

* TT = tjänstetandläkare
PT = privattandläkare

Sveriges Tandläkarförbund har ställt samman uppgifter om byte av verksamhetsform bland förbundets medlemmar 1971. Av följande tablå framgår helt byte av verksamhetsform.

	Födelseår			Totalt
	20–29	30–39	40–49	
PT till TT	5	14	10	29
TT till PT	2	9	24	35

Dessutom hade 8 tandläkare börjat som lärare vid odontologisk fakultet och 13 slutat i sådan verksamhet. Fyra privatpraktiker men ingen tjänstetandläkare hade utökat sin tjänstgöring, dvs. de hade från början haft en verksamhet men tagit upp en verksamhet till.

Av tandläkare som haft två verksamheter hade 11 släppt sina tjänster och blivit enbart privatpraktiker och 10 gått över till enbart tjänst i folktandvården. Vidare slutade 4 privatpraktiker som försvarstandläkare. Sammanlagt hade således 114 tandläkare bytt verksamhetsform.

4.2 *Författningsbestämmelser och organisation*

4.2.1 Författningsbestämmelser m. m. gemensamma för samtliga tandläkare

Tandläkarlegitimation

Behörig att utöva tandläkaryrket är (enligt lagen 1963: 251) den som legitimerats som tandläkare. Legitimation meddelas av socialstyrelsen. Den som inom riket avlagt tandläkarexamen erhåller direkt efter ansökan legitimation som tandläkare. För den som avlagt tandläkarexamen utomlands gäller att han skall ha genomgått den efterutbildning som socialstyrelsens nämnd för utländska tandläkare föreskriver. Tandläkare som avlagt sin examen i Danmark, Finland och Norge behöver endast en kurs i författningskunskap för att erhålla svensk legitimation. Sverige har nämligen sedan 1967 en överenskommelse med de nämnda länderna om gemensam arbetsmarknad för tandläkare.

Tandläkare utan svensk legitimation som erhållit förordnande att uppehålla statlig eller kommunal tandläkartjänst erhåller tidsbegränsad behörighet att utöva tandläkaryrket inom folktandvården. Dessa tidsbegränsade förordnanden förekom tidigare ofta inom folktandvården på vakanta tandläkartjänster.

Tandläkare med utländsk examen, vilken under minst 2 år med goda vitsord uppehållit tandläkartjänst inom folktandvården och som genomgått speciell efterutbildning kan numera erhålla legitimation.

Legitimationen kan återkallas om tandläkare dömts till fängelse för brott som han förövat under utövning av tandläkaryrket eller dömts till fängelse i minst 6 månader för annat brott. Tandläkare som ådagalagt grov oskicklighet vid utövningen av tandläkaryrket eller eljest visat sig uppenbart olämplig som tandläkare kan få legitimationen återkallad. Detta gäller även i de fall då tandläkare på grund av psykisk sjukdom eller annan förändring av själsverksamheten blir ur stånd att utöva tandläkaryrket.

Ärenden beträffande deslegitimation av tandläkare handläggs av medicinalväsendets ansvarsnämnd. Till denna nämnd kan också patienter vända sig med klagomål beträffande utförd tandläkarbehandling.

Ansvarsnämnden kan antingen avskriva ärendet eller tilldela tandläkaren erinran, varning eller överlämna ärendet till allmänt åtal.

Klagomål från patienter över utförd tandvård kan också anföras hos de förtroendenämnder som Sveriges Tandläkarförbund

byggt upp inom sina lokalföreningar. Förbundet har även en central förtroendenämnd inom vilken det sedan några år finns en lekmannarepresentation. Förtroendenämnderna behandlar klagomål såväl beträffande den utförda vården som därför betingade arvoden. Ansvarsnämnden behandlar däremot ej frågor som rör tandläkararvoden.

Allmän tandläkarinstruktion

Samtliga tandläkare är i sin yrkesutövning underställda socialstyrelsen. Den som är behörig att utöva tandläkaryrket har således att följa de författningar och föreskrifter som meddelas av socialstyrelsen. Socialstyrelsen har även inspektionsrätt beträffande samtliga tandläkare samtidigt som man har rätt att infordra förklaringar och utlåtanden beträffande ärenden som berör en tandläkares yrkesutövning.

Enligt den allmänna tandläkarinstruktionen skall varje tandläkare lämna sin patient de råd och – så långt det är möjligt – den behandling som patientens tillstånd fordrar. Den utförda behandlingen och de lämnade råden skall stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär i stort att lämnade förslag till behandling och utförd vård skall överensstämma med aktuell undervisning vid de odontologiska fakulteterna. Om en tandläkare av olika skäl ej anser sig kunna utföra en behandling bör han medverka till att patienten får sin tandvård utförd hos någon annan tandläkare.

Tandläkare skall vidare föra journal över varje patient. Journalen skall innehålla uppgift på patientens fullständiga namn, födelsedatum och adress. Vidare skall där finnas anteckning om datum för utförd behandling samt behandlingens art och omfattning. Patientjournalen skall förvaras under minst 10 år räknat från det datum när sista anteckningen gjorts. Till journalhandlingarna räknas även röntgenbilder. Modeller av käkarna som tagits i samband med större bettrekonstruktionsfall skall förvaras under 3 år.

Som ett komplement till den allmänna tandläkarinstruktionen har Svenska Tandläkarsällskapet och Sveriges tandläkarförbund utarbetat etiska regler för sina medlemmar. Enligt dessa regler bör tandläkaren tillämpa en ur indikationssynpunkt riktig behandling och om han inte själv kan behandla en patient medverka till att patienten kommer under behandling hos någon annan tandläkare. Det framhålls vidare att en tandläkare bör innan behandling inletts underrätta patienten om de ungefärliga kostnaderna som behandlingen beräknas kosta. De etiska reglerna förbjuder vidare de kåranslutna tandläkarna att tillämpa en reklammässig annonsering. Tillkännagivande av mottagning måste alltid åtföljas av tandläkarens namn, dvs. ett kliniknamn räcker inte.

Specialistbehörighet

En tandläkare får inte tillkännage för allmänheten att han är specialist inom en viss gren av tandläkaryrket utan att socialstyrelsens nämnd för tandläkares specialistbehörighet meddelat honom bevis om specialistkompetens. Erkända specialiteter inom tandläkaryrket är f. n. ämnesområdena

1. barntandvård
2. tandreglering
3. tandlossningssjukdomar
4. tandsystemets kirurgiska sjukdomar
5. rotbehandling.

För var och en av dessa specialiteter finns i en kungörelse (1963: 663) angivna särskilda krav på utbildning och tjänstgöring. Utbildningen är uppdelad på grundutbildning och randutbildning. Utbildningstiden enligt bestämmelserna är ca 4 år för varje specialitet och skall ha föregåtts av minst 2 års tjänstgöring i allmäntandvård.

Specialistutbildningen överses f. n. av en utredning som tillsatts gemensamt av socialstyrelsen och UKÄ. Denna utredning skall även ta ställning till såväl antalet specialiteter som specialister inom resp. specialitet.

De flesta tandläkarna med specialistkompetens tjänstgör inom folktandvården. Specialisttandläkarnas fördelning på specialitet

Specialisternas verksamhet årsskiftet 1971/72.

	Antal	Uteslut. verksam inom folktandv.	Delvis folktandv.	Uteslut. privatpraktik	Delvis privatpraktik	Övriga fakulteter m. m.
Barntandvård	62	43	4	7	4	6
Tandreglering	150	101	17	18	15	9
Tandlossningssjukdomar	36	7	11	9	8	5
Tandsystemets kirurgiska sjukdomar	71	28	18	14	15	5
Rotbehandling	14	1	5	2	5	3

och tjänstgöringsområde framgår av ovanstående sammanställning.

Övriga bestämmelser

Tandläkare har rätt att för patient förskriva receptbelagda läkemedel för användning lokalt på eller i tänderna eller på angränsande vävnader eller munslemhinnan. Han äger vidare rätt att förordna vissa andra läkemedel i den mån de erfordras för behandling av sjukdomar i tänderna, angränsande vävnader eller munslemhinnan.

Tandläkare äger för sin praktik beställa receptbelagda läkemedel. Beträffande vissa smärtstillande medel gäller dock vissa inskränkningar.

I fråga om övriga gemensamma bestämmelser kan nämnas att tandläkare har rätt att utfärda intyg som berättigar till att utfå sjukpenning enligt lagen om allmän försäkring.

4.2.2 Författningsbestämmelser som avser privatpraktiserande tandläkare

För privatpraktiserande tandläkare finns vissa särskilda bestämmelser. Enligt bokföringslagen är tandläkare skyldig att föra dagbok över praktikens inkomster och utgifter. Han är vidare skyldig att föra en numrerad liggare över de patienter som besöker praktiken. Patientnumret skall återfinnas på journalblanketten.

Enligt allmänna tandläkarinstruktionen är varje tandläkare skyldig att lämna kvitto på ersättning för tandläkarvård. Beträffande sådan tandvård för vilken viss ersättning utgår från den allmänna försäkringen skall tandläkaren noga följa de bestämmelser om kvittots utformning m. m. som riksförsäkringsverket fastställt. Kravet på att utfärda kvitto till patient gäller såväl tandläkare inom folktandvården som privatpraktiserande tandläkare.

4.2.3 Författningar som reglerar folktandvården

Bestämmelser beträffande folktandvården finns intagna i kungörelsen (1961: 278) angående statsbidrag till folktandvård. Anordnandet av folktandvård är ett frivilligt åtagande för sjukvårdshuvudmännen för vilket statsbidrag kan utgå. Enligt nämnda kungörelse skall landstingskommun vara indelad i tandvårdsdistrikt. Inom varje sådant distrikt skall finnas minst en distriktstandpoliklinik. Annexpolikliniker eller polikliniker för ambulatorisk tandvård kan även få inrättas liksom tandpoliklinik vid sjukvårdsanstalt. I anslutning till ett av huvudmannens lasarett skall finnas centraltandpoliklinik avsedd för mer komplicerade fall. Polikliniker för tandreglering eller annan odontologisk specialvård får också inrättas enligt statsbidragskungörelsen. Socialstyrelsen skall fastställa en folktandvårdsplan för varje huvudman som önskar bedriva folktandvård. Av planen skall framgå tandvårdsdistriktens omfattning, poliklinikernas antal och organisation samt antalet tandläkartjänster.

Statsbidraget utgår f. n. dels som ett utrustningsbidrag med 3 000 kr för varje

tandpoliklinik som inrättas och, om mer än en tandläkare skall vara anställd där, med 1 300 kr för varje ytterligare sådan tandläkare, dels som ett årligt driftbidrag med 16 kr för varje barn upp t. o. m. 16 års ålder som erhållit systematisk behandling. Detta belopp har varit oförändrat sedan 1950. För kommuner som ej tillhör landstingskommun är driftsbidraget 8 kr. Med systematisk behandling förstås därvid att barnen kallas, i regel en gång årligen, för fullständig tandbehandling.

Inom varje tandvårdsdistrikt skall, såvida inte socialstyrelsen medger annat, minst 55 % av arbetstiden ägnas åt den organiserade barntandvården. Under tid utanför den organiserade barntandvården skall patienter med akuta tandbesvär och patienter som är berättigade till s. k. mödratandvård behandlas med förtur. Om vårdresurserna inte är tillräckliga inom ett visst tandvårdsdistrikt kan socialstyrelsen medge att förturen för mödratandvårdspatienter inte behöver gälla. För övriga vuxna patienter som önskar få fullständig tandbehandling inom folktandvården gäller att på varje tandpoliklinik skall föras en speciell väntelista. Köernas längd för vuxenklientelet varierar från distrikt till distrikt men uppgår f. n. till flera år på många håll.

För tandläkare anställda inom folktandvården finns en instruktion (1961: 279). För distriktstandläkare gäller därvid att han skall meddela tandvård i enlighet med vad som finns föreskrivet i statsbidragskungörelsen. Han skall vidare meddela sina patienter råd och upplysningar om tändernas vård och inskärpa vikten av regelbunden tandvård och omsorgsfull munhygien. Vidare finns bestämmelser om rapportskyldighet på vissa fastställda blanketter.

4.2.4 Organisation

Folktandvården

Folktandvårdens organisation och administration finns närmare beskrivna i betänkandet "Folktandvårdens utbyggande och reglering" (SOU 1970: 11). Här skall endast vissa sammanfattande uppgifter nämnas.

Vid årsskiftet 1971–1972 fanns inom folktandvården följande antal kliniker inrättade.

Distriktstandpolikliniker inkl. annexkliniker		947
Centraltandpolikliniker		33
Tandregleringspolikliniker		59
Anstaltstandpolikliniker		99
Specialkliniker/avd för	tandlossningssjukdomar	9
”–	barntandvård	9
”–	protetik	4
”–	röntgen	2
”–	tandhälsovård	5

Utbyggnadstakten för folktandvården kan illustreras genom följande sammanställning.

Antal inrättade folktandvårdspolikliniker.

År	Distrikts-tandpol.	Ctp	Tandregle-ringspoli-kliniker	Special-pol. för annat spe-cialområde
1950	401	13	1	–
1960	839	24	28	–
1971	947	33	59	29

Tandpoliklinikerna sysselsätter mellan en tandläkare och 15 tandläkare. Antalet 1-mans distriktstandpolikliniker år 1971 var 214 och antalet kliniker med 2–3 tandläkare 280. Specialtandpoliklinikerna är i flertalet fall kliniker med 2–4 tandläkare.

Beträffande omfattningen av tandvård i form av barn- och ungdomstandvård samt vuxentandvård hänvisas till avsnitt 4.3.

Specialisttandvården inom folktandvården bedrivs huvudsakligen vid s. k. specialtandpolikliniker. Vid årsskiftet 1971–1972 fanns 240 specialisttandläkare verksamma inom folktandvården. Dessutom var 118 tandläkare utan denna kompetens anställda vid folktandvårdens specialtandpolikliniker. Flertalet av de sistnämnda innehade utbildningstjänster.

Därutöver fanns inom folktandvården ca 20 tandläkare sysselsatta med specialtandvård inom protetik, röntgendiagnostik eller inom tandhälsovård. En del av dessa är placerade vid distriktstandpolikliniker.

De specialistkliniker som först inrättades

inom folktandvården var *centraltandpoliklinikerna*. Vid en centraltandpoliklinik meddelas huvudsakligen oralkirurgisk och käkprotetisk vård. Inom oralkirurgien förekommer behandlingar av skilda slag såsom uttagning av retinerade tänder, andra svårare tandextraktioner, operationer vid sjukliga processer vid tandrötter, olika plastiska operationer, kirurgisk frakturbehandling m. m. Inom käkprotetiken förekommer främst protetisk behandling av käkfrakturer samt olika missbildningar inom käk- och ansiktsskelettet. Andra viktiga arbetsuppgifter är utredningar vid allmänsjukdomar, som kan ha samband med sjukdomar i tänderna eller käkarna.

Vid åtskilliga centraltandpolikliniker ges tandvård åt psykiskt utvecklingsstörda barn och vuxna. Närbelägna resurser finns här för narkos, som ibland måste tillgripas vid tandbehandling i dylika fall. Vid centraltandpoliklinik meddelas även vård vid tandlossningssjukdomar. Då detta område numera bildat en egen specialitet har under de två senaste åren inrättats alltfler specialtandpolikliniker för vården av tandlossningssjukdomar.

Specialtandpoliklinikerna i *tandreglering* har hand om vården av svårare tand- och käkanomalier. Ungefär 25 % av alla barn i åldern 7–16 år beräknas vara i behov av tandregleringsvård.

Behandlingen består framför allt i att med hjälp av olika tandregleringsapparater, slipningar m. m. rätta till felställningar så att bettet funktionellt och estetiskt kan anses tillfredsställande. Behandlingen pågår i många fall i flera år.

Enklare tandställningsfel skötes av distriktstandläkare, ofta med ledning av de direktiv specialisten utfärdar vid sin undersökning av patienten före och under behandlingens gång. Tandregleringsvård finns anordnad i samtliga huvudmannaområden.

Specialtandläkare inom *barntandvård* är verksamma vid behandling av barn som antingen odontologiskt eller på grund av psykologiska orsaker erbjuder speciella behandlingsproblem. Till detta specialområde hör också barn som är psykiskt utvecklingsstörda och av den anledningen bereder särskilda svårigheter vid tandbehandling.

Specialiteten *rotbehandling* omfattar komplicerade rotbehandlingar föranledda antingen av svårare sjukdomstillstånd i denna del av tanden eller av särskilt besvärliga anatomiska förhållanden i tandroten. Specialistverksamheten inom detta område finns f. n. etablerad inom folktandvården.

Ämnesområdet *protetik* är inte erkänd specialitet. Fyra huvudmän har emellertid inrättat specialavdelningar för tandläkare med särskild utbildning i protetisk tandvård. Vid dylik specialavdelning skall meddelas vård åt patienter med ett komplicerat vårdbehov inom detta område.

Ej heller *röntgendiagnostik* är erkänd som specialitet. Två huvudmän har emellertid funnit befogat att inrätta speciella tandläkartjänster för att utföra kvalificerade röntgenundersökningar.

Den *förebyggande tandvården* (tandhälsovården) handhas i stor utsträckning av tandläkare med vidareutbildning inom detta område. Fem landsting har inrättat speciella avdelningar för sådan verksamhet.

Inom folktandvårdsorganisationen har även inrättats ett antal s. k. anstaltstandpolikliniker, ofta förlagda till vederbörande vårdinstitution. I flertalet fall omhänderhas tandvården vid sådana kliniker av tandläkare inom folktandvårdens distriktstandvård, vilka under behövligt antal veckotimmar förlägger sin tjänstgöring till denna klinik. Även privatpraktiserande tandläkare har i en del fall åtagit sig tjänstgöring vid sådan klinik. I några landsting har tandvården för patienter intagna på vårdinrättningar centraliserats till viss vårdinrättning.

Privattandvården

Fram till folktandvårdens tillkomst meddelades i stort sett all tandvård åt vuxna vårdbehövande av privatpraktiserande tandläkare. Av de 627 tandläkare som fanns i landet år 1920 var nästan samtliga verksamma som privatpraktiserande. Ett litet antal av dessa tandläkare var vid sidan av sin verksamhet i

privatpraktik sysselsatta inom skoltandvården eller i tandläkarutbildning.

Antalet privatpraktiserande tandläkare har även senare ökat kontinuerligt. Under de två senaste åren har emellertid en stagnation i privattandläkarkårens tillväxt ägt rum.

Folktandvårdsutredningen (SOU 1970:11) har beräknat, att år 1967 ca 83 % av tandvården åt vuxna vårdsökande omhänderhades av de privatpraktiserande tandläkarna. Genom att folktandvården under de senaste åren ökat ut vuxentandvården, omfattar privatpraktikerandelen nu något mindre än 80 % av vuxentandvården.

Flertalet privatpraktiserande tandläkare bedriver sin verksamhet i s. k. enmanspraktik. Vid ett mindre antal privatpraktiker är två tandläkare verksamma, varvid den ena av tandläkarna antingen är anställd av praktikinnehavaren som assistent eller ingår i verksamheten som s. k. associé/arrendator.

Assistenten arbetar i allmänhet i stor utsträckning med praktikinnehavarens klientel, nyttjar hans utrustning, material etc, och redovisar sina patientintäkter till principalen, som avlönar honom. Avlöningsförmånerna är i regel baserade på behandlingsavgifter, som assistenten uppbär från patient.

En s. k. *associé* är en arrendator av del av tandläkarpraktik och har en fullt självständig verksamhet, vilket bl. a. innebär att han har ett eget klientel.

Det förekommer också, att en tandläkarpraktik för två eller fler tandläkare ägs gemensamt av vid praktiken verksamma tandläkare.

Av de icke offentligt anställda tandläkarna är f. n. omkring 500 anställda i Tandläkartjänst AB. Detta företag ägs av de anställda tandläkarna som erhåller lön från mottagningarnas resultat. Sveriges Tandläkarförbund har genom stadgefäst styrelserepresentation inflytande i företaget.

Företaget tandläkartjänst avser att fylla behovet hos etablerade och redan verksamma tandläkare att genom samverkan i ett företag erhålla bistånd med framför allt betalningstransaktioner, bokföring, löne- och skatteredovisning samt försäkringstrygghet. Genom anställning i företaget erbjuds tandläkarna komplett service inom bl. a. de nämnda områdena. Under perioder när mottagningen p. g. a. sjukdom måste hållas stängd träder företagets sjuklönesystem in. Företaget svarar alltid för mottagningens likviditet vilket befriar den anställde från problem t. ex. under mottagningens inkörningsperiod eller under perioder när mottagningen på grund av sjukdom eller semester är stängd.

Tandläkarorganisationer

Sveriges tandläkarförbund stiftades 1908. Förbundet har till uppgift att sammansluta landets tandläkare i syfte att främja deras sociala och ekonomiska intressen. Man söker även främja medlemmarnas vetenskapliga och yrkestekniska intressen. Förbundet består av 26 lokalföreningar. Aktiv medlem av sådan lokalförening är även medlem av förbundet. Till förbundet är ca 90 % av de privatpraktiserande tandläkarna anslutna. I fråga om tjänstetandläkarna ligger anslutningsprocenten något lägre.

Inom förbundet finns 3 grupper nämligen privattandläkargruppen, tjänstetandläkargruppen samt lärargruppen. Var och en av dem har sina egna styrelser. Högsta verkställande organ är en centralstyrelse. Högsta beslutande organ är förbundets fullmäktige där representanter från varje lokalförening finns med. Lokalföreningarnas gränser överensstämmer i stort med länsgränserna.

Förbundet ger ut en egen tidning "Tandläkartidningen". Kansliet med bl. a. en utrednings- och en förhandlingsavdelning är förlagt till Stockholm.

Svenska Tandläkare-Sällskapet bildades 1860. Dess uppgift är att främja den odontologiska vetenskapens utveckling och praktiska tillämpning. För detta ändamål anordnas årligen ett antal fortbildningskurser. Sällskapet sammanträder regelbundet i Stockholm varvid man anordnar föredrag och demonstrationer. Ibland förläggs dessa sammankomster till andra platser i landet. Varje höst arrangerar också sällskapet en odontologisk

riksstämma i Stockholm varvid man genom föredrag och demonstrationer lämnar information om nya rön inom den odontologiska forskningen. Genom pris- och stipendiefonder har sällskapet också möjlighet att främja odontologisk forskning.

Sällskapet har ett medlemsantal på ca 4 500 tandläkare. Inom sällskapet finns ett antal sektioner som söker tillvarata intressen för tandläkare med specialist- eller specialutbildning.

De odontologiska fakulteterna

Fakulteternas primära uppgifter är att bedriva utbildning och forskning. Därutöver tillkommer det fakulteterna att i anslutning till undervisning även meddela tandvård. I Stockholm och Malmö är den tandsjukvårdande verksamheten uppdelad på skilda avdelningar, vilka i sin tur är uppdelade på kandidatklinik och lärarklinik. I Umeå och Göteborg meddelas vården inom ramen för en organisatoriskt samordnad poliklinik, tandsjukvårdscentralen.

För samtliga odontologiska läroanstalter gäller att de fungerar som centraltandpoliklinik och inom ramen för sin kapacitet dessutom meddelar folktandvård i övrigt.

Mellan fakulteterna och folktandvårdens huvudmän har upprättats avtal, som bl. a. reglerar samarbetet i vårdfrågor. Dessa avtal är ej helt likartade vid de fyra fakultetsorterna.

Enligt avtalet för fakulteterna i Stockholm och Malmö skall dessa behandla mer komplicerade fall som remitterats dit från läkare eller tandläkare hos huvudmannen. I Umeå och Göteborg är fakultetens åtaganden betydligt större och omfattar i princip ansvar för huvudmannens hela centraltandpoliklinikverksamhet.

Tillgång till barnpatienter vid fakulteterna har genomgående säkrats genom att huvudmannen avstått från att bygga ut folktandvård i vissa områden eller för vissa skolor och i stället hänvisar barnen till fakulteterna. Vidare har huvudmannen förbundit sig att inte bygga ut tandvården i övrigt på sådant sätt att detta äventyrar fakultetens behov av ett differentierat klientel, t. ex. inom specialistvården.

Försvarstandvård m. m.

Enligt av Kungl. Maj:t år 1945 utfärdade bestämmelser skall de värnpliktiga vid inryckning till första tjänstgöring underkastas särskild tandundersökning. Efter indelning i olika tandvårdsgrupper meddelas sedan de värnpliktiga vård enligt fastställda riktlinjer. Endast i begränsad omfattning kan militärtandvården tillförsäkra de värnpliktiga fullständig vård.

Tandvården bedrivs i regel vid militära tandpolikliniker. Vid dessa kliniker finns sammanlagt 40 försvarstandläkare anställda med i regel 21 timmars tjänstgöring i veckan. Dessutom finns 20 extra försvarstandläkartjänster med skyldighet att årligen tjänstgöra i 30 dagar. Huvuddelen av arbetet på de militära tandpoliklinikerna fullgörs emellertid av värnpliktiga tandläkare.

Tandvård finns också anordnad vid kriminalvårdsanstalter, vid ungdomsvårdsskolor m. m. För denna tandvård, bekostad av socialvård, kriminalvård etc, anlitas i allmänhet privatpraktiserande tandläkare.

I studentorganisationernas egen regi har i Stockholm, Göteborg, Lund, Umeå och Växjö anordnats tandvård för studerande vid universitet och högskolor. Studentorganisationerna erhåller i vissa fall bidrag till denna tandvård från huvudmannahåll. F. n. är ett 10-tal tandläkare hel- eller deltidstjänstgörande inom den s. k. studenttandvården.

Vissa större industrier har antingen anställt tandläkare eller upplåtit lokaler inom företaget åt någon tandläkare. Organisationen av denna tandvård och företagens subvention av själva vården varierar. Antalet industritandläkare uppgår f. n. till ett 25-tal.

Assisterande personal

Till de samlade tandvårdsresurserna hör även den assisterande personalen: tandsköter-

skorna, tandteknikerna och tandhygienisterna.

Ursprungligen var det vanligt att assistansen hos tandläkare sköttes av en och samma person, som ägde färdighet inom såväl tandsköterskeyrket som tandteknikeryrket. Kunskaperna hade denne assistent i allmänhet förvärvat genom att under tandläkares och tandsköterska/tandteknikers ledning delta i arbetet i en tandläkarpraktik.

Med tiden blev emellertid såväl de assisterande arbetsuppgifterna som de tandtekniska så stora och krävande att de måste skiljas åt. På så sätt bildades två skilda yrkesgrupper: tandsköterskor och tandtekniker. Redan på 1920-talet påbörjades vid tandläkarinstitutet i Stockholm viss utbildning av tandsköterskor. Den nuvarande tandsköterske- och tandteknikerutbildningen kom till omkring 1944. Även den fick en viss anknytning till tandläkarhögskolan. Senare inrättades fristående statliga tandtekniker- och tandsköterskeskolor i Göteborg. Därutöver bedrevs sedan 1930-talet tandsköterskeutbildning vid Eastmaninstitutet i Stockholm. Utbildningskapaciteten har emellertid ej varit tillräcklig utan många tandsköterskor har även fortsättningsvis utbildats genom enbart praktiskt arbete. För att utöka utbildningsresurserna för tandsköterskor började landstingen för 8–9 år sedan inrätta tandsköterskeskolor som organisatoriskt anknöts till vårdyrkesskolorna men med den praktiska delen av skolutbildningen förlagd till folktandvårdskliniker.

Vid landets tandsköterskeskolor examineras f. n. årligen omkring 700 tandsköterskor. Behovet av tandsköterskeassistans varierar mellan tandläkarna från 1 heltidsanställd assistent till 2–3 assistenter. Fast anställd tandsköterska i folktandvården måste enligt gällande bestämmelser ha av socialstyrelsen utfärdat behörighetsbevis.

Vid tandteknikerskolorna är den nuvarande utbildningskapaciteten ca 120 per år. En tandtekniker kräver för full sysselsättning minst tre heltidsarbetande tandläkare med enbart tandvård åt vuxna vårdsökande.

Förslag till ny läroplan för tandsköterskor resp. tandtekniker har nyligen lagts fram av SÖ.

Tandhygienisterna är en ny yrkesgrupp inom tandvården. Arbetsuppgifterna består i att biträda tandläkarna vid tand- och munhygienisk behandling. För tandhygienisternas verksamhet gäller av socialstyrelsen utfärdad särskild instruktion. Utbildningen bedrivs vid vårdyrkesskolorna i Malmö och Örebro. Den nuvarande utbildningens kapacitet uppgår till 25–30 hygienister per år.

Det finns planer på att sätta igång hygienistutbildning även i anslutning till den kommande odontologiska fakulteten i Huddinge.

4.3 *Nuvarande resursfördelning*

Följande uppgifter utgör sammanställningar och bearbetningar dels av den s. k. årliga anmälan för tandläkare, dels av den driftsstatistik som socialstyrelsen inhämtar från folktandvårdens huvudmän.

4.3.1 Geografisk fördelning av tandläkarna 1971.

Tandläkarkårens fördelning på olika huvudmannaområden framgår av tabell 4.7.

4.3.2 Uppgifter om barn- och ungdomstandvården 1971

Statistiken över barntandvården ger sken av en lägre behandlingskapacitet än den verkliga. Skälen härtill är följande. Enligt statsbidragskungörelsen förstås med systematisk behandling i regel en gång årligen återkommande tandvård av den omfattning som socialstyrelsen bestämmer. Sådan behandling redovisas kalenderårsvis. Beträffande barn i skolåldern, dvs. 7–16 års ålder, organiseras emellertid vården läsårsvis. Vid full kapacitet strävar man därvid att behandla de olika årskurserna vid relativt fasta tidpunkter under läsåret. För det enskilda skolbarnet innebär detta en fortlöpande förskjutning om ca 1 månad för varje läsår, och behandlingen sker således i realiteten med 13

månaders intervall. Men om ett barn vid ett tillfälle behandlats under december månad, och nästa behandlingstillfälle inträffar först under januari månad kalenderåret efter nästföljande, saknas barnet i redovisningen för det mellanliggande kalenderåret. Viss förskjutning av vården mellan kalendermånaderna förekommer givetvis i praktiken. För att ge en riktig bild av vårdkapaciteten i åldrarna 6–16 år bör de redovisade procenttalen räknas upp med ca 10 %. Vid fullt genomförd organiserad tandvård för åldrarna 3–19 år uppgår motsvarande siffra till ca 6 %, om man fortfarande organiserar skolbarnstandvården läsårsvis.

Den genomsnittliga behandlingstiden per färdigbehandlat barn inom åldersgrupperna 7–16 år har sammanförts i tabell 4.9.

Fördelningen av arbetstiden uppdelad på den organiserade barntandvården och vuxentandvården har intagits i tabell 4.10. För jämförelsens skull har siffror medtagits även från åren 1960 och 1965.

4.3.3 Specialistvården

Antalet timmar vid folktandvårdens specialist- eller specialkliniker jämte administrationen finns sammanförda i tabell 4.11.

4.3.4 Vuxentandvården

Antalet timmar inom folktandvårdens vuxentandvård samt hos de privata tandläkarna finns fördelade per huvudmannaområde i tabell 4.12.

Antalet innevånare per aktiv tjänste- resp. privattandläkare för de olika huvudmannaområdena finns angivet i tabell 4.13. I denna tabell har också framräknats antal tandläkartimmar som fanns tillgängliga per innevånare 1971.

Tabell 4.7 Tandläkarkåren 31/12 1971 fördelad efter län. (Tandläkare med flera verksamhetsformer har i förekommande fall uppförts i flera kolumner).

Tjänstgörings-län/kommun	Tjänste-tandläk.	Anstalts-tandläk.	Student- och in-dustri-tandläk.	Försvars-tandläk.	Akade-miska lärare, forskare	Privat prakt. eller privat anställn.	Admini-strativa tandläk.	Övriga och o-spec. verksam-het	Passiva
Stockholms kommun	267	17	5	7	115	618	9	27	122
Stockholms län i övr.	232	4	2	8	40	436	4	24	87
Uppsala län	73	1	–	3	2	86	3	3	19
Södermanlands län	69	1	–	2	–	83	1	3	26
Östergötlands län	108	3	–	2	1	154	3	3	23
Jönköpings län	92	2	–	2	1	99	2	2	16
Kronobergs län	46	1	–	1	1	55	1	3	9
Kalmar län	71	1	–	1	–	61	2	3	17
Gotlands kommun	19	2	–	1	–	14	2	–	–
Blekinge län	39	–	–	2	–	60	1	3	7
Kristianstads län	75	–	–	4	2	102	1	3	27
Malmö kommun	124	2	–	2	100	187	3	8	23
Malmöhus län i övr.	164	6	4	3	31	233	1	6	52
Hallands län	71	–	–	1	1	81	3	5	18
Göteborgs kommun	137	1	8	2	71	256	2	12	48
Gtbgs o Bohus län i övr.	87	1	1	1	14	98	1	4	21
Älvsborgs län	106	–	1	1	4	146	2	2	21
Skaraborgs län	63	1	–	5	–	79	1	1	11
Värmlands län	87	1	–	3	1	96	3	1	18
Örebro län	105	1	–	1	–	113	1	4	13
Västmanlands län	55	–	1	–	2	93	2	–	12
Kopparbergs län	75	1	–	1	2	84	2	5	15
Gävleborgs län	85	–	–	2	–	81	2	2	18
Västernorrlands län	89	1	–	4	1	75	4	3	9
Jämtlands län	37	–	–	2	–	35	1	3	3
Västerbottens län	68	1	1	2	73	74	2	7	10
Norrbottens län	116	1	–	2	1	44	3	7	3
Riket	2 560	49	23	65	463	3 543	62	144	648

Tabell 4.8 Antal färdigbehandlade barn uttryckt i procent av antalet barn inom varje huvudmannaområde år 1971.

Landsting	3–5	6	7–16	17–19
Stockholms län	3,0	32,0	81,8	7,0
Uppsala län	61,5	76,0	84,6	16,5
Södermanlands län	21,5	84,6	79,1	20,7
Östergötlands län	13,3	77,6	85,0	7,7
Jönköpings län	5,6	63,5	85,5	13,1
Kronobergs län	21,2	75,6	75,6	13,5
Kalmar län	24,5	56,6	76,6	19,8
Gotlands kommun	17,7	19,9	76,8	13,1
Blekinge län	0,5	6,8	75,2	6,6
Kristianstads län	25,2	63,3	86,8	17,3
Malmö kommun	35,1	50,8	84,3	5,2
Malmöhus län i övr.	34,9	70,8	78,9	13,1
Hallands län	74,3	92,0	95,3	9,6
Göteborgs kommun	0,5	68,1	74,6	5,6
Gtbgs o Bohus län	6,4	59,4	67,6	8,5
Älvsborgs län	6,6	49,6	76,1	10,5
Skaraborgs län	0,0	75,8	68,5	10,4
Värmlands län	11,6	61,8	81,0	16,3
Örebro län	2,9	70,0	81,6	3,0
Västmanlands län	0,3	2,7	73,3	7,6
Kopparbergs län	14,5	74,5	82,1	27,0
Gävleborgs län	24,9	51,0	81,7	25,9
Västernorrlands län	50,8	75,9	82,1	10,6
Jämtlands län	26,0	68,6	91,8	14,4
Västerbottens län	42,4	89,7	89,7	8,0
Norrbottens län	77,5	87,3	81,3	40,8
Summa	19,2	58,6	79,3	13,1

Tabell 4.9 Genomsnittlig behandlingstid per färdigbehandlat barn inom åldersgrupperna 7–16 år 1971.

Landsting/kommun	Tim/barn[a] 7–16 år i org. barntandvård
Stockholms län	2.3
Uppsala län	1.7
Södermanlands län	1.5
Östergötlands län	1.4
Jönköpings län	2.1
Kronobergs län	1.8
Kalmar län	1.8
Gotlands kommun	2.2
Blekinge län	2.0
Kristianstads län	1.7
Malmö kommun	3.2
Malmöhus län i övr.	2.1
Hallands län	1.9
Göteborgs kommun	2.7
Gtbgs o Bohus län i övr.	2.3
Älvsborgs län	2.0
Skaraborgs län	2.0
Värmlands län	2.3
Örebro län	2.3
Västmanlands län	1.6
Kopparbergs län	1.6
Gävleborgs län	1.4
Västernorrlands län	1.9
Jämtlands län	2.1
Västerbottens län	1.9
Norrbottens län	1.7
Summa	2.0

[a] Beräkningsunderlaget omfattar samtliga färdigbehandlade barn t. o. m. 16 år, varvid frånräknats 1 tim/barn i åldern 0–5 och 6 år. (Antal timmar i organiserad barntandvård minus antal timmar 0–5, 6 år i organiserad barntandvård dividerad med antalet fullständigt behandlade barn 7–16 år.)

Tabell 4.10 Den procentuella fördelningen av den sammanlagda arbetstiden i distriktstandvården mellan tandvård åt barn resp. vuxna.

Län/kommun/stad		Den procentuella fördelningen av det totala antalet arbetstimmar mellan organiserad barntandvård				vuxentandvård			
		1960	1965	1970	1971	1960	1965	1970	1971
B	Stockholms län + stad	71,2	65,8	60,5	58,9	28,8	34,2	39,5	41,1
C	Uppsala län	58,5	58,8	55,0	55	41,5	41,2	45,0	45
D	Södermanlands län	56,9	60,9	57,3	55,8	43,1	39,1	42,7	44,2
E	Östergötlands län	66,6	68,6	61,6	60,6	33,4	31,4	38,4	39,4
F	Jönköpings län	60,6	62,6	64,6	61,8	39,4	37,4	35,4	38,2
G	Kronobergs län	58,7	62,7	56,4	54,2	41,3	37,3	43,6	45,8
Hn	Kalmar läns norra	58,6	56,0	55,6	53,9	41,4	44,0	44,4	46,1
Hs	Kalmar läns södra	64,5	65,0	56,2		35,4	35,0	43,8	
I	Gotlands kommun	60,6	67,2	58,2	52,6	39,4	32,8	41,8	47,4
K	Blekinge län	54,2	59,2	56,1	55,3	45,8	40,8	43,9	44,7
L	Kristianstads län	58,8	59,4	57,1	55,3	41,2	40,6	42,9	44,7
MM	Malmö stad	80,8	76,4	69,4	67,65	19,2	23,6	30,6	32,35
M	Malmöhus län i övr.	61,5	69,5	57,6	57,9	38,5	30,5	42,4	42,1
N	Hallands län	64,3	70,0	64,65	64,9	35,7	30,0	35,35	35,1
OG	Göteborgs stad	64,1	55,2	57,85	61,1	35,9	44,8	42,15	38,9
O	Göteborgs och Bohus län i övr.	61,6	62,0	62,4	56	38,4	38,0	37,6	44
P	Älvsborgs län	60,9	64,0	60,0	60,3	39,1	36,0	40,0	39,7
R	Skaraborgs län	55,4	62,2	63,2	63,4	44,6	37,8	36,8	36,6
S	Värmlands län	58,5	60,3	59,45	58,8	41,5	39,7	40,55	41,2
T	Örebro län	80,4	70,2	66,9	68	19,6	29,8	33,1	32
U	Västmanlands län	65,0	65,9	58,3	60,65	35,0	34,1	41,7	39,35
W	Kopparbergs län	59,9	59,6	55,3	53,65	40,1	40,4	44,7	46,35
X	Gävleborgs län	58,4	59,4	55,6	54,1	41,6	40,6	44,4	45,9
Y	Västernorrlands län	60,8	57,1	50,7	51,1	39,2	42,9	49,3	48,92
Z	Jämtlands län	61,1	58,4	56,65	55,75	38,9	41,6	43,35	44,25
AC	Västerbottens län	61,8	62,0	63,75	62,25	38,2	38,0	36,25	37,75
BD	Norrbottens län	58,2	59,6	46,9	47,3	41,8	40,4	53,1	52,7
	Summa	63,4	63,3	59,0	58,3	36,6	36,7	41,0	41,7

Tabell 4.11 Antal arbetstimmar utförda av tandläkare i folktandvården 1971 enligt folktandvårdens årsrapporter.

Vårdform m. m.	Timantal
Distriktstandvård	
Vuxentandvård	1 375 938
Barntandvård	1 883 194
Tandhälsovård	14 224
Anstaltstandvård	14 938
Specialist- eller specialtandvård	
Centraltandpoliklinik	138 322
Tandregleringspoliklinik	228 515
Specialtandpoliklinik för tandlossningssjukdomar	18 819
Specialtandpoliklinik för barntandvård	39 617
Specialavdelning för röntgendiagnostik	3 200
Specialavdelning för protetik	9 203
Central administration	66 050
Summa	3 792 020

Tabell 4.12 Tusental timmar (även procentuellt fördelade) i vuxentandvård, i folktandvård och privatpraktik per huvudmannaområde 1971.

Landsting/kommun	Befintligt antal i folktandvårdens vuxentandvård exkl. specialistvård	Befintligt antal i privatpraktikervård[1]	Procent av total vuxentandvård	
			folktandvård	privattandvård
Stockholms län	236	1 283	15,5	84,5
Uppsala län	43	130	24,9	75,1
Södermanlands län	39	126	23,6	76,4
Östergötlands län	44	224	16,4	83,6
Jönköpings län	50	147	25,4	74,6
Kronobergs län	30	86	25,9	74,1
Kalmar län	43	98	30,5	69,5
Gotlands kommun	13	23	36,1	63,9
Blekinge län	25	92	21,4	78,6
Kristianstads län	46	157	22,7	77,3
Malmö kommun	45	227	16,5	83,5
Malmöhus län i övr.	84	333	20,1	79,9
Hallands län	34	128	21,0	79,0
Göteborgs kommun	72	347	17,2	82,8
Gtbgs och Bohus län i övr.	51	150	25,4	74,6
Älvsborgs län	63	219	22,3	77,7
Skaraborgs län	32	124	20,5	79,5
Värmlands län	53	153	25,7	74,3
Örebro län	33	155	17,6	82,4
Västmanlands län	29	147	16,5	83,5
Kopparbergs län	48	133	26,5	73,5
Gävleborgs län	48	125	27,7	72,3
Västernorrlands län	65	118	35,5	64,5
Jämtlands län	28	47	37,3	62,7
Västerbottens län	41	110	29,1	78,0
Norrbottens län	78	77	50,3	49,7
Riket	1 373	4 959	21,7	78,3

[1] Enl. årlig anmälan 1971

Tabell 4.13 Antal invånare per aktiv tandläkare samt antal arbetstimmar per invånare (TT, PT) fördelade på landstingsområde/kommun.

Landsting/kommun	Antal inv. per			Antal tdl-tim[1]		per inv.	Summa TT+PT
	TT	PT	Summa	TT −16	TT 17−	PT[2] 17−	17−
Stockholms län	2 979	1 410	957	0.99	0.20	1.12	1.32
Uppsala län	3 026	2 892	1 389	0.97	0.26	0.78	1.04
Södermanlands län	3 604	2 996	1 636	0.79	0.21	0.67	0.88
Östergötlands län	3 556	2 494	1 466	0.74	0.15	0.76	0.91
Jönköpings län	3 334	3 098	1 606	1.10	0.22	0.63	0.85
Kronobergs län	3 638	3 042	1 657	0.86	0.23	0.67	0.90
Kalmar län	3 389	3 945	1 823	0.90	0.23	0.53	0.76
Gotlands kommun	2 827	3 837	1 628	1.08	0.33	0.56	0.89
Blekinge län	3 948	2 566	1 555	0.84	0.21	0.78	0.99
Kristianstads län	3 538	2 601	1 499	0.93	0.23	0.77	1.00
Malmö kommun	2 123	1 408	847	1.67	0.21	1.09	1.30
Malmöhus län i övr.	2 822	1 986	1 166	1.05	0.24	0.94	1.18
Hallands län	2 772	2 429	1 295	1.22	0.21	0.87	1.08
Göteborgs kommun	3 276	1 753	1 142	1.17	0.20	0.98	1.18
Gtbgs o Bohus län i övr.	3 113	2 764	1 464	0.91	0.25	0.75	1.00
Älvsborgs län	3 828	2 779	1 610	0.93	0.19	0.71	0.90
Skaraborgs län	4 087	3 260	1 813	0.86	0.16	0.64	0.80
Värmlands län	3 267	2 961	1 553	1.17	0.24	0.69	0.93
Örebro län	2 684	2 447	1 280	1.12	0.16	0.73	0.89
Västmanlands län	4 573	2 811	1 766	0.66	0.15	0.76	0.91
Kopparbergs län	3 697	3 301	1 744	0.86	0.22	0.62	0.84
Gävleborgs län	3 454	3 625	1 768	0.76	0.19	0.55	0.74
Västernorrlands län	3 074	3 648	1 668	1.05	0.29	0.56	0.85
Jämtlands län	3 404	3 598	1 749	1.25	0.28	0.48	0.76
Västerbottens län	3 424	3 147	1 640	1.14	0.22	0.62	0.84
Norrbottens län	2 208	5 820	1 600	1.04	0.42	0.41	0.83
Riket	3 172	2 290	1 330	0.99	0.22	0.80	1.02

[1] Antal tdl-tim för TT (tjänstetandläkare) har tagits från "Årsrapporten för distriktstdl 1971".
Antal tdl-tim för PT (privattandläkare) är hämtade från tandläkarnas Årliga anmälan 1971.
[2] Här har antagits att all PT-vård ägnas åt 17 år och äldre.

5 Nuvarande ersättningsregler m.m.

Den tandvård, som meddelas i den organiserade barntandvården inom folktandvården, är helt kostnadsfri för patienten. Endast för tandreglering kan en mindre avgift tas ut av barnets föräldrar.

För övrig vård inom folktandvården gäller patientavgifter enligt en av Kungl. Maj:t fastställd folktandvårdstaxa (se bilaga 6.1). Dock kan ungdom i åldern 17–19 år erhålla systematisk behandling mot avgift enligt folktandvårdstaxan med en nedsättning av i regel 25 procent.

Den första folktandvårdstaxan utfärdades år 1938. Giltighetstiden för taxan var ända fram till 1965 ett år i sänder. Fr. o. m. nämnda år blev taxan giltig två år i taget. En allmän taxerevision gjordes år 1957. Därefter har avgiftsbeloppen höjts generellt två gånger, 1966 (med ca 30 %) och 1972 (med ca 50 %).

Vuxna patienter, som erhåller tandvård inom folktandvården, skall således betala avgifter för vården enligt folktandvårdstaxan. Huvudmännen kan bestämma lägre avgifter än de i taxan angivna.

Från början var avsikten att folktandvårdstaxan skulle göra folktandvårdens vuxentandvård i huvudsak självbärande (prop. 1938:127 s. 70). Så har emellertid aldrig skett. För 1971 beräknades totalkostnaderna för denna tandvårdsgren till ca 190 milj. kronor. Avgifterna enligt folktandvårdstaxan beräknades inbringa ca en tredjedel av totalkostnaderna. Övriga ca två tredjedelar betalades genom landstingsskatten. Efter taxehöjningen torde avgifterna f. n. täcka ca hälften av vuxentandvårdens kostnader.

Folktandvårdstaxan gäller ej vård av mera komplicerade fall på centraltandpoliklinik. Svenska Landstingsförbundet har för viss sådan vård utarbetat en taxa, vilken förbundet rekommenderat huvudmännen att följa (se bilaga 6.2).

Privatpraktiserande tandläkare arbetar inte efter någon bestämd taxa utan tillämpar fri arvodessättning. En arvodesenkät redovisas i bilaga 4.

I tre speciella fall föreligger rätt till ersättning från socialförsäkringen för tandvårdskostnad.

Det gäller följande slag av vård:

1) Viss tand- och käkbehandling på centraltandpoliklinik m. m.

2) Tandvård i samband med havandeskap och barnafödande

3) Tandbehandling på grund av yrkesskada.

I fallen 1) och 2) utgår ersättning från den allmänna försäkringen enligt särskilda återbäringstaxor (bilagorna 6.2 och 6.4). I fall 3) utgår i princip full ersättning från yrkesskadeförsäkringen.

Dessa socialförsäkringsförmåner täcker tillsammans endast några få procent av de totala kostnaderna för tandvård i landet.

Slutligen skall här nämnas några andra fall

av ersättningsregler, enligt vilka patient erhåller tandvård utan avgift eller till reducerad kostnad.

De patienter som erhåller tandvård vid de odontologiska fakulteternas lärar- resp. kandidatkliniker erlägger avgift, enligt en vid varje fakultet fastställd taxa.

Den militära fredstandvården, som i regel bereds vid militära tandpolikliniker, är avgiftsfri för de värnpliktiga. Emellertid finns ej resurser att bereda samtliga värnpliktiga full munsanering. Med utgångspunkt i viss tandvårdsgruppering behandlas de värnpliktiga i förhållande till sitt vårdbehov. De som utbildas till värnpliktig officer eller underofficer erhåller dock alltid fri tandvård och full munsanering.

För patienter vid anstalter (sjukvårdsanstalter, fångvårdsanstalter, vårdanstalter för alkoholmissbrukare, ungdomsvårdsskolor, specialskolor för syn- och hörselskadade m. fl.) är tandvård anordnad i varierande omfattning. Tandvården meddelas antingen inom anstalterna eller på folktandvårdspoliklinik eller hos privatpraktiserande tandläkare och är i regel avgiftsfri.

Kommunerna lämnar i viss utsträckning socialhjälp till tandvårdskostnader. Omfattningen av ersättningen varierar dock från kommun till kommun.

5.1 *Sjukförsäkringens ersättning för viss tand- och käkbehandling*

5.1.1 Kort historik

I sitt betänkande angående lag om allmän sjukförsäkring (SOU 1944: 15) konstaterade socialvårdskommittén, att de erkända sjukkassorna ersatte tandvård endast om den hade utförts av läkare och föranletts av sjukdom i tänderna och deras omgivningar. Kommittén fann, att man borde pröva, om inte kassornas ersättningsskyldighet borde gälla även då vården meddelades av legitimerad tandläkare. Det ansågs emellertid inte lämpligt att belasta sjukkassorna med en ny arbetsuppgift i samband med införandet av den obligatoriska försäkringen. Bl. a. därför avstod kommittén från att lägga fram förslag om att låta försäkringen omfatta även tandvård som meddelats av tandläkare.

Kommittéförslaget i tandvårdsfrågan kritiserades i vissa remissyttranden. Medicinalstyrelsen fann, att tandvård i princip lika väl som egentlig sjukvård borde ingå som en gren i den obligatoriska sjukförsäkringen. Enligt styrelsens mening borde frågan lösas med hänsynstagande till problemen om folktandvårdens utbyggande. I propositionen 1946: 312 med förslag till lag om allmän sjukförsäkring framhöll föredragande departementschefen, att tiden ännu inte kunde anses mogen för att i sjukförsäkringen inbegripa tandvård. Det förutsattes emellertid att tandvårdens ställning senare skulle omprövas.

I skrivelse den 1 februari 1950 till Kungl. Maj:t hemställde Sveriges sjukhustandläkareförening om utredning rörande möjligheterna att införa rätt till ersättning från erkänd sjukkassa för viss tandvård. Förbundet fann det inkonsekvent, att viss tand- och munkirurgisk behandling, vilken utfördes av såväl läkare som tandläkare, skulle vara bidragsgill endast om den utfördes av läkare. Detta problem hade under de senaste åren poängterats genom att särskilda tandvårdsavdelningar hade inrättats vid centrallasaretten. Dessa tandvårdsavdelningar (centraltandpolikliniker) var i första hand avsedda för behandling av komplicerade fall. De hade fyllt ett stort behov såsom remissinstans för läkare och privatpraktiserande tandläkare vid svårare fall av sjukdomar i tänder, munhåla och käkar. Föreningen ansåg att viss tandläkarbehandling, som var av den art att den borde utföras av vid sjukhus verksam specialist, borde kunna ersättas enligt sjukkasseförordningen.

Pensionsstyrelsen lade i mars 1951 fram förslag till vissa ändringar i dåvarande sjukkasseförordningen. Beträffande ersättning för tandvårdskostnader framhöll styrelsen att förhållandena särskilt genom tandläkarkåristen var sådana, att frågan om tandvår-

dens ställning i sjukförsäkringen ännu inte var mogen för en definitiv lösning. Styrelsen föreslog emellertid, att ersättning för tandläkarvård meddelad av tandläkare skulle lämnas i viss, mycket begränsad utsträckning av de erkända sjukkassorna. Sjukvårdsersättning borde sålunda utgå, när den försäkrade vid sjukdom, som krävde vård av tandläkare med särskild utbildning i tandkirurgi, käkprotetik och käkortopedi, erhållit vården vid centraltandpoliklinik eller allmänt sjukhus.

Pensionsstyrelsens förslag tillstyrktes eller lämnades utan erinran i remissyttrandena. Vissa meningsskiljaktigheter förelåg dock om hur den vård, som skulle medföra rätt till ersättning, lämpligen borde avgränsas. Sveriges tandläkarförbund fann att den av pensionsstyrelsen föreslagna avgränsningen var olycklig ur såväl patienternas som tandläkarkårens synpunkt. Förbundet anförde bl. a., att om den avsedda vården begränsades till centraltandpolikliniker och sjukhus så skulle följden bli att patienter, som bodde långt ifrån behandlingsplatsen och som önskade få erforderlig behandling ersatt av sjukkassa, fick vidkännas resekostnader och tidsförlust i stället för att på hemorten bli behandlade på vederbörande distriktstandpoliklinik eller av privatpraktiserande tandläkare. Även Sveriges läkarförbund ifrågasatte, om ersättning borde begränsas till de fall, då behandlingen meddelats vid centraltandpoliklinik eller allmänt sjukhus.

I propositionen 1952: 35 föreslogs att behandling av svårare former av sjukdom i tänder, munhåla och käkar skulle bli ersättningsberättigande. I övrigt var departementschefen ej beredd att förorda, att ersättningsmöjligheterna utsträcktes längre än pensionsstyrelsen föreslagit. Med behandling på centraltandpoliklinik och allmänt sjukhus borde dock likställas behandling vid tandläkarhögskola. I sitt utlåtande 1952: 16 över propositionen och i anslutning till denna väckta motioner uttalade andra lagutskottet att, även om frågan om tandvårdens ställning i sjukförsäkringen inte vid ifrågavarande tidpunkt kunde lösas i sin helhet, starka skäl talade för den partiella reform, som föreslagits i propositionen. Riksdagen beslöt i enlighet med utskottets hemställan. Med anledning härav ålades de erkända sjukkassorna fr. o. m. den 1 juni 1952 att på motsvarande sätt som för läkarvård utge sjukvårdsersättning för utgifter för tandläkarvård avseende sådan behandling som skulle anges i en av Kungl. Maj: t fastställd förteckning och som meddelats vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus.

Socialförsäkringsutredningen konstaterade i sitt betänkande Sjukförsäkring och Yrkesskadeförsäkring (SOU 1952: 39), att ersättning för tandläkarvård utgavs i mycket begränsad omfattning av de erkända sjukkassorna. Det var enligt utredningens mening önskvärt att ersättningsmöjligheterna utvidgades. Med hänsyn till att närmare erfarenheter av denna hjälpform inom sjukförsäkringen saknades och då ökade tandvårdsförmåner skulle medföra ytterligare kostnader för försäkringen, föreslog utredningen att tandvårdsutgifter inom den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen tills vidare skulle ersättas endast i den omfattning sådan ersättning utgivits i de erkända sjukkassorna sedan den 1 juli 1952. Utredningen tillade dock att ersättning skulle kunna utgå för resor till och från tandläkare i de fall tandläkarvården ersattes av sjukkassa.

I propositionen 1953: 178 uttalade föredragande departementschefen, att han ej hade något att erinra mot socialförsäkringsutredningens förslag att som förmån i den allmänna sjukförsäkringen införa ersättning för viss specialtandläkarvård i enlighet med vad som då gällde inom den frivilliga sjukförsäkringen. Departementschefen fann det av ekonomiska och andra skäl omöjligt att i dåvarande sammanhang lösa tandvårdsfrågan i stort inom försäkringen. Vid riksdagsbehandlingen förekom inte heller några erinringar mot de föreslagna bestämmelserna beträffande ersättning för tandläkarvård och resor i samband därmed (andra lagutskottet 1953: 35).

5.1.2 Nuvarande ersättningsregler

I 2 kap. 3 § första och tredje styckena lagen 1962: 381 om allmän försäkring finns följande bestämmelser.

Ersättning för utgifter för tandläkarvård utgår för sådan av sjukdom föranledd behandling som angives i en av Konungen fastställd förteckning och som av tandläkare meddelas vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus.

Ersättning utgår med tre fjärdedelar av utgifterna eller, då dessa överstigit det belopp, vartill de enligt Konungen fastställd taxa skola beräknas uppgå, med tre fjärdedelar av sistnämnda belopp.

I 10 § läkarvårdstaxan 1969:657 finns 16 rubriker med ersättningsbara åtgärder vilka i huvudsak avser tand- och käkkirurgi, käkortopedi och käkprotetik (se bilaga 6.3).

Årsbeloppet av utgivna ersättningar kan uppskattas till ca 1,7 milj kronor.

Det kan påpekas att ersättning inte utgår för tandvård som meddelas medan den försäkrade är intagen på sjukhus.

Enligt 2 kap. 5 § lagen om allmän försäkring utgår ersättning för resor i samband med tandläkarvård endast när det är fråga om sådan tandläkarvård som föranletts av sjukdom och som meddelats vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus.

Ersättning utgår till den försäkrade från den allmänna försäkringskassan. Den som är missnöjd med försäkringskassans beslut kan klaga hos riksförsäkringsverket och ev. vidare till försäkringsdomstolen.

5.2 *Moderskapsförsäkringens ersättning för tandvård*

5.2.1 Kort historik

En allmän och obligatorisk moderskapsförsäkring trädde i funktion 1955 i anslutning till den samtidigt genomförda sjukförsäkringsreformen. Moderskapsförsäkringen reglerades i en särskild författning, lagen den 21 maj 1954 om moderskapshjälp (nr 266). Någon ersättning för tandvård i samband med havandeskap utgick ej enligt nämnda lag.

En behovsprövad hjälpform i samband med barnafödande – vilken helt bekostades av statsmedel – var mödrahjälpen. Huvudbestämmelserna om denna var upptagna i 1937 års förordning om mödrahjälp. Hjälpen kunde utgå till kvinna, som i anledning av havandeskap eller barnsbörd var i uppenbart behov av understöd. Beslutanderätten utövades av särskilda organ, mödrahjälpsnämnderna. Hjälpen utgick först huvudsakligen in natura. I åtskilliga fall betalades tandvård. Sedan 1955 lämnades mödrahjälp i regel kontant, dock inte till tandvård.

De som enligt mödrahjälpsförordningen erhöll hjälp till tandvård skulle i regel behandlas med förtur i folktandvården. Medicinalstyrelsen ägde dock rätt att för visst tandvårdsdistrikt föreskriva, att mödrahjälpsklientelet inte skulle behandlas med förtursrätt.

För att erhålla mödrahjälp till tandvård skulle patienten vid sin ansökan foga ett av tandläkare upprättat kostnadsförslag rörande tandvården. Förslaget fick endast omfatta terapeutiska åtgärder, vilka oundgängligen erfordrades för att erhålla ett ur medicinsk-odontologisk synpunkt tillfredsställande resultat. Stifttänder samt kronor och inlägg av guld eller porslin fick tas med undantagsvis och då under särskild motivering. Beloppen i kostnadsförslaget fick högst motsvara den i folktandvårdstaxan angivna ersättningen.

I sitt år 1961 framlagda betänkande (SOU 1961:38) föreslog *socialpolitiska kommittén* att mödrahjälpen skulle avskaffas i samband med att det ekonomiska stödet genom moderskapsförsäkringen förbättrades. Kommittén föreslog vidare en tandvårdsförsäkring inom moderskapsförsäkringen. Genom en tandvårdsförsäkring för mödrar hade man möjlighet att på ett begränsat område vinna erfarenheter som enligt kommittén skulle kunna komma en allmän tandvårdsförsäkring till godo. Ett beslut om infogande av ersättning för tandvård i moderskapsförsäkringen syntes dock kommittén inte behöva innebära något föregripande av ställningstagandet till frågan om en tandvårdsförsäkring i sjukför-

säkringen. Då man på hälsovårdsområdet för blivande och nyblivna mödrar vidtagit en rad särskilda åtgärder, vilka saknat motsvarighet för andra grupper, kunde en tandvårdsförsäkring i moderskapsförsäkringen vara försvarlig såsom en speciell åtgärd till förmån för blivande mödrar.

Kommittén konstaterade, att det inte varit möjligt att anordna en allmän mödratandvård inom folktandvårdens ram. Då många kvinnor regelbundet besökte privattandläkare som hade personlig kännedom om patienterna och då omkring två tredjedelar av all tandvård i landet utfördes av privatpraktiserande tandläkare, syntes det kommittén vara motiverat med en särskild ordning för den del av den förebyggande mödravården som gällde tandvård. Det borde således stå mödrarna fritt att välja mellan folktandvården och privatpraktiserande tandläkare. Beträffande den tandbehandling, som skulle ersättas inom ramen för moderskapsförsäkringen, borde den begränsas till sådana åtgärder som oundgängligen erfordrades för vinnande av ett ur medicinsk-odontologisk synpunkt tillfredsställande resultat. Behandlingen borde sikta till ett konserverande av tänderna. Ersättning borde dock kunna utgå för avtagbara proteser men ej för sådan dyrare behandling som stifttänder, inlägg av guld och porslin samt broar av olika slag. Enligt kommitténs mening borde de regler, som då gällde behandling med bidrag av mödrahjälpsmedel, läggas till grund för ersättningsreglerna inom moderskapsförsäkringen.

Beträffande utformningen av tandvårdsförsäkringen för mödrar ansåg kommittén, att ersättning för tandläkarvård skulle ersättas på samma sätt som läkarvård och viss kvalificerad tandläkarvård inom sjukförsäkringen. Kommittén föreslog, att tandvårdsersättningen bestämdes till 3/4 av utgifterna eller, där dessa överstigit visst taxebelopp, 3/4 av taxebeloppet. Bestämmelser om vilka behandlingsåtgärder som skulle vara ersättningsbara och om de arvoden på vilka ersättning maximalt skulle beräknas borde tas in i dåvarande sjukkassetaxan. Behandlingsarvodena borde bestämmas så, att den som behandlats inom folktandvården själv aldrig behövde betala mer än 1/4 av de verkliga utgifterna för ersättningsbara åtgärder. För att de som anlitat privata tandläkare skulle få en rimlig andel av sina verkliga utgifter ersatta borde de taxebelopp, som skulle inflyta i sjukkassetaxan, i allmänhet vara högre än avgifterna i den dåvarande folktandvårdstaxan.

I de fall då patienten inte erlade betalning till tandläkare vid varje besök utan först sedan all erforderlig behandling avslutats, kunde tandläkarräkningen komma att lyda på ett avsevärt större belopp än som var vanligt vid läkarvård. För att patienten skulle slippa lägga ut hela beloppet borde det enligt kommitténs mening övervägas att låta sjukkassan betala försäkringsandelen av kostnaden direkt till tandläkaren.

Någon förhandsgranskning från sjukkassans sida av förslag till tandbehandling ansågs inte påkallad. För att ersättning skulle utgå borde endast krävas, att ersättningsbara behandlingsåtgärder utförts medan kvinnan var gravid eller under den tid efter förlossningen som skulle anges i lagen.

Kommittén förde också visst resonemang om reseersättning. Beträffande detta se vidare under kap. 10.

Vid beräkning av kostnaderna för mödratandvården kunde kommittén endast bygga på uppskattningar och upptog en kostnad av 15 miljoner kronor. Finansieringen av den nya tandvårdsförsäkringen för mödrar borde ske på samma sätt som av läkarvårdsersättning inom sjuk- och moderskapsförsäkringarna (då till hälften med statsbidrag till hälften med avgifter från dem som var försäkrade för sjukvård).

Införande av ersättning för tandlikarvård som en försäkringsförmån åt blivande och nyblivna mödrar ansågs av *remissinstanserna* allmänt som ett viktigt och värdefullt inslag i socialpolitiska kommitténs förslag. I flera remissyttranden framhölls, att en sådan anordning var en förutsättning för att mödrahjälpen skulle avskaffas. Medicinalstyrelsen underströk vikten av att tandkontroll och

tandvård blev ett normalt led i den förebyggande mödravården. Sveriges tandläkarförbund konstaterade, att kommitténs förslag innefattade längre gående stödåtgärder än de som kom blivande mödrar till del på andra områden därigenom att inte endast tandskador som stod i direkt samband med graviditeten avsågs bli ersättningsberättigande utan även sådana som uppkommit före havandeskapet. En dylik engångs- eller sporadiskt återkommande bettbehandling ansågs varken ur allmän medicinsk eller odontologisk synpunkt ha det värde kommittén syntes förutsätta. Förbundet biträdde trots dessa invändningar kommitténs uppfattning, att tandvård i samband med barnsbörd borde göras till en allmän förmån och godtog det föreliggande förslaget om mödratandvård som en sjukförsäkringsförmån.

I *propositionen* 1962:90 anslöt sig departementschefen i fråga om mödratandvården helt till vad socialpolitiska kommittén föreslagit. Departementschefen fann det både naturligt och lämpligt att bestämmelserna om ersättning för läkarvård i sjukförsäkringen fått tjäna som förebild för reglerna om ersättning för tandläkarvård inom moderskapsförsäkringen. Vidare var det, såsom socialpolitiska kommittén framhållit, önskvärt att den försäkrade såväl för förberedande undersökning som för själva behandlingen kunde välja om hon ville anlita folktandvården eller privatpraktiserande tandläkare. Därigenom syntes det inte finnas anledning att frukta att de nya försäkringsförmånerna skulle skapa ett alltför hårt tryck på folktandvårdens resurser. Förtursrätt för mödrar inom folktandvården borde finnas men denna borde kunna kombineras med en dispensmöjlighet för medicinalstyrelsen så att man kunde undvika svårigheter för vården i övrigt.

Andra lagutskottet hade i sitt utlåtande 1962: 27 intet att erinra mot det i propositionen framlagda förslaget om mödratandvård. Tre av utskottets ledamöter reserverade sig mot utskottets beslut och ansåg, att de försäkrade borde äga rätt till ersättning för resor i anledning av tandläkarvård inom moderskapsförsäkringen enligt de grunder som gällde beträffande resor till och från läkare. Riksdagen godtog vad i propositionen föreslagits.

5.2.2 Nuvarande ersättningsregler

I 2 kap. 3 § andra och tredje styckena lagen den 25 maj 1962 är intagna nu gällande bestämmelser beträffande ersättning för tandläkarvård åt blivande och nyblivna mödrar, vilka har följande lydelse.

> Ersättning för utgifter för tandläkarvård utgår jämjäl för sådan, kvinnlig försäkrad meddelad behandling, som angives i en av konungen fastställd förteckning och som utförts under den tid då den försäkrade var havande eller inom tvåhundrasjuttio dagar efter förlossningsdagen.
>
> Ersättning utgår med tre fjärdedelar av utgifterna eller, då dessa överstigit det belopp, vartill de enligt av Konungen fastställd taxa skola beräknas uppgå, med tre fjärdedelar av sistnämnda belopp.

Ersättning för resor i samband med mödratandvård utgår inte.

Den i förstnämnda lagrum angivna förteckningen återfinns i läkarvårdstaxan 1969: 657. I 11 § anges under 20 rubriker de arvodesbelopp på vilka ersättning högst får beräknas (se bilaga 6.4).

Ersättning för förberedande åtgärd enligt punkterna 1 och 2 utgår efter arvoden från 8 till 30 kronor. För tandkirurgisk behandling (tanduttagning m m) enligt punkterna 3–6 utgör arvodena lägst 8 och högst 50 kronor. Punkterna 7–9 omfattar pulpakirurgisk behandling (rotbehandling) och ersättning utgår efter arvoden om lägst 30 och högst 40 kronor. För konserverande behandling (tandfyllning) enligt punkterna 10–12 utgör arvodena lägst 15 och högst 40 kronor. Punkterna 13 och 14 omfattar behandling med fast protes och arvodena utgör 40 resp. 160 kronor. Punkterna 15–20 slutligen omfattar behandling med avtagbar protes och ersättning utgår efter arvoden mellan 30 och 340 kronor.

Taxebeloppen har gällt sedan år 1963. Försäkringens årskostnad för mödratandvården utgör ca 15 milj. kr. Ersättningen för

mödratandvård administreras av de allmänna försäkringskassorna med riksförsäkringsverket som tillsyns- och besvärsmyndighet. Verkets beslut kan överklagas hos försäkringsdomstolen.

5.2.3 Undersökning av ersättningsnivån m. m.

Med anledning av en framställning från Sveriges tandläkarförbund uppdrog Kungl. Maj:t den 13 december 1968 åt riksförsäkringsverket att efter samråd med socialstyrelsen göra en översyn av återbäringstaxan för mödratandvården. Som ett led i detta uppdrag utförde riksförsäkringsverket en statistisk undersökning av den ersättning för mödratandvård, som under två månader 1968 (november och december) utgivits av de allmänna försäkringskassorna.

Uppgifter till undersökningen hade hämtats från de kvitton, som låg till grund för försäkringskassornas utbetalningar av ersättning för mödratandvård. Uppgifterna avsåg patientens födelsedatum, det nummer varmed den meddelade åtgärden betecknats i återbäringstaxan, antalet på kvittot upptagna sådana åtgärder, det arvode tandläkaren kvitterat och den återbäring som den försäkrade erhållit. Dessutom ingick uppgift om huruvida den behandlande tandläkaren var tjänstetandläkare eller privatpraktiserande tandläkare. Undersökningen har överlämnats till 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring.

Av undersökningen framgår bl. a. att av totala antalet kvitton privattandläkarnas andel utgjorde drygt 80 % och folktandvårdens närmare 20 % samt att de flesta åtgärderna företogs på patienter i åldrarna 25–29 år. Om tandläkarna vid arvodessättningen exakt skulle ha följt återbäringstaxans belopp, skulle de försäkrades återbäring ha utgjort 75 % av arvodet (full återbäring). Genomsnittligt fick patienterna ersättning från försäkringen med 47,4 % av sina tandvårdskostnader. Återbäringsprocenten var emellertid, av förklarliga skäl, helt olika inom folktandvården och i privatpraktik. Ersättningen var sålunda 71,0 % då vården meddelats av tjänstetandläkare och 43,8 % då den meddelats av privattandläkare. Som förut nämnts gällde detta år 1968.

Över hälften av de vidtagna åtgärderna (56,2 %) avsåg fyllning (nr 10–12). Enklare fyllning (nr 10, 34,2 %) var vanligare än mera komplicerad (nr 11–12, 22,0 %). Relativt vanliga åtgärder var även undersökning av tand- eller muntillstånd, (nr 1) röntgenundersökning (nr 2) och behandling av tandkött samt avlägsnande av tandsten (nr 3). Dessa åtgärder förekom i något olika grad på tjänstetandläkares och privattandläkares kvitton. De förra debiterade oftare arvode för röntgenundersökning, de senare för undersökning av tand- och muntillstånd. Behandling med avtagbar protes (nr 15–20) omfattade 0,3 % av åtgärderna vilket motsvarar ca 3 800 behandlingar.

På begäran av utredningen har riksförsäkringsverket genomfört en ny statistisk undersökning av mödratandvården, delvis ur andra aspekter. Undersökningen, som omfattade mödrar vilka fött barn under en viss period år 1970, redovisas i bilaga 5.

5.3 *Yrkesskadeförsäkringens ersättning vid tandskada*

5.3.1 Kort historik

Enligt 1916 års lag om försäkring för olycksfall i arbete (OL) som gällde t. o. m. år 1954 skulle arbetstagare som skadats till följd av olycksfall i arbete, få full ersättning för erforderlig läkarvård jämte läkemedel och andra till arbetsförmågans höjande nödiga hjälpmedel, såsom kryckor, korstgjorda lemmar och glasögon. Om sådant hjälpmedel behövde förnyas kunde i stället för nytt hjälpmedel utges antingen ett årligt belopp som svarade mot kostnaden för förnyelsen eller ett engångsbelopp. I begreppet läkarvård innefattades enligt praxis även behandling av tandläkare.

Ersättning utgick således för erforderlig behandling av tandskada. Därvid ersattes det erforderliga beloppet om det inte kunde anses oskäligt vid jämförelse med den taxa

som privatpraktiserande tandläkare på orten i allmänhet tillämpade. Om folktandvårdspoliklinik fanns tillgänglig, ersattes erforderlig behandling i regel enligt folktandvårdstaxan. Vidare ansågs kostnader för transport till eller från tandläkaren kunna ersättas såsom en förmån, grundad på rätten till fri tandläkarvård. Skälig ersättning utgavs även för ökade utgifter för kost för tid, varunder den skadade varit nödsakad att vistas utom hemorten för erforderlig tandläkarvård eller undersökning. Även om den skadades tillstånd av medicinska skäl inte föranledde sjukskrivning, kunde sjukpenning tillerkännas om så ansågs erforderligt med hänsyn till den tidsspillan som genom vården uppkom för den skadade. Till nödiga hjälpmedel räknades även artificiella tänder, varvid dock kostnaden ej fick överstiga vad som enligt förhållandena kunde anses skäligt.

I sitt betänkande Sjukförsäkring och yrkesskadeförsäkring (SOU 1952: 39) lade socialförsäkringsutredningen fram förslag till de ändringar i den år 1946 antagna lagen om allmän sjukförsäkring och ett förut framlagt förslag om yrkesskadeförsäkringslag, som ansågs erforderliga för att uppnå en viss samordning mellan sjuk- och yrkesskadeförsäkringarna. Socialförsäkringsutredningen uttalade bl. a. att efter utgången av en s. k. samordningstid på 90 dagar sjukvård borde ersättas av yrkesskadeförsäkringsinrättningen efter yrkesskadeförsäkringens förmånligare grunder. Utredningen anförde vidare.

> Behov av sådana till arbetsförmågans höjande eller eljest till lindrande av menliga följder av ett olycksfall nödiga särskilda hjälpmedel som kryckor, konstgjorda lemmar och tänder samt glasögon kan föreligga redan under samordningstiden. Sådana proteser och andra hjälpmedel ersättes inte enligt lagen om allmän försäkring men väl enligt lagen om försäkring för olycksfall i arbete. Enligt utredningens förslag skall vid yrkesskada försäkringsinrättningen svara för sådana hjälpmedel även under den tid, då sjukvårdsersättning i anledning av olycksfallet skall utgå från sjukkassan.
>
> Från sjukförsäkringen skall ersättning för kostnad för tandläkarvård utgå endast i speciella undantagsfall. Är det inte fråga om protesfall, kommer därför tandläkarvård för yrkesskada att ersättas i allmänhet endast om vården uppskjutes till dess samordningstiden utgått eller försäkringsinrättningen tidigare helt övertagit ansvaret för sjukvårdsersättningen. Ett sådant uppskov är emellertid i regel olämpligt. Utredningen föreslår därför en specialbestämmelse enligt vilken under samordningstiden eller motsvarande ersättning för tandläkarvård skall utgå från yrkesskadeförsäkringen enligt dess regler, i den mån ersättning inte utgår från sjukförsäkringen.

Utredningens förslag godtogs av statsmakterna.

5.3.2 Nuvarande ersättningsregler

I 11 § fjärde stycket och 12 § lagen om yrkesskadeförsäkring finns nu gällande bestämmelser om ersättning för tandläkarvård inom yrkesskadeförsäkringen.

11 §

Medför yrkesskada under samordningstiden behov av sjukvård utom riket eller tandläkarvård eller sådana särskilda hjälpmedel, som avses i 12 §, skola erforderliga kostnader härför, utgifter för nödiga resor inräknade, ersättas enligt denna lag, i den mån ersättning icke utgår enligt lagen om allmän försäkring.

12 §

Föranleder yrkesskada efter samordningstidens utgång behov av *läkar-, tandläkar-* eller *sjukhusvård* eller av *läkemedel*, skola erforderliga kostnader härför ävensom nödiga utgifter för resor ersättas av riksförsäkringsverket.

Ersättning skall ock utgå för erforderliga kostnader för *särskilda hjälpmedel* till lindrande av menliga följder av skadan, såsom kryckor, konstgjorda lemmar och glasögon. Erfordras förnyelse av dylika hjälpmedel må, när skäl därtill prövas föreligga, kostnaden härför ersättas genom ett årligt belopp, som svarar mot den sannolika årliga kostnaden för förnyelsen, eller genom ett belopp för en gång, motsvarande kostnadens kapitalvärde enligt beräkningsgrunder som fastställas av Konungen.

Sjukhjälp enligt 1950 års militärersättningsförordning och 1916 års olycksfallsförsäkringslag samt många till yrkesskadeförsäkringslagstiftningen anknytna ersättningsförfattningar utgår redan från ersättningstidens början. Någon samordningstid förekommer således inte. Enligt dessa författningar utges ersättning för kostnader för tandläkarvård i enlighet med de grunder som härvidlag gäller tandvårdsersättning enligt lagen om yrkesskadeförsäkring. Även skada på protes anses böra ersättas enligt de flesta av ifrågavarande

författningar. Sammanfattningsvis gäller alltså att full ersättning utgår för de kostnader som erfordras för att behandla tandskada som uppstått till följd av olycksfall i arbete (eller under färd till eller från arbetsplatsen).

5.3.3 Handläggning av tandskadeärenden

Tandskadeärenden anmäls till riksförsäkringsverkets yrkesskadeavdelning. Där prövas om skadan har inträffat under sådana omständigheter att ersättningsrätt kan föreligga enligt den aktuella författningen, om medicinskt samband föreligger mellan olycksfallet och tandskadan samt hur ersättningen skall beräknas.

I åtskilliga fall uppkommer fråga om den uppgivna skadan kan anses vara av någon som helst betydelse för tandvårdsbehovet. Tandstillståndet kan sedan länge ha varit mycket dåligt, t. ex. på grund av utbredd tandlossningssjukdom. I sådana fall uppges ibland att ett slag mot munnen medfört att en tand blivit lös. Det förekommer exempelvis också att den tand som uppgivits ha blivit skadad är så starkt karierad att den borde extraheras.

Tandskadefallen kräver i stor utsträckning sakkunnigyttrande. Uppgifterna i grundmaterialet, skadeanmälan och behandlingsförslag från tandläkaren, kräver ofta komplettering beträffande bettstatus och röntgenfynd m. m.

Försäkringsrådet angav på sin tid att ersättning enligt yrkesskadeförsäkringslagen m. m. för tandläkarvård i regel borde beräknas efter folktandvårdstaxan, om behandling inom folktandvården kunde erhållas utan oskäligt dröjsmål. I det stora flertalet fall måste de skadade emellertid söka privattandläkare. Då gäller inga fasta normer för beräkningen av den erforderliga behandlingskostnaden.

Riksförsäkringsverkets beslut kan överklagas hos försäkringsrådet. Mot rådets beslut kan talan föras hos försäkringsdomstolen. Yrkesskadeförsäkringens årskostnad för tandskador är ca 5 milj. kr.

Under augusti 1970 gjordes inom riksförsäkringsverket en stickprovsundersökning omfattande yrkesskador som under år 1969 drabbat anställda i privat och kommunal tjänst. Hela antalet sådana skador utgjorde 18 085. För genomgång tog man slumpmässigt ut 1 784 av dessa ärenden, dvs. ca en tiondel av materialet. Tandskador förekom i 398 ärenden motsvarande 22,3 % av yrkesskadefallen. Av dessa ärenden hade 375 hunnit avgöras vid undersökningstillfället. Antalet för ersättning godkända fall var 339 (90 % av antalet avgjorda), varav 14 med reducerat belopp.

5.4 *Försäkringsbolagens ersättning vid tandskada*

Ett väsentligt moment i försäkringsbolagens olycksfallsförsäkringar är ersättning för behandling av tandskador uppkomna genom olycksfall. I vissa fall ingår denna ersättningsrätt obligatoriskt genom en till försäkringen knuten läkekostnadsersättning, i andra medförsäkras ersättningsrätten som ett fristående komplement till olycksfallsförsäkringen.

För att kunna tillhandahålla en försäkring som är billig men ändå ger största möjliga hjälp till den som råkar ut för oförutsett inträffade skador, t. ex. vid fall, trafikolyckor, lek och idrott, har man begränsat försäkringen till olycksfall. Detta gäller oavsett vilken konstruktion försäkringsskyddet än har. Det är alltså inte fråga om ersättning för tandbehandling i allmänhet.

Definitionen på olycksfall lämnas i försäkringsvillkoren. Där finns också regler för hur en vid olycksfallet förefintligt sjuklig förändring skall inverka på ersättningsrätten samt bestämmelser om vilka kostnader som skall ersättas liksom även maximeringsregler beträffande tid och belopp.

I försäkringsvillkoren finns en bestämmelse att behandlingen på förhand skall godkännas av bolaget. Genom denna regel ges en möjlighet för försäkringsbolagets konsulterande förtroendetandläkare att innan behandlingen igångsätts ta ställning till om han kan tillstyrka att ersättning från bolaget lämnas för hela det avsedda programmet. Han har då bl. a. att ta hänsyn till försäkring-

ens omfattning i det enskilda fallet och till tandstatus före skadan.

Vid tvistefall, då försäkrad inte vill godta ett bolags beslut, kan ärendet hänskjutas till särskilda skadeprövningsnämnder. Bedömningen där sker av utanför bolagen stående expertis. Nämndernas beslut är rådgivande men frångås praktiskt taget aldrig. Behandlingen i skadeprövningsnämnd utesluter inte den försäkrades möjlighet att fullfölja sin talan vid allmän domstol.

Försäkringsbolagen driver också en speciell verksamhet, nämligen skolungdomsförsäkring. Denna typ av försäkring ger vid olycksfall ersättning för bl. a. erforderliga kostnader för tandläkarvård samt för resor till och från behandling och vård. De allra flesta tandskadorna kan regleras först när den skadade eleven blir vuxen.

6 Tandvårdsförsäkring i några andra länder

I detta kapitel redovisas systemen för tandvårdsförsäkring i Danmark, Storbritannien, Västtyskland och Frankrike. Dessa har bedömts kunna vara av intresse vid en diskussion av en tandvårdsförsäkring i Sverige.

6.1 *Danmark*

Ersättning för tandvård har sedan länge lämnats i den danska sjukförsäkringen. Enligt den tidigare gällande "folkeforsikringsloven", som fram till den 1 april 1961 reglerade sjukkassornas verksamhet, kunde kassorna i sina stadgar ta in bestämmelser om bidrag till tandvård. Det var emellertid ett frivilligt bidrag; kassorna hade ingen skyldighet att lämna sina medlemmar och deras barn hjälp till tandvård.

Numera finns en obligatorisk tandvårdsförsäkring för huvudparten av befolkningen, de s. k. A-medlemmarna i sjukkassorna. (Obligatorisk är försäkringen dock egentligen endast i de kommuner som har infört skoltandvård.) A-medlemmar är medlemmar med årsinkomst under en bestämd inkomstgräns och B-medlemmar sådana med inkomst över den fastställda inkomstgränsen. Inkomstgränsen är f. n. i huvudstadsområdet ca 61 100 kronor för försörjare och 45 800 kronor för icke-försörjare. För landet i övrigt är inkomstgränsen ca 53 600 resp. ca 40 200 kronor. För varje barn under 16 år förhöjs inkomstgränsen med f. n. 7 950 kronor. Medlems barn under 16 år omfattas nämligen av försäkringen. A-medlemmar och B-medlemmar är "nydende" medlemmar. Envar har rätt att bli "nydende" medlem. C-medlemmar är ett litet fåtal, huvudsakligen intagna på institutioner och liknande. De är "bidragydende" medlemmar och betalar en mycket låg avgift. Senare har de möjlighet att bli A- eller B-medlemmar.

Berättigade till tandläkarhjälp är "nydende" medlemmar och deras barn under 16 år (även barn, som vårdas i familjevård). Emellertid har sjukkassan inte rätt att lämna tandvård till barn som har tillgång till regelbunden tandvård på småbarns- eller skoltandpoliklinik eller som går i en skolklass, där eleverna i klassen har tillgång till tandvård. Självständiga "nydende" medlemmar över 16 år som har tillgång till skoltandvård kan däremot välja mellan behandling på skoltandpoliklinik eller hos privatpraktiserande tandläkare.

Sjukkassornas centralföreningar och danska tandläkarföreningen har ingått en överenskommelse om tandläkarhjälp till A-medlemmar, vilken trädde i kraft den 1 december 1965. Överenskommelsen gäller för de till centralföreningarna anslutna sjukkassorna och för inom dessa områden verksamma medlemmar av tandläkarföreningen. Ingen av sjukkassorna eller tandläkarföreningens medlemmar får träffa avtal med utomstående angående tandvård utan särskilt tillstånd.

Tandläkare och sjukkassa som önskar ansluta sig till överenskommelsen har att ansöka härom enligt särskilda regler. Detsamma gäller vid utträde.

Sjukkassan skall ge sina A-medlemmar fritt val mellan samtliga praktiserande tandläkare som är anslutna till överenskommelsen. Sjukkassan skall på förfrågan ge sina medlemmar upplysning om vilka tandläkare inom kassans område som är anslutna till överenskommelsen.

Den, som är A-medlem i en erkänd sjukkassa och söker tandläkarvård hos tandläkare, som är ansluten till överenskommelsen, skall redan vid sitt första besök hos tandläkaren lämna upplysning härom och styrka detta genom medlemsbevis. I annat fall är tandläkaren berättigad att kräva betalning som för icke-medlemmar.

B-medlemmar kan fritt välja tandläkare, även bland tandläkare, som icke är anslutna till överenskommelsen. Efter att ha mottagit en kvitterad och specificerad tandläkarräkning utger sjukkassan ersättning med ett belopp av samma storlek som sjukkassan skulle ha betalat för motsvarande ersättning till A-medlemmar enligt överenskommelsen.

Varje medlem, som har fyllt 16 år och är född 1945 eller senare, och som vid en under de senaste 9 månaderna avslutad tandbehandling har fått sitt tandsystem sanerat, kan efter hänvändelse till sin sjukkassa bli ansluten till en anordning med regelbunden tandvård. Motsvarande gäller för medlemmar i samma åldersgrupper som erhållit tandvård på kommunal skoltandpoliklinik. Dessa skall hos sjukkassan begära anslutning senast 9 månader efter det att hans tillgång till skoltandvården har upphört.

De medlemmar, som på så sätt är anslutna till den regelbundna tandvården, erhåller från sin sjukkassa 9–10 månader efter den sista tandbehandlingens avslutande en skriftlig uppmaning att inom 14 dagar beställa tid hos tandläkare för ny undersökning och eventuell behandling. Om de för denna behandling fastställda tidsgränserna överskrids och detta beror på medlemmen, kan sjukkassan utesluta medlemmen från regelbunden tandvård, och han kan anslutas till anordningen igen först efter förnyad sanering av tandsystemet och därpå följande hänvändelse till sjukkassan.

Denna anordning är avsedd att efter hand utvidgas till att omfatta samtliga medlemmar.

Den nuvarande överenskommelsen kan omfatta följande former av tandvård: a) undersökning, tandrensning, tandfyllning (med användande av silikofosfatcement, silikatcement eller amalgam som fyllningsmaterial), rotbehandling och rotfyllning samt tandutdragning under lokalbedövning eller b) tandutdragning under lokalbedövning. Alla sjukkassor lämnar ersättning för tandvård enligt a).

Ger sjukkassan ersättning för åtgärder under a) betalar sjukkassan – direkt till tandläkaren för A-medlemmar – 3/4 av taxebeloppet för medlemmar som är anslutna till systemet med regelbunden tandvård och 2/3 för övriga medlemmar. Ger sjukkassan ersättning enligt b) företagen åtgärd betalas hela arvodet enligt taxan direkt till tandläkaren.

I det följande ges exempel på nu gällande arvodesbelopp. Det är grundbelopp som ökats med (f. n.) 78,2 %.

Arvodet för undersökning, vari innefattas klinisk undersökning av tand-, mun- och käksjukdomar samt instruktion och kontroll av dessa sjukdomars förebyggande, utgör 21 kronor. Enligt vägledande kommentar för arvodesberäkningen måste undersökningen vara en naturlig och rimlig förutsättning för patientens vidare behandling. För tandrensning utgår 46 kronor, och därvid gäller att för varje behandlingsperiod arvode kan beräknas endast för en tandrensning, oavsett om denna måste sträcka sig över flera besök. För permanent fyllning utgör arvodena mellan 45 och 50 kronor, beroende på vilka tänder som behandlas och vilka material som användes. Enligt kommentaren beräknas två eller flera fyllningar på samma tandyta i samma behandlingsperiod som en fyllning. För provisoriska fyllningar utgår inget särskilt arvode. Vidare omfattar överenskommelsen ej

heller några fyllningar m. m. i samband med framställning av kronor. Rotbehandling och rotfyllning betalas med arvoden mellan 62 och 98 kronor per tand. För tandutdragning slutligen utgör arvodena mellan 42 och 267 kronor. För behandling utanför besökstid eller annorstädes än på kliniken utgår vissa tillägg.

Allmänt gäller vidare att medlem, som uteblir från behandling utan att senast två timmar före avtalad tid ha meddelat återbud, är skyldig att ersätta tandläkaren härför med visst belopp. För påbörjad behandling, som patienten avbryter och som därför ej kan avslutas, åvilar det patienten att erlägga fullt arvode utan ersättning från sjukkassan.

Beträffande behandlingsformer, som ej upptagits i överenskommelsen, är tandläkaren fri att debitera enligt gängse arvodesprinciper. Patienten får för dessa behandlingar i regel ej heller något bidrag från sjukkassan. Till denna sista grupp hör behandling för parodontit, tandkirurgi, tandreglering, guldarbeten och proteser. Undantag utgör guldinlägg och fyllningar av compositematerial, för vilka patienten får återbäring motsvarande amalgam eller silikat, samt vissa kirurgiska ingrepp där patienten har rätt till en fast återbäring. För omfattande parodontitbehandlingar kan patienten ansöka om bidrag. I samtliga fall som det här är fråga om betalar patienten det fulla arvodet till tandläkaren och får eventuell återbäring i efterskott.

Överenskommelsen gäller ej vid eventuell privat skoltandvård eller tandvård på kliniker drivna av staten, kommuner, offentliga eller privata institutioner.

Ger sjukkassan undantagsvis, vid behov, hjälp till andra former av tandvård än de tidigare nämnda, lämnas kontant återbäring när medlemmen till sjukkassan insänder en av tandläkaren utställd, specificerad och kvitterad räkning.

Sjukkassornas verksamhet finansieras genom medlemsavgifter och statsbidrag. Statsbidraget är större för A-medlemmar än för B-medlemmar, och de sistnämndas medlemsavgifter är något högre än A-medlemmarnas (förmånerna skiljer sig framför allt i fråga om läkarvården).

Ett permanent samarbetsutskott med 3 representanter för vardera sjukkassornas centralföreningar och dansk tandläkarförening skall finnas. Utskottet skall främja samarbetet mellan parterna och avgöra tvister mellan tandläkare och sjukkassa (medlem), vilka inte har kunnat avgöras i annan ordning. I tvistefrågor har utskottet befogenhet att utdela varning, att ålägga sjukkassan eller tandläkare att återbetala visst belopp, att utdöma böter samt, beträffande tandläkare, besluta att tandläkares anslutning till överenskommelsen skall upphöra för en begränsad tid av upp till 2 år eller utan tidsbegränsning. Beslutet kan offentliggöras i vederbörande fackorgan. Om utskottet inte är enhälligt kan parterna hänskjuta frågan till en "voldgiftsrätt", till vilken vardera parterna utser 2 representanter.

6.2 *Storbritannien*

Genom National Health Service, som började 1948, har en statlig sjukförsäkring anordnats i England. Tanken med en fullt utvecklad hälso- och sjukvård för hela befolkningen var emellertid inte ny.

Många utredningar hade behandlat denna fråga under mellankrigstiden och faktiskt ända sedan 1912 då National Health Insurance Scheme trädde i kraft. Enligt detta system var många men inte alla försäkringstagare berättigade till ersättning för hela eller del av den godkända kostnaden för tandbehandling. Ersättning utgavs av the Approved Society från dess överskottsfonder, och det var storleken av överskottet som i själva verket bestämde om den försäkrade var berättigad till denna extra förmån eller ej. Man har uppskattat att endast 6 eller 7 % av de ca 13 miljoner människor som kunde komma i fråga för förmånen, gjorde anspråk på den. Enligt National Health Insurance Scheme var tandbehandling inte föreskriven som en allmän förmån. Den som önskade erhålla tandvård var skyldig att själv finna en tandläkare, som var villig att behandla ho-

nom på de av försäkringen fastställda villkoren.

För skolbarn tillhandahölls tandvård i olika omfattning av lokala undervisningsmyndigheter som ett led i skolhälsovården. Tandvård för väntande och nyblivna mödrar och för barn under fem år ombesörjdes av de flesta lokala hälsovårdsmyndigheter. Vården tillhandahölls antingen på lokala kliniker eller efter överenskommelse hos privattandläkare eller sjukhus. För fyllningar och utdragningar uttogs i regel ingen avgift, men de flesta myndigheter brukade driva in vad modern kunde väntas betala för proteser.

Enligt The National Health Service Act av 1946 åvilar det hälsovårdsministern i England och Wales att sörja för uppbyggandet av en mångsidig hälsovård i syfte att förbättra folkets fysiska och psykiska hälsa och att förebygga, diagnostisera och behandla sjukdomar. Ministern är inför parlamentet ansvarig för att hälsovårdsanordningar av varje slag och av högsta möjliga kvalitet finns att tillgå för var och en som är i behov därav. All vård skall vara kostnadsfri såvida inte särskild avgift föreskrivits.

Vem som helst som är bosatt i England och Wales är berättigad att inom den allmänna tandvården erhålla all behandling han behöver för att bli "dentally fit", dvs. få till stånd en sådan skälig standard på tänderna som är nödvändig för att säkra det allmänna hälsotillståndet.

Tandläkare kan ansluta sig till den allmänna tandvården om de önskar. De får praktisera inom det område de väljer och får ta emot privatpatienter likaväl som patienter inom den allmänna tandvården. Majoriteten av tandläkare (omkring 12 000 i England och Wales) är ansluten till den allmänna tandvården.

Det regionala organet för hälsovården, det s. k. Executive Council, skall upprätta en förteckning, s. k. dental list, över de tandläkare som efter ansökan blivit upptagna i förteckningen. Varje tandläkare har rätt att ansöka om att bli uppförd på listan. Denna, som förutom tandläkarens namn skall uppta adress, mottagningstider m. m., finns tillgänglig på resp. Executive Councils kontor och på huvudpostkontoren i området. Tandläkarna har inte såsom läkarna patientförteckningar; en patient har full frihet att välja tandläkare på samma sätt som en tandläkare kan anta eller avvisa en patient. En tandläkare som är upptagen på listan är vidare oförhindrad att ta emot privatpatienter. Före behandlingens början måste det i varje särskilt fall göras klart om en patient skall behandlas inom National Health Service eller privat.

En tandläkare som inte längre önskar vara upptagen på listan skall anmäla detta med tre månaders varsel och vidta åtgärder för slutförandet av patienternas behandling. Disciplinära åtgärder kan vidtas mot en tandläkare som försummat att följa de föreskrivna reglerna för tandvårdstjänsten, och i allvarligare fall kan han uteslutas från listan. Effekten härav blir att han hindras från att verka inom den allmänna tandvården, ehuru han fortfarande har rätt att ta emot privatpatienter.

The Dental Estimates Board (DEB) inrättades genom the National Health Service Act 1946 för att dels handlägga räkningar från tandläkarna avseende tandvård som meddelats inom den allmänna tandvården och dels lämna förhandsmedgivanden till mera omfattande eller kostsamma behandlingar. Dess styrelse består av en heltidsanställd ordförande och en vice ordförande, som båda måste vara tandläkare, samt sju andra ledamöter, av vilka fem måste vara tandläkare. Alla utses av hälsoministern efter tandläkarförbundets hörande.

DEB:s uppgift är att granska och godkänna tandläkarräkningar och att lämna resp. Executive Council uppgift om de ersättningar som skall utbetalas till de olika tandläkarna på dess lista. DEB har att granska att räkningarna överensstämmer med givna författningar och att de upptagna priserna är korrekta. I de fall en tandläkare inte följer givna föreskrifter eller eljest anmärkningsvärda eller otillfredsställande förhållanden konstateras, skall DEB göra anmälan till vederbörande Executive Council. När

det anses att en tandläkare utför alltför omfattande behandling, görs anmälan till hälsoministern. Patienter, som ej är tillfredsställda, kan göra anmälan till Executive Council. Detta organ överlämnar anmälningarna till sin Dental Service Committee, som efter undersökning i ärendet lämnar rapport till Executive Council med rekommendation till åtgärd. I extrema fall hänskjuts ärendet till ett särskilt organ, the Tribunal, som består av en jurist, en tandläkare och en lekman. Det kan då vara fråga om tandläkares avförande från förteckningen. Executive Council samarbetar med de lokala hälsovårdsmyndigheterna och biträds i sina uppgifter av lokala kommittéer, representerande bl. a. tandläkarnas intressen. Tandläkarnas lokala kommitté kallas local dental committee.

Det är tandläkarens sak att med sin yrkeskännedom bestämma vad som erfordras för att ge patienten en fullgod tandstatus. Proteser kan erhållas, ehuru tandläkaren vanligen inte förser en patient med sådana om denne vägrar att motta konserverande tandbehandling för kvarvarande tänder. När det gäller vissa typer av behandling måste tandläkare erhålla godkännande av the Dental Estimates Board innan han kan påbörja behandlingen.

Utan föregående godkännande kan följande typer av behandling ges: kliniska undersökningar; de flesta radiologiska undersökningar; de flesta former av behandling av tandkött och tandsten, rotbehandling och fyllningar (andra än guldfyllningar); en enkel inläggning och/eller krona under vissa omständigheter; utdragningar utom när dessa skulle nödvändiggöra protes för en patient under 21 år eller när de utgör led i en ortodontisk behandling; vissa typer av bedövning; del- eller helprotes i kautschuk eller syntesmaterial och reparation m. m. av sådana proteser; behandling av känslig tandsubstans eller åtgärd för att hejda onormal blödning; provtagning för patologiska och bakteriologiska undersökningar.

Under National Health Service's tre första år var all tandbehandling helt kostnadsfri för de vårdsökande. Detta ledde till en kraftigt ökad efterfrågan på tandvård och alldeles särskilt på proteser. År 1951 infördes särskilda avgifter för proteser och året därpå en grundavgift av ett pund för andra slag av behandlingar. Fr. o. m. april 1971 är en första undersökning avgiftsfri, men patienten får betala hälften av kostnaderna för all annan behandling (inklusive erhållande av proteser) upp till en maximal avgift av 10 pund.

Följande kategorier är undantagna från all slags avgiftsbetalning, nämligen alla barn under 16 års ålder, alla personer i åldern 16–21 år som fortfarande går i skolan (enligt innebörden i the Education Act 1944) samt blivande mödrar eller kvinnor som har fött barn under de närmast föregående tolv månaderna.

Personer i åldern 16–21 år som inte går i skolan är berättigade till kostnadsfri behandling för annat än helt eller delvis utbyte av protesbas eller tillägg till protes eller insättande av ny protes eller annan tandbärande anordning. För denna typ av behandling betalas halva kostnaden (upp till 10 pund).

En patient som vill ha dyrbarare behandling än vad som är medicinskt motiverat (t. ex. fyllning av guld i stället för amalgam) kan själv betala merkostnaden och få den önskade behandlingen utförd. Men först måste patienten få tandläkarens samtycke och sedan genom denne begära godkännande av the Dental Estimates Board för den önskade behandlingen.

För all tandvård som utförs inom ramen för National Health Service är tandläkaren taxebunden. Ett särskilt organ, Review Body (sammansatt av framstående personer utan anknytning till medicin eller tandläkarverksamhet och oberoende av regeringen) ger regeringen råd om lämplig ersättningsnivå för läkare och tandläkare i the National Health Service. Ett annat organ, the Dental Rates Study Group (sammansatt av representanter från departementen och tandläkarkåren) fastställer en arvodestaxa beräknad efter den av Review Body rekommenderade genomsnittsinkomsten och lämplig ersättning för

varje behandlingsåtgärd.

Det är Executive Council som betalar tandläkaren hela arvodet efter avdrag av den avgift som patienten skall erlägga direkt till tandläkaren.

Vid behandling inom den allmänna tandvårdens ram är patienten skyldig att, om så erfordras, underkasta sig undersökning av en tandvårdsinspektör (Regional Dental Officer). Landet är indelat i olika distrikt med var sin tandvårdsinspektör utnämnd av hälsoministern. Dessa inspektörer skall vara rådgivare åt the Dental Estimates Board, Executive Councils och tandläkare i alla de frågor som har samband med tandvården.

National Health Service svarar också för tandläkarvård som erfordras i samband med vård på sjukhus. Vid sjukhus skall finnas erforderlig tandvårdspersonal inte endast för att behandla inneliggande patienter utan även för att meddela specialistvård åt poliklinska patienter.

Enligt The National Health Service Act skall varje lokal hälsovårdsmyndighet bl. a. upprätta och driva särskilda kliniker för mödra- och barnavård, där olika sorters vård och behandling kan ges, t. ex. vård före och efter nedkomsten, samt tandvård för blivande och nyblivna mödrar och för barn under fem år. Dessutom skall kompletta hälsocentra kunna inrättas av de lokala hälsovårdsmyndigheterna. Dessa skall bl. a. ombesörja tandvård. Detta system har dock utvecklats långsamt.

Förutom den tandvård som tillhandahålls vid klinikerna för mödrar och förskolebarn ordnas skoltandvård för tandundersökning och tandbehandling av skolbarn. Det åligger de lokala skolmyndigheterna att anordna denna form av vård. Kostnaderna för den lokalt (kommunalt) anordnade tandvården bestrides delvis med kommunalskattemedel, delvis genom statsbidrag. Skolbarnstandvården är långtifrån utbyggd.

Den lokala administrationen och allmänna ledningen av den del av hälsovården, som de privatpraktiserande läkarna och tandläkarna svarar för, faller under 134 regionala organ, de tidigare nämnda Executive Councils.

6.3 *Västtyskland*

Tandvård ingår i den obligatoriska sjukförsäkringen, som handhas av sjukkassorna i de olika förbundsländerna. Obligatoriskt medlemskap i sjukförsäkringen gäller i första hand för personer som har arbetsanställning. Avgifterna för försäkringen rättar sig efter medlemmarnas arbetsinkomst. Några statliga subventioner lämnas inte. Det åligger de försäkrade och deras arbetsgivare att själva förvalta sjukförsäkringen. Det statliga inflytandet begränsar sig till viss ledning och tillsyn.

Bland grupper av personer som är underkastade försäkringsplikt kan nämnas kroppsarbetare, vissa tjänstemän, arbetslösa personer och pensionärer. Det finns även frivilligt anslutna medlemmar. Under vissa förutsättningar kan frivillig anslutning förvärvas av den som tidigare varit obligatoriskt ansluten men ej längre fyller fordringarna för obligatoriskt medlemskap. Även andra grupper, såsom vissa fria näringsidkare och småföretagare, kan frivilligt ansluta sig.

Berättigade till tandvårdsförmåner är både obligatoriskt och frivilligt anslutna medlemmar och deras anhöriga.

Sjukkassepatienterna har fritt tandläkarval.

Sjukkassetandvården regleras genom skriftliga överenskommelser, dels kollektivavtal som sluts mellan sjukkassetandläkarföreningarna och sjukkassorna, dels ett s. k. Bundesmantelvertrag, som träffas mellan förbundsföreningen för sjukkassetandläkare och sjukkassornas förbundsföreningar. Det sistnämnda är ett slags huvudavtal som reglerar det allmänna innehållet i kollektivavtalen.

Tandläkarvården skall vara ändamålsenlig och ekonomisk och inbegripa de åtgärder som är ägnade att i enlighet med "läkarkonstens regler" bota eller lindra sjukdomar i tänder, munhåla och käkar. Åtgärder som är onödiga eller oekonomiska i förhållande härtill får tandläkaren ej medverka till eller föreslå, och sjukkassan får ej heller ersätta dem. Tandläkaren skall själv avgöra arten och omfattningen av behandlingsåtgärderna

och se till att de kostnader som uppkommer utnyttjas på ett förnuftigt sätt. Sjukkassorna ersätter ej åtgärder som enbart tjänar ett kosmetiskt ändamål.

Konserverande tandvård, kirurgiska åtgärder m. m. ingår i den s. k. Kassenzahnärztliche Versorgung. För sådan behandling får tandläkaren betalt av sjukkassan enligt en fast taxa, och vården är helt avgiftsfri för den försäkrade. För avtagbara och fasta proteser är sjukkassorna inte skyldiga att betala full ersättning utan i princip endast bidrag efter förhandsgodkännande. Bidragens storlek kan variera mellan olika kassor och också för olika behandlingar. I realiteten ersätts dock oftast helprotes helt av sjukkassan. För avtagbara proteser däremot finns ett rekommendationsavtal, som gäller för ett år i sänder och som innehåller fastställda arvoden i DM. Om patienten vill ha ersättning från sjukkassan för hela eller en del av behandlingen, måste tandläkaren upprätta ett behandlings- och kostnadsförslag, som patienten skall inlämna till sjukkassan. Det sker således en förhandsgranskning.

Myndigheterna fastställer en "Gebührenordnung" för all tandläkarverksamhet, dvs. en tandvårdstaxa, som även gäller privatpraktik. Denna taxa tar upp olika typer av tandbehandlingar i ca 220 nummer och är således ganska omfattande. Varje i taxan upptaget arvode kan multipliceras upp till sex gånger.

Denna taxa skall tillämpas i privatpraktik, om inte tandläkaren och patienten från början kommit överens om ett annat arvode. Tandläkarna brukar f. n. genomsnittligt i privatpraktik tillämpa det dubbla grundvärdet till taxan.

Överenskommelser om en annan taxa träffas mellan sjukkassetandläkarnas föreningar och sjukkassorna. En sådan gäller för den förut nämnda Kassenzahnärztliche Versorgung.

För att patienten skall ha rätt till kostnadsfri behandling måste han förete ett sjukkassebevis, som inte är äldre än fjorton dagar. I annat fall äger tandläkaren rätt att ta betalt för behandlingen direkt av patienten. Det kan han också göra då den försäkrade vill bli behandlad som privatpatient. Den enskilde patienten kan även få en del behandling utförd som sjukkassebehandling och en del som privatbehandling.

Sjukkassornas ersättningar för utförda behandlingar betalas till sjukkassetandläkarnas föreningar på grundval av de beräkningar, som tandläkaren sänt in till försäkringsföreningen, och som av dessa vidarebefordrats till sjukkassan.

Varje sjukkassa har en förtroendetandläkare, som kassan i första hand kopplar in om man tycker sig finna någon oklarhet i en tandläkares behandling eller debitering. Genom sjukkassetandläkarnas föreningar sker däremot den normala, fortlöpande kontrollen av tandläkarens behandling och arvodesanspråk. Alla insända räkningar granskas siffermässigt och kontrolleras mot sjukkassetaxan. Föreningen skall också ge tandläkaren råd beträffande hans behandlingsmetoder ur ekonomisk synpunkt för att undvika överbehandling.

Särskilda prövningsinstanser, prövningsutskott och besvärsutskott, kan pröva om ett arvodesanspråk eller en använd behandlingsmetod är ekonomiskt berättigad. Prövningsinstanserna kan förordna om efterundersökning av en eller flera patienter. Prövningsutskottet är sammansatt av representanter för sjukkassetandläkarna och sjukkassorna. Mot prövningsutskotts beslut kan besvär anföras hos besvärsutskott.

Om en tandläkare bryter mot reglerna i avtalet kan ett disciplinärt förfarande inledas mot honom. Sådana frågor handläggs inom sjukkassetandläkarnas egna organisationer. Dessa har rätt att meddela varning eller erinran eller utdöma penningböter. Tandläkaren kan också för viss tid eller definitivt uteslutas från rätten att ta emot sjukkassepatienter. I vissa fall kan tandläkaren ådömas skadestånd gentemot sjukkassan.

6.4 *Frankrike*

La Sécurité Sociale utgör i Frankrike ett sammanfattande namn för en rad trygghets-

system av socialförsäkringskaraktär, vanligen kallade "regimer". Förutom le Régime général des Salariés du Commerce et de l'Industrie från år 1945, som svarar för det grundläggande socialförsäkringsskyddet för arbetstagare inom industri och handel (tjänstemän såväl som arbetare), finns speciella regimer för vissa yrken. Dessutom har jordbrukare och egna företagare utom jordbruk var sin regim. Varje specialregim är underkastad en särskild förordning.

Sjukförsäkringsförmånerna inklusive tandvårdsbidrag, tillkommer försäkrad person och dennes familj. Till familj räknas i regel hustru och barn under 16 år, såvida de ej själva har avlönad arbetsanställning.

I Frankrike har man ett avtalssystem, enligt vilket tandläkare liksom läkare ingår överenskommelser med socialförsäkringens organisationer. Dessa överenskommelser kan vara individuella eller kollektiva och bestämmer de arvoden m. m., på vilka återbäring skall beräknas.

Omfattningen av tandvårdsbidragen och villkoren för att dessa skall lämnas är angivna i en särskild taxa. Denna är i vissa delar mycket detaljerad, exempelvis finns enbart för tand- och käkkirurgiska behandlingar mer än 100 rubriker. För varje slag av behandling anges ett poängvärde, ej ett belopp. På tandvårdsräkningen läggs poängvärdena för de utförda behandlingarna ihop och summan multipliceras med gällande multiplikator (f. n. 4: 85 francs) varigenom räkningens totalsumma erhålls.

Röntgenundersökning, tandkirurgiska behandlingar, rotbehandlingar och tandfyllningar i de vanliga materialen amalgam och silikat får utföras utan förhandsmedgivande från försäkringskassan. Uttagning av mer än fem tänder kräver dock sådant medgivande. En del restriktioner finns. Rotbehandling ersätts endast när behandlingen avslutats med rotfyllning med ett röntgenkontrasterande ämne. Flera enkla fyllningar på samma tandyta räknas enbart som en fyllning. För guldinlägg förekommer ej särskilda ersättningsbelopp, utan dessa ersätts såsom komplicerade fyllningar i amalgam.

Behandlingar med proteser, stifttänder, guldkronor och jacketkronor ersätts endast på vissa villkor och efter granskning och förhandsmedgivande av försäkringskassan. Denna har en särskild rådgivande tandläkare anställd, som verkställer ifrågavarande granskning och tar ställning till ansökningarna.

Ersättning för avtagbara proteser kan medges av tre huvudanledningar: 1) funktionella skäl (bristande tuggförmåga), 2) terapeutiska skäl (för att bota eller hindra sjukdom, som orsakats av dåligt tandtillstånd) och 3) då protes är nödvändig för att sökanden skall kunna utöva sitt yrke. Som exempel på tillämpningen kan nämnas följande. För att bedöma förhållandena under 1) har ett särskilt schema uppställts, enligt vilket varje tand i över- och underkäke tillagts visst poängvärde under förutsättning att tanden svarar mot en tand i motstående käke; gör den ej det, blir poängvärdet 0. Högsta möjliga poängsumma eller koefficient – vid full tuggningseffekt – är 100. Om tuggningseffektens poängvärde, koefficient, är mindre än 40 medges protes. Återbäring på proteskostnad enligt 2) medges, även om koefficienten är över 40, men sökanden enligt intyg av läkare lider av sjukdom, som är en följd av ett sjukligt tillstånd i bettet. Detsamma gäller om protesen eller proteserna är erforderliga för att sökanden skall kunna utöva sitt yrke enligt 3).

Om en bro föreslås, medges ersättning under samma förutsättningar och med samma belopp som om det gällt att sätta in en avtagbar protes för de tänder som saknas. Eventuellt kan ersättning utgå för kronor på de s. k. stödtänderna, om villkoren för att medge ersättning för sådana kronor föreligger. När protesen eller proteserna färdigställts och patienten begär återbäring från kassan för sina utgifter, skall det föreligga en bekräftelse på att protesarbetet utförts. Kassans rådgivande tandläkare skall sedan kalla in patienten för att undersöka om protesen utförts korrekt och till patientens belåtenhet. Om protesen skulle vara dåligt utförd, kontaktar kassans rådgivande tandläkare den

tandläkare som utfört behandlingen och diskuterar med honom vilka åtgärder som bör vidtas. Patienten skall sköta protesen väl, och om den förstörs eller skadas genom hans förvållande, får han själv svara för kostnaden för ny protes eller lagning av den gamla.

Ersättning för stifttänder beviljas enligt samma regler som gäller för avtagbara proteser. Som särskilda villkor gäller dessutom dels att tanden ej kan lagas på ett hållbart sätt med vanliga fyllningar och dels att goda utsikter finns att roten – efter rotfyllning – kan bevaras.

Guldkronor ersätts endast i vissa bestämda fall. Förhandsmedgivande från kassan krävs, och sådant kan ges då det rör sig om kronor på kindtänder och oxeltänder, om tuggförmågan är nedsatt i viss mån eller tanden skall fungera som s. k. klammertand för en protes. Förutsättningar är vidare att tanden ej kan lagas på ett hållbart sätt genom tandfyllning samt att det ej finns någon inflammation vid rotspetsen.

För anställda finansieras försäkringen till större delen av arbetsgivarna.

7 Tidigare betänkanden och remissyttranden

7.1.1 1961 års sjukförsäkringsutrednings förslag om tandvårdsförsäkring

I december 1964 lade 1961 års sjukförsäkringsutredning fram förslag till en tandvårdsförsäkring inom den allmänna sjukförsäkringens ram (SOU 1965: 4).

I betänkandet redovisades först allmänna synpunkter på tandvårdssituationen i landet. Det framhölls att behovet av tandläkarvård i dåvarande läge var bättre tillgodosett bland skolbarn och ungdom än hos den vuxna befolkningen i landet. Anledningen härtill var den inom folktandvården bedrivna organiserade barntandvården, varigenom barnen i skolåldrarna sedan många år tillbaka tillförsäkrats en avgiftsfri vård. Vidare hade enligt utredningens mening den ökade insikten om tandvårdens betydelse ur hälsosynpunkt bidragit till att efterfrågan på tandläkarvård under de senaste årtiondena stigit. Även höjningen av levnadsstandarden och den snabba urbaniseringen hade bidragit härtill. I fråga om inställningen till tandvården framhölls, att den är beroende inte endast av upplysning och propaganda utan även av skilda sociala värderingsnormer. Men skillnaden i efterfrågan på tandläkarvård mellan skilda befolkningsgrupper berodde främst på olika ekonomiska förutsättningar. Utredningen fann att lägre tandvårdskostnader för den enskilde skulle komma att stimulera till ökad efterfrågan inte minst bland de grupper av befolkningen, som endast sporadiskt sökte vård.

Vidare uttalade utredningen att, om efterfrågan av tandvård stimulerades, en inte ringa diskrepans skulle komma att föreligga mellan efterfrågan och vårdresurser, intill dess den av statsmakterna beslutade ökningen av examinationskapaciteten vid de odontologiska läroanstalterna nått full effekt. Enligt utredningens hypoteser för olika framtida efterfrågan av tandläkarvård i förhållande till beräknad framtida tillgång på tandläkare skulle ett tillräckligt antal tandläkare beräknas föreligga först omkring mitten av 1970-talet. Trots att tandvårdsresurserna under ett antal år framåt skulle komma att vara knappa fanns det, enligt utredningens mening, på grund av tandläkarkårens fortgående ökning ett successivt växande utrymme för en ur folkhälsosynpunkt angelägen ökning av efterfrågan på tandläkarvård. Särskilt var det angeläget, att den enskilde inte av kostnadshänsyn avskräcktes från att söka regelbunden vård av sina tänder.

Utredningen konstaterade, att samhällets stödåtgärder var långt mer omfattande i fråga om barnens tandvård än beträffande de vuxnas. I fråga om möjligheterna att göra tandläkarvården ur ekonomisk synpunkt lättare tillgänglig för den vuxna befolkningen, såg utredningen först på möjligheterna att lösa denna fråga helt inom folktandvårdens ram. Detta skulle kräva en kraftig utvidgning

av folktandvårdsorganisationens resurser. Då det redan på grund av bristande tillgång på tandläkare i folktandvården medfört stora svårigheter att uppehålla vuxentandvården ens i relativt ringa omfattning, ansåg utredningen denna lösning av frågan helt orealistisk. I stället borde ersättning för utgifter för tandläkarvård föras in i den allmänna försäkringen.

En allmän tandvårdsförsäkring skulle komma att innebära en väsentlig lättnad för alla dem som hade utgifter för sådan vård. Visserligen kunde enligt utredningens mening en del skäl anföras mot försäkringstanken. Den utgift, som tandläkarvård medförde för den enskilde, var till sin natur inte av den art, att den borde täckas genom en försäkring. Dessutom skilde sig tandläkarvården från den öppna läkarvården däri att tandläkarvården för vuxna till ungefär fyra femtedelar ombesörjdes av privatpraktiserande yrkesutövare med fri arvodessättning. Genom införandet av en allmän tandvårdsförsäkring förelåg därför risk för omotiverade arvodeshöjningar. Vidare fanns bl. a. risk för överbehandling så att behandlingar, som ej kunde anses tillräckligt medicinskt-odontologiskt indicerade, skulle komma att utföras om kostnadsfrågan för patienten spelade mindre roll. Det kunde också befaras att en allmän tandvårdsförsäkring – genom att göra privat tandläkarpraktik än mer attraktiv – ytterligare skulle öka folktandvårdens rekryteringssvårigheter. Trots dessa invändningar föreslog utredningen, att inom den allmänna försäkringens ram infördes vidgad rätt till ersättning för utgifter för tandläkarvård.

Ifråga om barntandvården fann utredningen att systemet med den organiserade barntandvården, där barnen är inlemmade i en fast organisation som lämnar god vård utan kostnad för den enskilde, framstod som den bästa lösningen även i framtiden. Emellertid framhölls att folktandvården ej kunnat omhänderta alla barn, åt vilka den fria barntandvården avsåg att bereda vård. Inom utredningen hade diskuterats, huruvida huvudmännen i någon form borde förbindas att tillförsäkra barnen organiserad kostnadsfri tandvård eller, där sådan förmån inte kunde lämnas, utge ersättning för vårdkostnaden. Utredningen förordade, att staten sökte få till stånd en överenskommelse med huvudmännen av sådan innebörd, att huvudmannaskapet för barntandvården skulle komma att omfatta inte endast vårdskyldighet inom ramen för folktandvårdens resurser utan även, då dessa resurser visade sig otillräckliga, skyldighet att antingen bereda barnen fri vård hos privatpraktiserande tandläkare, med vilken avtal om vården kunnat träffas, eller – då sådan vård inte kunnat komma till stånd – ersätta den enskildes vårdkostnader intill en rimlig nivå. Innan man hade vidtagit åtgärder så att alla barn kunde garanteras en i princip kostnadsfri tandvård, borde enligt utredningens mening en allmän tandvårdsförsäkring omfatta även barnen. Vidare föreslog utredningen, att det statliga bidraget till folktandvården ändrades, så att det utgick för all av huvudmännen bekostad barntandvård.

En ny lagstiftning om en tandvårdsförsäkring inom den allmänna försäkringens ram föreslogs träda i kraft den 1 januari 1968. Enligt förslaget skulle rätt till ersättning för kostnader för tandläkarvård ingå bland sjukvårdsförmånerna inom sjukförsäkringen och komma alla i riket bosatta försäkrade till del. Ersättning skulle lämnas för sådan behandling, som skulle anges i en av Kungl. Maj:t fastställd förteckning, i huvudsak konstruerad efter principerna i taxan för ersättning för tandläkarvårdskostnader för blivande och nyblivna mödrar. Den försäkrade skulle erhålla ersättning med tre fjärdedelar av sina kostnader för vården eller, där dessa överstigit det i förteckningen angivna taxebeloppet, tre fjärdedelar av detta. De ersättningsberättigande åtgärderna skulle enligt förslaget omfatta, utom röntgenundersökning och vissa laboratorieundersökningar, i huvudsak tandkirurgisk vård och konserverande tandbehandling (tandfyllning och rotbehandling), tand- och käkskadebehandling och käkprotetisk behandling. Även vissa åtgärder avseende utförande av avtagbara och fasta proteser skulle bli återbäringsberättigande. Tandregle-

ringsvård föreslogs ej skola ersättas av försäkringen då man förutsatte, att denna skulle ombesörjas i den organiserade barntandvården inom folktandvården.

Utredningen förordade, att riksförsäkringsverket och medicinalstyrelsen skulle upprätta ett förslag till återbäringstaxa. Samma principer som låg till grund för bestämmandet av de i mödratandvårdstaxan upptagna beloppen borde bli vägledande vid bestämmandet av beloppen i den nya taxan, som borde ha karaktären av prestationstaxa. Beträffande bestämmelserna om ersättning från sjukförsäkringen för tandvård meddelad av tandläkare vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus fann utredningen, att de efter genomförandet av den föreslagna tandvårdsförsäkringen skulle bli överflödiga, likaså bestämmelserna om ersättning för tandvårdskostnader för blivande och nyblivna mödrar.

Utredningen fann sig inte i detta sammanhang böra pröva frågan om rätt till ersättning för utgifter i samband med resor till och från tandläkare. Reglerna om rätt till resekostnadsersättning i samband med tandvård som av tandläkare meddelats vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus borde fortfarande gälla.

Med hänsyn till att ersättningsfallen genom en allmän tandvårdsförsäkring skulle komma att öka kraftigt och därigenom även de tveksamma fallen föreslog utredningen, att förtroendetandläkare skulle anställas hos de allmänna försäkringskassorna. Deras uppgifter skulle bestå i att biträda kassan i frågor som krävde odontologisk sakkunskap samt att söka främja samarbetet mellan kassan och inom dess område verksamma tandläkare.

Kostnaderna för tandvårdsförsäkringen beräknades till 220 miljoner kronor om året, vilket i förhållande till försäkringens dåvarande utgifter för tandläkarvård betydde en ökning med ca 205 miljoner kronor. Utredningen föreslog att den nya förmånen skulle finansieras på samma sätt som sjukvårdsersättningen i övrigt.

I fråga om folktandvården betonade utredningen, att den föreslagna tandvårdsförsäkringen ej skulle komma att minska dess betydelse. Tvärtom hade utredningen utgått från att uppgifterna skulle öka inte bara inom barntandvården utan även i fråga om vuxentandvården och att folktandvården även i fortsättningen skulle vara basorganisation för tandvårdsverksamheten i landet. Utredningen pekade på olika åtgärder för att öka folktandvårdens kapacitet, bl. a. möjligheterna att genom en effektiv profylaktisk verksamhet särskilt bland barnen minska vårdbehovet och genom ökad anställning av hjälparbetskraft avlasta tandläkarna rutinuppgifter av olika slag.

Av utredningens sju ledamöter reserverade sig tre – däribland utredningens ordförande – i fråga om barntandvården. Reservationen innehöll i huvudsak följande. En majoritet inom utredningen hade beslutat föreslå, att barnen skulle tas med i försäkringen, då den startade, och att barnens tillhörighet till försäkringen skulle omprövas så snart kostnadsfri vård kunde beredas dem utom försäkringen. Reservanterna fann det ytterst angeläget, att fri tandvård ordnades genom huvudmännens försorg för alla barn i åldern 3–16 år redan innan en eventuell tandvårdsförsäkring trädde i kraft, så att barnen aldrig skulle behöva tas med i försäkringen. Som skäl för sitt ställningstagande anförde de, *att* frågan om barntandvården i princip redan var löst genom den kostnadsfria tandvården för barn upp t. o. m. 15 års ålder, *att* det var högst angeläget att alla barn fick del av den systematiskt organiserade tandvården såväl ifråga om förebyggande åtgärder som behandling, *att* det var ohållbart att vissa barn genom att vara hänvisade till försäkringen fick sämre förmåner av samhället än det stora flertalet *samt att* det fanns stor risk för att den organiserade barntandvården kunde komma att uppluckras, om försäkringen öppnades även för barnen. För att frågan om barntandvård skulle få sin lösning snarast och senast vid den tidpunkt då försäkringen trädde i kraft föreslog reservanterna, att statsmakterna skulle ta upp förhandlingar med folktandvårdens huvudmän i fråga om

vårdskyldighet inom barntandvården. Denna vårdskyldighet skulle fastställas genom avtal mellan statsmakterna och resp. huvudmän. Huvudmannaskapet skulle omfatta skyldighet att, där folktandvårdens resurser inte räckte till, antingen bereda barnen fri tandvård genom avtal med privatpraktiserande tandläkare eller svara för vårdkostnaderna intill rimlig nivå – förslagsvis 100 % av tandvårdsförsäkringens återbäringstaxa – i fråga om barn, som inte kunnat få vård genom folktandvården men kunnat ordna vård på egen hand.

7.1.2 Remissyttranden

Yttranden över betänkandet avgavs av riksförsäkringsverket, medicinalstyrelsen, statskontoret, riksrevisionsverket, skolöverstyrelsen, universitetskanslersämbetet, försvarets sjukvårdsstyrelse, svenska kommunförbundet, svenska stadsförbundet, svenska landstingsförbundet, förvaltningsutskotten i vissa landsting, Stockholms stads folktandvårdsstyrelse, stadsfullmäktige i Göteborg, Malmö stads sjukvårdsstyrelse, vidare av Sveriges tandläkarförbund, Svenska tandläkarsällskapet och Sveriges tjänstetandläkarförening (gemensamt), Sveriges läkarförbund, Svenska läkarsällskapet, Försäkringskasseförbundet (med yttrande från flertalet försäkringskassor), Svenska arbetsgivarföreningen, Landsorganisationen i Sverige, Tjänstemännens centralorganisation, Sveriges akademikers centralorganisation, Sveriges hantverksindustriorganisation, Sveriges förenade studentkårer, Riksföreningen mot tandsjukdomar, Tandvärnet och Dentallaboratoriernas riksförbund.

Alla remissinstanserna tillstyrkte i princip en allmän tandvårdsförsäkring. Delade meningar förelåg emellertid framför allt i fråga om när reformen lämpligen borde genomföras och om barnen borde omfattas av försäkringen eller ej. Remissinstanserna ägnade stort intresse åt frågan om folktandvårdens ställning i allmänhet och åt frågorna om profylax mot tandsjukdomar och om de personella tandvårdsresurserna.

Det rådde enighet om att det i hög grad behövdes ökad tandvård. *Tandläkarorganisationerna* anförde emellertid, att det var önskvärt att genom en utredning fastställa det objektiva tandvårdsbehovet hos befolkningen. Beträffande efterfrågan på tandvård ansåg *landstingsförbundet* att en utveckling med jämvikt mellan tillgång och efterfrågan fram emot år 1980 var mera sannolik än utredningens egen förmodan med jämvikt omkring år 1975. Förbundet påpekade, att allt fler personer tack vare kontinuerlig tandvård bevarade sina egna tänder livet ut. Frekvensen av tandlossningssjukdomar ökade i högre åldrar och även den allmänna standardutvecklingen föranledda ökade anspråk på tandvård. *Odontologiska fakulteten i Lund* ansåg, att utredningens hypotes avseende år 1980 (67 % av befolkningen som vårdsökande årligen) skulle visa sig otillräcklig. Erfarenheten talade nämligen för att efterfrågan på tandvård steg i mycket snabbt tempo. Dessutom skulle behandlingen komma att bli mer tidsödande genom att nya behandlingsformer togs i bruk.

I fråga om utvecklingen av vårdresurserna fann *odontologiska fakulteten vid karolinska institutet*, att utredningens bedömning av antalet tandläkare fram till 1980 (ca 60 % ökning från 1962) var rimlig med utgångspunkt från den antagna examinationen. Men om man antog att den procentuella andelen kvinnliga tandläkarstuderande blev 60 i stället för antagna 35 och att en fortsatt standardhöjning bl. a. skulle komma att innebära, att kvinnliga tandläkare under en avsevärd del av sin yrkesverksamma period utförde endast deltidsarbete inom tandvården, kullkastade detta omedelbart de uppgjorda kalkylerna. Dessa antaganden fick enligt fakulteten t. o. m. anses ganska sannolika. *Landstingsförbundet* anförde, att den allmänna utvecklingen mot en ytterligare förkortad arbetstid samt det ökade inslag av kvinnliga tandläkare med i genomsnitt lägre årsarbetstid i förhållande till de manliga, gjorde att utredningens prognoser i fråga om tillgång på arbetskraft framstod som optimistiska. *Svenska Tandteknikerförbundet* efter-

lyste en prognos beträffande tillgången på tandsköterskor och tandtekniker samt föreslog en avlastning av tandläkarnas arbetsbörda genom tillsättande av tandprotetiker och tandhygienister. Enligt *tandläkarorganisationerna* var det, med hänsyn till statistikkommitténs konstaterande att ett avsevärt överskott på tandläkartimmar skulle komma att uppstå från mitten eller slutet av 1970-talet, synnerligen angeläget att den inom utredningen gjorda prognosen kontinuerligt följdes upp enligt samma metodik i syfte att skapa en klarare bild av utvecklingen.

Beträffande riskerna med ett markant efterfrågeöverskott anförde *riksförsäkringsverket*, att den allvarligaste konsekvensen skulle inträda om den av försäkringen ökade efterfrågan på tandvård för vuxna skulle leda till ökade svårigheter för barntandvården, vilken verket betraktade som den angelägnaste samhällsinsatsen på tandvårdsområdet.

I fråga om barntandvården syntes remissorganen i stort vara ense med utredningen om att den organiserade barntandvården inom folktandvårdens ram var den bästa lösningen av barntandvården även för framtiden. Många underströk att den organiserade barntandvården inte fick äventyras genom att en allmän tandvårdsförsäkring infördes. Ett fåtal remissorgan, däribland *tandläkarorganisationerna*, förordade däremot ett parallellsystem enligt vilket barnen alltid skulle vara anslutna till såväl den organiserade barntandvården som försäkringen. En av anledningarna härtill var att det alltid skulle komma att finnas en liten grupp av barn, som av särskilda skäl – exempelvis kontaktsvårigheter med den i folktandvården tilldelade tandläkaren – kunde ha svårt att inordna sig i organisationen.

En majoritet av remissinstanserna förordade reservanternas förslag.

Landstingsförbundet framförde ett eget förslag. Enligt detta borde barn i åldern upp till 6 år under en övergångstid omfattas av försäkringen för att senare anslutas till en systematisk tandvård inom folktandvårdens ram. Ungdomar i åldern 6–16 år skulle däremot falla utanför försäkringen men tillförsäkras systematisk tandvård genom folktandvårdshuvudmännen. Förbundet framförde vidare, att om valfrihet skulle lämnas mellan folk- resp. privattandvård, så skulle tyngdpunkten för folktandvårdens del kunna förskjutas mot de mera behandlingskrävande fallen. Detta skulle innebära en allvarlig belastning för arbetstrivseln inom folktandvården.

Vidare framhåller förbundet, att tendensen till ökad specialisering även på tandvårdsområdet – i analogi med vad som sker inom övrig sjuk- och hälsovård – måste särskilt uppmärksammas. Behovet av denna ökade specialisering torde i allt väsentligt få tillgodoses inom ramen för folktandvården, då den privata sektorn endast i mycket begränsad utsträckning torde ge ekonomiskt underlag för en dylik specialinriktad praktikverksamhet. Utvecklingen inom tandvårdens område kunde således i viss mån bli analog med utvecklingen inom sjukvårdens område.

Enligt *förvaltningsutskottet i Örebro läns landsting* skulle ett vårdåtagande i fråga om barnen från 6-årsåldern möjliggöra för den organiserade tandvården att redan från början ta hand om såväl vården av de permanenta tänderna som den viktiga bettutvecklingen. Förvaltningsutskottet konstaterade, att folktandvården endast i ringa utsträckning ombesörjde tandvården för barn i de lägsta åldersgrupperna. Ur organisationssynpunkt skulle det vara en fördel att sätta den nedre åldersgränsen till 6 år, då flertalet barn vid denna ålder inlemmas i en skolorganisation.

Tandläkarorganisationerna anförde i denna fråga följande. Redan före 3 års ålder kunde vårdbehov föreligga. Genom olämplig kosthållning kunde karies uppkomma mycket tidigt. Dessutom förekom tandskador till följd av olycksfall före 3 års ålder. Även detta var ett starkt motiv för att ta med barnen i försäkringen från födseln. Några remissorgan ville höja den övre åldersgränsen till 19 eller 20 år.

Beträffande frågorna om taxenivå och ersättningsandel i försäkringen utgick *riksförsäkringsverket* från att försäkringen skulle vara effektiv om den genomfördes. Härför

krävdes emellertid att taxenivån nära anslöt sig till de genomsnittliga arvoden som de försäkrade fick erlägga. Taxan kunde också behöva revideras tid efter annan. Enligt verkets mening var det angeläget att principerna för ersättningsnivån blev föremål för statsmakternas ställningstagande innan förslag upprättades av verket och medicinalstyrelsen. *Medicinalstyrelsen* utgick också från att återbäringstaxan skulle ligga på en realistisk nivå, dvs. uppta sådana belopp som kunde antas bli tillämpade av en majoritet bland de privata tandläkarna. Med tanke på de mycket varierande arvoden, som beräknades inom den privata tandläkarpraktiken, skulle det dock bli svårt att konstruera en taxa, som fyllde detta krav utan att höja arvodesnivån hos en stor del av tandläkarkåren. En ny utredning borde därför göras, grundad på aktuella kostnader inom folktandvården. Om mödratandvårdens taxenivå bibehölls var det troligt att, med tanke på de fortgående prisstegringarna även på tandvårdsområdet, återbäringen vid tandvårdsförsäkringens införande skulle komma att utgöra en än mindre del av de vårdsökandes tandvårdskostnader. När utredningen ändå föreslagit att återbäringstaxan fastställdes vid gällande mödratandvårdstaxas nivå var avsikten tydligen att dämpa den väntade ökningen av efterfrågan på tandvård och på så sätt få en "mjukare" övergång till tandvårdsförsäkringen. Enligt styrelsens mening skulle en omprövning av frågan om taxenivå bli erforderlig.

Enligt *tandläkarorganisationerna* var bedömningen av den effektiva återbäringens storlek närmast en socialpolitisk fråga, som man inte ansåg sig böra ta ställning till. Om man i likhet med kommittén föredrog att begränsa den omedelbara efterfrågeökningen genom att vara återhållsam med den verkliga återbäringen, var det i princip likgiltigt, om man gjorde detta genom att hålla återbäringstaxan låg eller genom att fastställa en låg återbäringsprocent. Administrativa skäl och likformighetsskäl talade för att man bibehöll den återbäringsandel på 3/4, som gällde inom sjukförsäkringen. Taxerubrikerna borde fastställas i intim samverkan med tandläkarkåren. Enligt *läkarförbundet* kunde erfarenheterna från läkarvårdstaxan vara av värde vid fastställande av en återbäringstaxa inom tandvårdsförsäkringen.

Södermanlands läns allmänna försäkringskassa, som ansåg att försäkringen borde garantera den försäkrade ett verkligt skydd, föreslog att även de privatpraktiserande tandläkarna skulle bli taxebundna i fråga om de vanligaste och ur medicinskt-odontologisk synpunkt nödvändiga åtgärderna, medan de mer exklusiva, mindre angelägna behandlingarna lämnades utanför denna ram. Den föreslagna ersättningsnivån kunde enligt *Västernorrlands läns allmänna försäkringskassa* lätt bli illusorisk, om taxebundenheten för tandläkarna inte mera klart fastställdes. Reformen och ersättningsnivån borde inte få urholkas genom de stora skillnader, som kunde komma att uppstå mellan taxebelopp och tandläkarnas verkliga arvoden. Detta kunde lätt bli följden om inte en effektiv spärr mot omotiverade arvodeshöjningar anordnades. Kassan hade av mödratandvårdsförsäkringen kunnat konstatera, att tandläkare hade betingat sig ett högre arvode i fall där ersättning kunnat utgå från försäkringen.

Flera remissorgan framhöll risken för arvodeshöjning inom privatpraktiken. *SACO* ansåg en sådan prisstegring tänkbar men framhöll, att orsaken inte behövde vara att tandläkarna passade på att tillföra sig själva en större vinst. Om man eftersträvade att tillgodose en efterfrågeökning, kunde detta mycket väl leda till stegrade omkostnader, kanske framför allt på lönesidan. *Tandläkarorganisationerna* däremot anförde följande. Förmodandet att ett införande av en allmän tandvårdsförsäkring skulle kunna tas till intäkt för omotiverade arvodeshöjningar betraktades som helt ogrundat. Under hela efterkrigstiden hade, bortsett från vissa lokala fluktuationer, tandläkarbrist rått i vårt land. Det hade sålunda ej varit nödvändigt för den enskilde tandläkaren att fastställa sina arvoden med hänsyn till någon konkurrens om arbetstillfällena. Omkostnadskontot — av vilket lönekostnaden utgjorde den

alldeles övervägande delen – var för en tandläkarpraktik mycket betydande och hade stigit mycket kraftigt. Trots detta hade arvodesnivån inte höjts i takt med standardutvecklingen och penningvärdets försämring. Arvodesnivån i tandläkarpraktiken bestämdes av andra faktorer än schematiska resonemang om pris och efterfrågan. Arvodet var bruttosumman av tandläkarens arbetsinkomst och samtliga praktikomkostnader. – Några remissorgan ansåg, att privattandvården borde bli taxebunden och andra att arvodessättningen skulle vara fri men kunna omprövas vid missförhållanden.

Beträffande frågan om de ersättningsberättigande åtgärderna föranledde utredningens förslag vissa erinringar från *tandläkarorganisationerna.* Användandet av mera kostnadskrävande material möjliggjorde enligt organisationerna en mer varierande och ändamålsenlig terapi. En i och för sig kanske möjlig enklare behandling kunde skapa risker för och ibland direkt medverka till nya sjukdomsprocesser i tänderna och käkarna. Valet av den behandling, som borde tillgripas för att på bästa sätt lösa vårdbehovet hos den enskilde patienten, dikterades emellertid inte uteslutande eller främst av "kosmetiska" hänsyn. Det estetiskt gynnsammare resultat, som oftast kunde uppnås vid en mer kvalificerad behandling, var ingalunda ett självändamål utan en sidoeffekt. Hos vissa patienter kunde en sådan behandling ha så avgörande betydelse för deras psykiska tillstånd, att den ur medicinsk synpunkt betraktades som mycket starkt motiverad. *Odontologiska fakulteten vid karolinska institutet* fann en begränsning av försäkringens omfattning säkerligen vara nödvändig, främst på grund av de begränsade vårdresurserna men möjligen också av finansiella skäl. Fakulteten framhöll, att den föreslagna begränsningen av tandvårdsförsäkringens omfattning samtidigt innebar en fara för en viss snedvridning av vårdstrukturen. Uttrycket "lyxtandvård" hade knappast någon motsvarighet i verkligheten, eftersom en normal anpassning och konkurrenskraft i det moderna samhället även krävde sådana tandförhållanden som var estetiskt tilltalande och medgav en obesvärad tuggförmåga, en distinkt talförmåga osv. Den kliniska tandläkarutbildningen hade alltid tagit sikte på att lära studerandena att i sin yrkesutövning genomföra den ur medicinsk-odontologisk och socialmedicinsk synvinkel lämpligaste behandlingen.

Enligt förvaltningsutskottet i Norrbottens läns landsting var det betänkligt, att arbeten i guld och porslin huvudsakligen hade lämnats utanför försäkringen. Man borde på nytt pröva om inte dessa arbeten kunde medtas och hur stora kostnaderna i så fall skulle bli. *LO* fann att den rätt starka begränsningen av ersättning för dyrbarare arbeten var mindre tillfredsställande med hänsyn till försäkringens ändamål och de vanor som utbildats på området men var samtidigt medveten om de svårigheter utredningen här haft att lösa. Utredningens förslag syntes därför, enligt LO:s mening, vara att föredra i ett inledningsskede men borde i denna del bli föremål för omprövning så snart tillräcklig erfarenhet vunnits av försäkringen. *Riksförsäkringsverket* ansåg att verkets och medicinalstyrelsens förslag till återbäringstaxa inte borde begränsas till taxebelopp utan även innefatta en översyn över utredningens förslag till ersättningsberättigande åtgärder.

Frågan huruvida tandregleringsvården (för personer över 16 års ålder) skulle innefattas i försäkringen väckte stort intresse bland remissorganen. Majoriteten av dem som yttrade sig härom ansåg, att denna tandregleringsvård borde täckas av försäkringen. Man anförde vanligen som skäl härför att det inte alls var så sällsynt med tandregleringsvård för personer över 16 års ålder. *Tandläkarorganisationerna* framhöll att för vissa svårt invalidiserande bettfel behandlingsbehov kvarstod långt efter 15-årsåldern. Patienter med medfödda läpp-, käk- och gomdefekter borde, enligt organisationerna, oberoende av ålder erhålla helt kostnadsfri vård.

I fråga om tandläkarvårdstaxan mötte utredningens uttalande om en prestationstaxa opposition från *tandläkarorganisationernas* sida. Enligt dessa skulle en timersätt-

ningsnorm erbjuda avsevärda fördelar och en större smidighet i fråga om anpassning till den snabba utveckling som odontologien undergick. En prestationstaxa kunde verka hämmande på denna utveckling genom att odontologisk behandling låstes fast vid vissa angivna moment i stället för den adekvata terapi som utvecklingen kunde medföra. Om taxan i huvudsak skulle komma att utföras som en stycketaxa enligt utredningens förslag, måste den därutöver kompletteras med en timersättningsnorm, särskilt beträffande vissa angivna behandlingsformer. I fråga om beräkning av materialkostnaderna anförde organisationerna, som ovan nämnts, att användandet av mera kostnadskrävande material skulle möjliggöra en mer varierande och ändamålsenlig terapi.

7.2.1 1967 års folktandvårdsutrednings förslag om folktandvårdens utbyggande och reglering

I januari 1970 lade 1967 års folktandvårdsutredning fram ett betänkande om folktandvårdens utbyggande och reglering (SOU 1970: 11). Här sammanfattas vissa delar av betänkandet.

För att bedöma tandvårdsresurser och tandvårdsefterfrågan fram t. o. m. 1980 tillsattes inom utredningen en särskild arbetsgrupp, som följde upp och kompletterade de undersökningar, vilka 1961 års sjukförsäkringsutredning redovisat i sitt betänkande år 1965. Arbetsgruppens undersökningar visar bl. a. att antalet tandläkare under 70 års ålder fram t. o. m. år 1975 skulle komma att öka med ca 200 per år (netto) för att sedan stiga med i runt tal 300 per år t. o. m. år 1980. Den för patientvård tillgängliga arbetstiden beräknas under tiden 1967–80 öka från ca 8,5 till ca 12,6 miljoner timmar. Av den ökade årsarbetstiden beräknas en arbetsinsats motsvarande ca 100 tandläkare årligen komma folktandvården tillgodo fram t. o. m. år 1975 och därefter en arbetsinsats motsvarande ca 150 tandläkare. Rekryteringen anses kunna bli gynnsammare beroende på hur den allmänna konjunkturen utvecklar sig, men införande av en allmän tandvårdsförsäkring kan å andra sidan komma att verka i motsatt riktning. Samtidigt påpekas, att de vuxnas efterfrågan på tandvård säkerligen stiger i takt med befolkningsökningen och den allmänna standardhöjningen samt att införandet av en allmän tandvårdsförsäkring också skulle komma att verka i sådan riktning.

Utredningen förordar, förslagsvis med början fr. o. m. den 1 juli 1971, en successiv utbyggnad av den regelbundna organiserade tandvården, som nu formellt omfattar barn i åldern 3–16 år, till att efter hand i princip omfatta alla invånare i åldern 0–19 år. Den framför allt under 1960-talet starkt utbyggda tandvården för 6–16 åringar, ej minst den profylaktiska delen därav, har gjort det möjligt och önskvärt att på ett rationellt sätt utnyttja tillgängliga och blivande resurser för att utbygga tandvården för såväl småbarnen som ungdomen. Vården av småbarnen kräver i första hand ett utbyggande av tandhälsovården. Som en följd därav bör även egentlig tandvård kunna inom folktandvårdens ram erbjudas de småbarn, som visar sig i behov därav. För att tillgodose detta vårdbehov skulle emellertid fordras tandläkare med särskild utbildning, vilken beräknas ta avsevärd tid att anordna. Beträffande ungdomens tandvård har å andra sidan olika undersökningar visat att många ungdomar efter skoltandvårdens slut inte underkastar sig regelbunden tandvård. Härigenom uppkommer senare ett avsevärt tandvårdsbehov. Utredningen anser det därför viktigt att ungdomstandvården effektiviseras genom att inordnas i den organiserade, kostnadsfria tandvården. Utredningen vill dock inte ge förord åt någotdera av dessa vårdområden. I stället bör huvudmännen ges möjlighet att alltefter tillgången på tandläkare successivt bygga ut de båda vårdområdena.

Beträffande distriktstandvårdens administrativa utformning föreslår utredningen, att gällande bestämmelse att 55 % av distriktstandläkarnas sammanlagda årsarbetstid inom distriktet skall ägnas åt organiserad barntandvård slopas och att i stället som grund-

princip förutsätts, att den organiserade tandvården skall tillgodoses i första hand.

Utredningen lägger fram ett förslag till lag om folktandvård. Beträffande barn- och ungdomstandvården fastslås här ett vidsträckt vårdansvar för huvudmännen, dvs. landstingen och kommuner som inte tillhör landstingskommun. Härom anförs.

Utredningen har utgått från att de som inrymmes under huvudmännens åliggande att bedriva organiserad tandvård inte skall behöva omfattas av en tandvårdsförsäkring. Det är då nödvändigt att åliggandet verkligen uppfylls praktiskt sett fullständigt. Kan det inte ske inom ramen för folktandvårdens egna resurser, måste huvudmannen söka träffa avtal med privatpraktiserande tandläkare om att dessa skall biträda med den organiserade vården. Även sedan vårdskyldigheten satts i kraft kan det dock inträffa, att tillräckliga resurser inte heller på detta sätt kan åvägabringas. I dylika fall bör huvudmannen vara skyldig att meddela de berörda vårdberättigade härom, varvid vårdberättigad som själv lyckas ordna tandvården åt sig hos någon privattandläkare, skall äga rätt till skälig ersättning för vårdkostnaden av huvudmannen.

Övergångsvis måste vissa begränsningar göras i huvudmännens åliggande. Utredningen framhåller följande.

Till en början bör åliggandet begränsas till att omfatta åldersklasserna 6–16 år. När undantaget för åldrarna 0–5 och 17–19 år kan upphävas kan inte med säkerhet förutses. Det bör vara möjligt att successivt föra in småbarnen och/eller ungdomarna i den lagstadgade organiserade tandvården, närmast åldersklass efter åldersklass allteftersom resurserna medger detta. Det torde lämpligen få ankomma på Kungl. Maj:t att förordna härom. Socialstyrelsen bör ta initiativ till att frågan om sådant förordnande prövas av Kungl. Maj:t, när tiden kan anses mogen härför. Förordnande torde böra ges för hela riket på en gång. Det ligger i sakens natur att Kungl. Maj:t dessförinnan hör huvudmännen. Det är emellertid angeläget att huvudmännen kontinuerligt strävar efter att bygga ut sin organiserade tandvård för åldrarna 0–5 år och 17–19 år, innan Kungl. Maj:t meddelar något förordnande om utvidgning av det legala åliggandet. Statsbidragen bör – inom ramen för de nuvarande grunderna – utformas med hänsyn härtill.

Det bör påpekas att utredningen inte haft att behandla frågor rörande statsbidrag.

För att den vuxna befolkningens behov av tandvård skall kunna tillgodoses krävs enligt utredningen en avsevärd utbyggnad av distriktstandvården redan för glesbygdens del. Även i övriga delar av riket erfordras en utbyggnad, så att en mera regelbunden tandvård skulle kunna lämnas. Tandhälsovården för vuxenklientelet bör också tillgodoses i större utsträckning. Detta ställer relativt stora krav på utbyggnad av vuxentandvården, om denna skall kunna fungera rationellt. Utredningen fortsätter.

Det är givetvis vanskligt att ange en siffermässig ram för den sålunda erforderliga utbyggnaden, då de vuxnas krav på distriktstandvården kan förutsättas bli mycket varierande inom skilda sjukvårdsområden. Inte minst kan en allmän tandvårdsförsäkring, som i stort sett eliminerar skillnaderna mellan patientens direkta utlägg för tandvård i folktandvården och hos privatpraktiker, i väsentlig grad bidraga till att lätta efterfrågetrycket på folktandvården på de platser där privatpraktiker är tillgängliga. En utbyggnad av folktandvårdens kapacitet till att motsvara ca 30 å 35 % av den totala vuxentandvården synes dock under alla förhållanden vara motiverad för att säkra en ur rekryteringssynpunkt attraktiv fördelning mellan den organiserade barn- och ungdomstandvården å den ena samt vuxentandvården å den andra sidan och därmed i möjligaste mån tillgodose de vuxnas behov av tandvård. Hänsyn har därvid tagits till att fördelningen av tandvården mellan barn och ungdom samt vuxna av naturliga skäl kan bli väsentligt olika i glesbygd och tätort, där ett stort antal privatpraktiserande tandläkare finns. Om en utbyggnad därutöver erfordras för att skapa en ur funktionell synpunkt ändamålsenlig vuxentandvård torde kunna bedömas först efter det erfarenhet rörande de vuxnas efterfrågan vunnits.

Skall folktandvårdstaxan på sikt kunna bli vägledande för arvodessättningen inom vuxentandvården i dess helhet, såsom i direktiven framhållits som eftersträvansvärt, måste man dock räkna med en betydande ytterligare utbyggnad av folktandvården. Enligt utredningens mening kan vägande skäl anföras för en sådan utbyggnad med hänsyn till de svårigheter som enligt vad nedan närmare utvecklas möter vid fastställande och tillämpning av en för alla tandläkare bindande taxa. I och för sig torde också en dylik utbyggnad vara möjlig med hänsyn till den stigande tillgången på tandläkare efter 1975. Sannolikt erfordras dock en lång övergångstid härför, även om utredningens i det följande framlagda förslag till rekryteringsbefrämjande åtgärder genomförs.

Vill man dessförinnan införa en allmän tandvårdsförsäkring, lär man icke kunna undvika en taxa, som är i princip bindande även för privattandläkarna, detta för att eliminera risken för omotiverade arvodeshöjningar. Svårigheter uppkommer då att avväga taxan så, att den motsvarar de f. n. mycket varierande självkostnaderna, inklusive en rimlig ersättning till tandläkarna för olika slags arbeten. Samtidigt måste beaktas att taxesättningen blir sådan, att den icke motverkar rekryteringen till folktandvården och därmed äventyrar dennas grundläggande uppgifter beträffande barn- och ungdomstandvården. Man måste också räkna med att särskilda svårigheter uppstår för glesbygderna, vars tandvårdsresurser icke kan beräknas få

ett direkt tillskott genom införande av en allmän tandvårdsförsäkring; glesbygderna torde för sin tandvårdsförsörjning även fortsättningsvis bli praktiskt taget helt beroende av folktandvårdens rekryteringsmöjligheter. Enligt en av Sveriges tandläkarförbund år 1968 verkställd undersökning, grundad på en enkät till samtliga förbundet tillhörande privatpraktiserande medlemmar, finns visserligen en kapacitetsreserv, som beräknas motsvara ca 200 heltidsarbetande tandläkare, men denna reserv kan icke förväntas i någon nämnvärd grad komma glesbygderna tillgodo. Reservkapaciteten består nämligen däri, att ett relativt stort antal, huvudsakligen yngre tandläkare, förklarat sig kunna ta emot nya patienter i varierande omfattning och av dessa tandläkare torde endast ett fåtal av praktiska skäl kunna ställa sin reservkapacitet till glesbygdsbefolkningens förfogande. Däremot kan denna överskottskapacitet medverka till att andra yngre tandläkare föredrar en tjänst inom folktandvården i stället för verksamhet i privatpraktik. Likaså kan efterfrågeutvecklingen, som de framlagda prognoserna visar, även vid en tandvårdsförsäkring tänkas komma att understiga ökningen i tandvårdskapacitet. I så fall bör rimligtvis inte några ökade rekryteringsproblem för folktandvården i allmänhet uppstå.

Nu berörda förhållanden ger vid handen, att folktandvårdens möjligheter att under 1970-talet fylla sina uppgifter kan komma att i betydande grad påverkas av hur en allmän tandvårdsförsäkring utformas och när den kommer att träda i kraft.

I anslutning härtill erinrar utredningen om att man på flera håll utomlands infört tandvårdsförsäkring med en bindande taxa, bl. a. i Danmark, Västtyskland och Storbritannien. Efter att ha berört dessa taxesystem påpekar utredningen att 1961 års sjukförsäkringsutredning inte föreslog någon bindande tandvårdstaxa utan en återbäringstaxa. Härom anför folktandvårdsutredningen.

Sjukförsäkringsutredningens taxeförslag torde sammanhänga med en förklarlig önskan att så nära som möjligt ansluta en allmän tandvårdsförsäkring till de former, som då gällde för den svenska sjukförsäkringen. Man synes härvid icke ha tillmätt den omständighet tillräcklig vikt att sjukvårdsområdet domineras av den i samhällets regi bedrivna vården, medan på tandvårdsområdet vuxentandvården till alldeles övervägande del ombesörjs av privatpraktiserande yrkesutövare. Enligt folktandvårdsutredningens mening måste nu berörda olikheter tillmätas en avgörande betydelse när det gäller att bedöma taxeformen för en allmän tandvårdsförsäkring.

Utredningen räknar med att ersättningen i en allmän tandvårdsförsäkring kommer att bygga på folktandvårdstaxan. Utredningen redovisar olika synpunkter på denna och föreslår att folktandvårdstaxan blir föremål för översyn.

I den förut nämnda lagen om folktandvård föreslås en vårdskyldighet för de landstingskommunala huvudmännen beträffande vuxentandvård i den mån inte "annan drager försorg om vården". Som exempel på att annan drar försorg om vården nämns att vård ges av privatpraktiserande tandläkare eller inom ramen för militär tandvård.

7.2.2 Remissyttranden

Över betänkandet har yttranden avgetts av socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, statskontoret, riksrevisionsverket, skolöverstyrelsen, universitetskanslersämbetet, arbetsmarknadsstyrelsen, överbefälhavaren, försvarets sjukvårdsstyrelse, försvarets civilförvaltning, värnpliktsverket, 1966 års värnpliktskommitté, statens handikappråd, svenska landstingsförbundet, sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (SPRI), svenska kommunförbundet, förvaltningsutskotten i samtliga landsting, Stockholms stads folktandvårdsstyrelse, Göteborgs stad, Malmö stads sjukvårdsstyrelse, Sveriges tandläkarförbund, Sveriges läkarförbund, Svenska arbetsgivareföreningen, Landsorganisationen i Sverige, Tjänstemännens centralorganisation, Sveriges akademikers centralorganisation, Sveriges kommunaltjänstemannaförbund, Sveriges förenade studentkårer, Riksföreningen mot tandsjukdomar, Tandvärnet, Svenska Tandläkaresällskapet, Sveriges Arbetsledarförbund och Svenska Tandteknikerförbundet. Universitetskanslersämbetet har bifogat yttranden från de odontologiska fakulteterna, Överbefälhavaren yttranden från cheferna för vapengrenarna.

Remissinstanserna ansluter sig allmänt i princip till den av utredningen föreslagna utbyggnaden av folktandvården. Det betonas på flera håll att en utbyggnad är mycket angelägen. Behovet härav bestrids inte i något yttrande. Olika synpunkter redovisas dock i en rad delfrågor.

Svenska landstingsförbundet framhåller att bedömningen av hur huvudmännen kom-

mer att beröras ekonomiskt om förslagen förverkligas i hög grad försvåras av att utredningen inte behandlat statsbidragsfrågan och att något förslag till allmän tandvårdsförsäkring inte fanns att tillgå samtidigt. Det skulle ha varit synnerligen värdefullt med bättre kunskap om dessa faktorer som i viss utsträckning är avgörande vid granskningen av utredningens konsekvenser. Tillräckligt underlag för en totalbedömning av folktandvårdens utbyggnad föreligger först när tandvårdsförsäkringsutredningen och utredningen om sjukvårdskostnadernas finansiering redovisats.

LO anser att tandvården är ett av de mest eftersatta områdena inom socialpolitiken. Om en effektiv tandvårdspolitik skall kunna skapas måste samhället enligt LO:s mening ha ett inflytande som motsvarar vad man vill uppnå inom den öppna sjukvården. Detta kan ske genom ett samordnat införande av tandvårdsförsäkring, taxebindning av tandläkarna och kraftig upprustning av folktandvården.

Socialstyrelsen räknar med att införandet av en allmän tandvårdsförsäkring sannolikt kommer att öka efterfrågan på tandvård hos framför allt ekonomiskt svagare befolkningsgrupper. Fortsatt utbyggnad av barn- och ungdomstandvården och andra åtgärder inom den allmänna hälsovården kan stimulera till en ur allmän hälsovårdssynpunkt önskvärd minskning av klyftan mellan behov och efterfrågan på tandvård. Utvecklingen av efterfrågan på tandvård kan säkrare bedömas då tidpunkten för tandvårdsförsäkringens ikraftträdande fastställts och dess utformning blivit bekant.

Även *odontologiska fakulteten vid Göteborgs universitet* anser att vårdefterfrågan kommer att stimuleras av genomförandet av en tandvårdsförsäkring. Oavsett prognosernas osäkerhet torde tillgängliga resurser medge förutsättningar för att införa en sådan redan under 1970-talets början. Efterfrågan skulle, enligt *statens handikappråd* bli språngartad. Trots att Sverige har bättre tillgång på tandläkare än flertalet andra länder får man, enligt rådet, räkna med att detta leder till en skärpning i bristen på resurser som lätt kommer att drabba dem som redan tidigare är särskilt eftersatta. Av denna anledning är det oundgängligt att frågan om en prioriterad tandvård för handikappade behandlas så tidigt som möjligt i planeringen.

Spri erinrar om att huvudmännen strävar mot en mer långsiktig planering av den totala verksamheten. Med hänsyn härtill är det enligt Spris mening ytterst angeläget att statsmakternas intentioner om folktandvårdens målsättning snarast preciseras närmare än utredningen kunnat göra.

Utredningens beräkningar av tandläkartillgång och rekryteringsbehov har föranlett invändningar från flera remissinstanser.

Folktandvårdsutredningen i Storstockholm upplyser att om utredningens utbyggnadsprogram skall realiseras behövs ca 125 nya tandläkare per år under perioden 1971–75 i den vidgade Stockholms läns landstingskommun. Rekryteringsbehovet av tandläkare till folktandvården inom riket blir betydligt större än vad den statliga utredningen räknat med.

Sveriges läkarförbund beklagar att man inte kunnat beräkna hur en fortsatt ökning av barn- och ungdomstandvården påverkar efterfrågan på tandvård i stort. Tandvård som fortsätter mellan ca 16 och 20 års ålder innebär att man normalt förebygger ett stort behov av sanering under patientens senare liv.

Flera remissinstanser anser att utredningen underskattat ökningen av antalet tandläkare. *Sveriges tandläkarförbund* anser att utredningens beräknade nettotillskott av tandläkare är en minimikalkyl. Liknande synpunkter anför *Sveriges läkarförbund, SACO* och *socialstyrelsen.* Socialstyrelsen påpekar vidare att antalet tandläkare vid folktandvården under perioden 1 oktober 1968–1 april 1970 ökade med 234 mot endast 60 inom privattandvården. Enligt styrelsens mening är det numera ett minskat intresse hos unga tandläkare att etablera sig som privatpraktiker. Anledningen härtill är att efterfrågan på privattandvård börjar svik-

ta, då behandlingsarvodena på grund av omkostnaderna i en privatpraktik numera är mycket höga.

Att mot bakgrund av de f. n. otillräckliga resurserna nu genomföra en folktandvård för alla vuxna eller att inom en snar framtid införa en allmän tandvårdsförsäkring anser *Svenska arbetsgivareföreningen* endast leda till långa väntetider och försämrade möjligheter att sätta in tillgängliga resurser där behovet är störst. Sannolikt skulle också, enligt föreningen, kvaliteten på den erbjudna tandvården sjunka. *TCO* anser att till förutsättningarna för genomförandet av tandvårdsförsäkring hör, att barn- och ungdomstandvården med dess betoning på det profylaktiska arbetet blir utbyggd för de yngsta åldersgrupperna.

Utredningens synpunkter på behovet att bygga ut barn- och ungdomstandvården godtas allmänt i remissyttrandena. I motsats till utredningen vill dock ett övervägande flertal av remissinstanserna prioritera en utbyggnad av förskoletandvården framför ungdomstandvården. *Svenska landstingsförbundet* anför att – även med ett höjt statsbidrag – prioriteringar sannolikt kommer att bli nödvändiga hos många huvudmän. Därvid finner förbundet att en utbyggnad av barn- och ungdomstandvården utan tvekan bör komma i första hand. Om man därutöver blir nödsakad att vidta ytterligare begränsningsåtgärder bör förskoletandvården ges företräde framför tandvården för 17–19-åringar och därvid de tandhälsovårdande insatserna beredas tillräckligt utrymme. Det bör sålunda enligt förbundets mening vara en av folktandvårdens viktigaste uppgifter att skapa garantier för att en positiv attityd till god munhygien kan grundläggas redan i de tidigaste åldrarna. Samma uppfattning om företräde för förskolebarnen har *socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, förvaltningsutskotten i ett stort antal landsting, SPRI, Tandvärnet, Svenska tandläkarsällskapet* och *Sveriges tandläkarförbund.* Tandläkarförbundet påpekar att förskolebarnens tandvård är väsentligt mera eftersatt än ungdomarnas. Detta beror på att den systematiska tandvården under skolåren skapat en viss tandvårdsmedvetenhet hos ungdomar som ännu saknas hos många föräldrar. Om tandvården för småbarnen eftersätts skadas bettsituationen allvarligt för hela livet.

Förbundet framhåller att dess ställningstagande i prioriteringsfrågan inte innebär att ungdomsklientelet behöver ställas utanför rätten till vård. Tillgången på tandläkare kommer enligt prognoserna att vara tillräcklig för att klara ungdomstandvården. En tänkbar väg är att överenskommelser träffas mellan huvudmännen och privatpraktiserande tandläkare. Även de privatpraktiserande tandläkare som ägnar sig åt barntandvård bör kunna utnyttjas på samma sätt.

Socialstyrelsen framhåller i detta sammanhang att det under en övergångstid är lättare att ta i anspråk disponibel kapacitet hos de privatpraktiserande tandläkarna för ungdomstandvården än för barntandvården. Åtskilliga remissinstanser betonar att ett genomförande av utredningens förslag till utbyggnad förutsätter att statsbidraget till barntandvården höjs väsentligt.

Svenska landstingsförbundet anser att det nuvarande statsbidraget är helt otillräckligt om folktandvården skall kunna byggas ut enligt utredningens intentioner. Förbundet hemställer att förhandlingar tas upp i syfte att höja bidraget fr. o. m. den 1 juli 1971 så att det motsvarar värdet vid dess tillkomst. Helst bör den närmaste utbyggnaden få full kostnadstäckning. Den nuvarande differentieringen av bidraget mellan landstingskommuner och kommuner som inte tillhör landsting bör därvid slopas. Liknande synpunkter anför *Svenska kommunförbundet* och *förvaltningsutskotten i flera landsting.*

I några yttranden har frågan om de *primärkommunala bidragen till folktandvården* tagits upp. Enligt *Svenska landstingsförbundets* mening är det naturligt att, när folktandvården blir ett i lag föreskrivet åliggande för landstingskommunerna, kostnaderna för verksamheten bör delas endast mellan landstingskommunerna och staten. Nuvarande bestämmelser om bidragsskyldighet för primärkommunerna bör därför upp-

hävas. Samma uppfattning har *förvaltningsutskotten i flera landsting. Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott* framhåller att bidraget utgör en mycket ringa del av de faktiska kostnaderna. Bidragen saknar nämnvärd betydelse för landstingskommunerna men för med sig ganska omfattande administrativt arbete.

Utredningens mål att folktandvårdens kapacitet skall byggas ut till att motsvara ca 30 à 35 procent av den totala vuxentandvården godtas eller lämnas utan erinran av de flesta remissinstanserna. Remissinstanserna delar i allmänhet utredningens uppfattning att det är angeläget att vuxentandvården blir reglerad genom en allmän tandvårdsförsäkring.

Socialstyrelsen anser emellertid att den ökade efterfrågan på vård som säkert blir följden av en allmän tandvårdsförsäkring bör tillfredsställas inom folktandvården genom att denna byggs ut mer än utredningen föreslagit. Detta torde inte bli dyrare för det allmänna än ett system med en omfattande återbäringsberättigad tandvård meddelad av privatpraktiserande tandläkare. En så omfattande utbyggnad av folktandvården kräver att huvudmännen får ökade ekonomiska resurser.

LO anser att folktandvårdens andel av den totala vuxentandvården bör öka mer än de 30–35 procent utredningen föreslagit om den vuxna befolkningen skall kunna få en mer regelbunden tandvård. Enligt LO:s mening kommer den utbyggda ungdomstandvården och förbättrade möjligheter till vuxentandvård att väsentligt öka efterfrågan på folktandvård från grupper som nu inte efterfrågar tandvård. Dimensioneringen av vuxentandvården måste också ses i relation till utformningen av en allmän tandvårdsförsäkring. Även om en försäkring innebär taxebindning av all tandvård anser LO att folktandvården måste ha tillräckligt stor andel av den totala tandvården för att kunna bli normerande vid taxesättningen. LO saknar ett vidare resonemang om prioriteringsfrågorna. LO påpekar att det framkommit att det finns ett klart samband mellan tandstatus och inkomster samt bosättningsort. LO föreslår därför att man överväger en inkomstgraderad förtur till den jämfört med privat tandvård billigare folktandvården eller en inkomstgraderad taxesättning. Enligt LO:s mening måste mer komplicerad och kostnadskrävande tandvård främst ske genom folktandvårdens försorg.

Sveriges tandläkarförbund framhåller att målet för folktandvårdens uppbyggnad måste vara att skapa möjligheter att ge dem som önskar det en regelbundet reviderande tandvård. Det har länge varit ett starkt önskemål från förbundets tjänstetandläkare att kunna ge en sådan tandvård. Det skulle tveklöst ge bättre renommé åt folktandvården och därmed också gynnsamt påverka tjänstetandläkarnas arbetstillfredsställelse.

Svenska Landstingsförbundet ansluter sig till utredningens allmänna målsättning. Innan en tandvårdsförsäkring trätt i kraft och dess samband med folktandvårdstaxans avgiftsbelopp blivit närmare fastställt synes det emellertid förbundet knappast möjligt att överblicka när en sådan utbyggnad skall kunna vara förverkligad. Förbundet understryker att många oklara faktorer föreligger beträffande huvudmännens möjligheter att på olika sätt beredas tillräcklig ekonomisk kompensation för vidgade åtaganden inom folktandvården. Tills vidare bör därför vuxentandvården byggas ut efter ett eget program där det är möjligt och expansionen i övrigt bli en biprodukt av att nya tandläkare och ytterligare polikliniker tillkommer i takt med att barn- och ungdomstandvårdens kapacitet ökar. På vissa håll kan också utredningens förslag om slopande av den nuvarande regeln att distriktstandläkarna skall ägna minst 55 % av sin sammanlagda arbetstid åt den organiserade barntandvården föra med sig att ett ökat antal vuxna vårdsökande kan meddelas adekvat vård. Härutöver bör, framhåller förbundet, naturligen även på detta område så effektiva profylaktiska åtgärder som möjligt sättas in till förebyggande av tandlossningssjukdomar och karies.

Svenska kommunförbundet anser att det inte är realistiskt att under de närmaste åren räkna med någon större utbyggnad av vuxen-

tandvården. Först när en tandvårdsförsäkring trätt i kraft och ny folktandvårdstaxa fastställts kan tandläkartillgång och utbyggnadsmöjligheter bedömas. Liknande synpunkter anför *Malmö stads sjukvårdsstyrelse.*

Utredningens förslag att landstingskommunernas tandvårdsskyldighet skall fastslås i lag tillstyrks i princip eller lämnas utan erinran av remissinstanserna.

I åtskilliga yttranden har dock föreslagits att huvudmännens skyldighet skall begränsas i förhållande till vad utredningen föreslagit. I vissa detaljfrågor har särskilda synpunkter redovisats.

Svenska kommunförbundet tillstyrker att den organiserade tandvården för barn och ungdomar lämnas kostnadsfritt. Förbundet förutsätter dock att överläggningar i finansieringsfrågan kommer till stånd innan skyldigheten lagfästs. Enligt förbundets mening bör bestämmelserna om vårdskyldighet formuleras på ett sätt som bättre gör klart vad skyldigheten innebär gentemot andra än barn och ungdom. I förslaget avgränsas denna vårdskyldighet till att gälla i den mån inte annan drar försorg om vården. Samma formulering används i sjukvårdslagen. Utredningen anger privatpraktiserande läkare och militärtandvård som exempel på när annan drar försorg om vården. Enligt förbundets uppfattning avser sjukvårdslagen med motsvarande bestämmelse att åläggandet att bereda erforderlig vård gäller i den mån inte samhället på annat sätt sörjt härför. Om denna tolkning tillämpas på tandvården innebär det att förekomsten av privattandläkare inte påverkar huvudmannens vårdskyldighet.

Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott framhåller att förslaget om utökad tandvård torde kunna realiseras först på sikt. Det är betänkligt att nu i lag fastställa ökad vårdskyldighet. Denna motsvaras inte av möjligheter för huvudmännen att fullgöra skyldigheten inom folktandvården. Detta kommer att föra med sig bekymmer för huvudmannen och sannolikt irritation bland allmänheten. Lagtexten bör uformas så att huvudmännen skall vara skyldiga att meddela tandvård i den ordning som är möjligt med hänsyn till de successivt utbyggda resurserna inom de olika huvudmännens folktandvård.

Blekinge läns landstings förvaltningsutskott anser att landstingskommunens tandvårdsskyldighet i princip bör uformas på samma sätt som sjukvårdsskyldigheten. Enligt utskottets mening finns det inte någon anledning att tillförsäkra medborgarna en mer strikt rätt till tandvård än till sjukvård. Utskottet framhåller att resurser att tillgodose alla sjukvårdsbehov har saknats och saknas alltjämt på många håll. Detta har dock inte krävt någon reglering i form av bestämmelser om partiell begränsning av vårdskyldigheten på grund av brister från tid till annan mellan resurser och behov. Utskottet ifrågasätter också starkt om rätten till vård bör ges olika valör för skilda ålderskategorier medborgare.

Göteborgs stad anser att den viktigaste frågeställningen är hur en allmän tandvårdsförsäkring skall kunna genomföras utan att äventyra folktandvårdens grundläggande uppgifter beträffande barn- och ungdomstandvård. Den föreslagna lagtexten innebär emellertid att privattandvård i dessa åldrar inte kan betalas av en tandvårdsförsäkring. På dessa sätt undviker man att den värdefulla barntandvårdsorganisation som folktandvården byggt upp blir sönderslagen genom en tandvårdsförsäkring med fritt tandläkarval.

Blekinge läns landstings förvaltningsutskott finner förslaget innebära att den allmänna tandvårdsförsäkringen skall omfatta medborgarna först fr. o. m. 20 års ålder. Ur systematisk synpunkt kan det, enligt förvaltningsutskottet, diskuteras, om inte tandvårdsförsäkringen borde gälla fr. o. m. 16 års ålder i likhet med sjukförsäkringen. Sådant formellt inordnande av medborgarna i tandvårdsförsäkringen fr. o. m. 16 års ålder torde inte utesluta att tandvården lämnas helt avgiftsfritt under ytterligare några år. *Malmöhus läns landstings förvaltningsutskott* anser övervägande skäl tala för att även åldersgrupperna 0–19 år skall tillhöra en kommande tandvårdsförsäkring. Den enskilde skulle därigenom tillförsäkras möjlighet att erhålla ersättning från försäkringskassor-

na i de fall behandling av olika skäl inte kunnat ske inom folktandvården. Härigenom skulle också landstingens skyldigheter röranде tandvård kunna överensstämma bättre med vad som gäller inom sjukvård. Utskottet vill särskilt understryka att även om barn och ungdomar tillhörde försäkringen verksamheten allt fortfarande skulle bedrivas i samma fast organiserade form som hittills, dvs. med personliga kallelser till samtliga individer i berörda åldersgrupper.

Förvaltningsutskotten i Södermanlands och *Gotlands läns landsting* anser att vårdskyldigheten bör begränsas till åldersklasserna 6–16 år. Begränsningen bör inte upphävas förrän behövliga resurser skapats för att fylla vårdbehovet för övriga åldersklasser.

SAF anser att ungdomar i åldrarna 17–19 år bör åtminstone delvis själva bekosta tandvården. Kostnaderna för den enskilde skulle bli mycket måttliga, då barn- och ungdomstandvården upp till 16 år gett ett gott utgångsläge utan kostnad. Även några remissinstanser ifrågasätter om inte tandvården för åldrarna 17–19 år bör omfattas av en kommande tandvårdsförsäkring. Denna åsikt har bl. a. *Blekinge läns landstings förvaltningsutskott* och *Svenska tandläkarsällskapet*. *Socialstyrelsen* anser att ungdomarna i åldern 17–19 år bör omfattas av tandvårdsförsäkringen under en övergångstid.

Förvaltningsutskotten i Kalmar läns norra, Värmlands, Jämtlands och *Uppsala läns landstings förvaltningsutskott* anser att ikraftträdandet av utredningens förslag bör uppskjutas.

Utredningens förslag att landstingskommun skall ge skälig *ersättning för vårdkostnaden* åt vårdberättigad som inte enligt lagen kan erbjudas tandvård inom barn- och ungdomstandvården tas upp i några remissyttranden.

Sveriges tandläkarförbund kan inte acceptera att endast skälig ersättning skall ges för dessa kostnader. De bör ersättas helt.

Uppsala läns landstings förvaltningsutskott befarar att tillämpningen av den föreslagna bestämmelsen kan komma att skapa mycket stora praktiska problem. Utskottet avstyrker därför tills vidare förslaget.

Jämtlands läns landstings förvaltningsutskott anser att det bör närmare preciseras hur skälig ersättning skall räknas fram. Annars kan tvister inte undgås. Enligt utskottets mening bör huvudmannens självkostnader, dvs. kostnaderna för huvudmannen om behandlingen skett vid folktandvårdspoliklinik, fastslås som skälig ersättning. Det är inte tillfyllest att som utredningen förordar självkostnaden endast skall tjäna som ledning vid bedömandet av ersättningens storlek.

Många remissorgan behandlar frågan om folktandvårdstaxans utformning. *Sveriges tandläkarförbund* förklarar sig medvetet om att folktandvårdstaxan inte kan ges en behandling helt frikopplad från taxekonstruktionen i en allmän tandvårdsförsäkring. Eftersom något slags korrelation förutsätts gälla mellan folktandvårdens taxa för vuxna och ersättningsnormerna inom en allmän tandvårdsförsäkring och eftersom taxan lider av ett flertal brister tillstyrker förbundet förslaget om en genomgripande översyn av gällande taxa. *Svenska Landstingsförbundet* anser att man intill dess utredningen om tandvårdsförsäkring lagt fram sina förslag torde få avvakta i frågan om en höjd folktandvårdstaxa.

Principen om en självbärande vuxentandvårdstaxa, anpassad till kostnaderna för vården framförs av *förvaltningsutskotten i Jönköpings läns landsting, Västernorrlands läns landsting* och *Göteborgs och Bohus läns landsting*, som också anser att taxan bör utgöra grundval för återbäringen inom tandvårdsförsäkringen. *Förvaltningsutskottet i Kronobergs läns landsting* finner att folktandvårdstaxans kommande utformning kan få stor betydelse för folktandvårdens ekonomi. Enligt *Örebro läns landstings förvaltningsutskott* borde en reform av folktandvårdstaxan kombineras med en tandvårdsförsäkring så utformad att patienterna ej direkt drabbas av en så stor taxehöjning som eljest skulle vara nödvändig.

Utredningens uttalande att införandet av en allmän tandvårdsförsäkring kräver en bindande taxa för privatpraktikerna är enligt

Sveriges läkarförbund mera kategoriskt än vad tillgängliga utredningar och erfarenheter tillåter. Detsamma gäller antagandet att, om man eftersträvar en folktandvårdstaxa som skall kunna bli vägledande för arvodessättningen inom vuxentandvården i dess helhet, detta kräver en ytterligare betydande utbyggnad av folktandvården.

SACO tar bestämt avstånd från vad utredningen anfört. Enligt SACO:s mening lägger utredningen inte fram några fakta som visar att sådana arvodeshöjningar skulle inträffa. Organisationen anser det självklart att en fri yrkesutövare måste få företa arvodesjusteringar som föranleds av kostnads- och löneutveckling. Liknande uppfattning har *Sveriges tandläkarförbund.*

Skaraborgs läns landstings förvaltningsutskott anser att man inte i längden kan fortsätta att subventionera tandvårdskostnaderna för det fåtal vuxna som utan behovsprövning behandlas inom folktandvården medan det stora flertalet får söka privatpraktiserande tandläkare och själva helt bekosta sin tandvård. Även om en tandvårdsförsäkring genomförs bör man enligt utskottets mening sträva efter att den enskildes tandvårdskostnader blir lika antingen han vårdas inom folktandvården eller av privatpraktiserande tandläkare.

LO anser att taxefrågan måste ses mot bakgrund av hur en eventuell allmän tandvårdsförsäkring utformas. Enligt LO:s mening talar mycket för en lösning som i princip ansluter sig till den s. k. sjukronorsreformen inom den allmänna försäkringen. Det måste uppfattas som inkonsekvent om taxan höjs i avvaktan på en reform. Under en övergångstid kan dock inkomstgraderade taxor tänkas.

7.3.1 1967 års folktandvårdsutrednings PM om särskilda tandvårdsanordningar för vissa patientgrupper

Frågor angående tandvård åt personer, som för längre tid omhändertagits för sluten vård eller undervisning, s. k. anstaltstandvård, har behandlats av 1967 års folktandvårdsutredning i en promemoria av den 21 april 1971 (SOU 1971:38). Utredningen behandlar även frågor angående tandvård åt personer utanför anstalt, vilka på grund av fysiskt eller psykiskt handikapp är förhindrade eller har betydande svårigheter att för sin tandvård anlita konventionella tandpolikliniker.

Utredningen, som inhämtat vissa uppgifter hos sjukvårdshuvudmännen, konstaterar att det bland *fysiskt och psykiskt långtidssjuka och därmed jämförbara handikappade* finns ett eftersatt vårdbehov av mycket hög angelägenhetsgrad. Särskilda vårdorganisatoriska åtgärder för att tillgodose detta bör därför vidtas jämsides med den allmänna utbyggnaden av folktandvården så att dessa grupper snarast möjligt bringas i nivå med det stora flertalet medborgare i fråga om tandvård. I övrigt bör hithörande klientgrupper stödjas med transporttekniska åtgärder så att de kan få sin tandvård tillgodosedd vid vanliga tandläkarmottagningar. Privatekonomiska förhållanden, som kan motivera särskilda åtgärder i förhållande till läget hittills, bör beaktas i samband med utredningen om en tandvårdsförsäkring.

Enligt utredningens mening bör behandlingen av ifrågavarande klientel i princip ingå som ett obligatoriskt led i rehabiliteringen och vara inriktad på att ge patienten en så adekvat tandvård som behovet påkallar och omständigheterna i övrigt medger.

Parallellt med den terapeutiska verksamheten måste man ägna största uppmärksamhet åt profylaktiska åtgärder i syfte att såvitt möjligt bevara resultatet av meddelad tandvård och förebygga nya tandsjukdomar.

När det gäller erforderliga anordningar för den terapeutiska tandvården för de långtidssjuka och ifrågavarande handikappade förordar utredningen olika huvudvägar, alltefter som klientelet vårdas på sjukhus eller vistas i sina hem. För det senare klientelet torde man främst böra inrikta sig på att skapa lokalmässiga och behandlingsmässiga möjligheter för tandvård vid vissa lämpligt belägna distriktstandpolikliniker. På sina håll kan det också befinnas lämpligt att tillvarata befintliga eller genom insatser av huvudman-

nen skapa lokalmässiga förutsättningar för att behandla hithörande klientel vid privata tandläkarmottagningar. Jämsides härmed bör man bygga ut möjligheterna att vid långvårdskliniker, psykiatriska sjukhus samt centrala sjuk- och vårdhem meddela tandvård åt de där inneliggande långtidssjuka. Där bör man även meddela tandvård åt den del av det närboende hemsjukvårds- och handikappklientelet, som inte kan behandlas på distriktstandpoliklinik. Det skulle vara fördelaktigt, om dessa sjukhuspolikliniker anordnades som annex till distriktstandvårdspoliklinikerna. Vidare bör man undersöka möjligheterna att inom lämpliga utrymmen på perifera sjukhem och vårdinrättningar uppställa en stationär eller portabel tandvårdsutrustning, som inte nödvändigtvis behöver vara ny.

För att tillgodose tandvården åt hemsjukvårdspatienter och allvarligt rörelsehindrade i glesbygderna kan man som komplement till de fasta poliklinikerna tänka sig någon form av ambulant tandvård med hjälp av en portabel utrustning eller mobil klinik. Först bör dock erfarenheterna från den försöksverksamhet, som man med statsbidrag avser att bedriva i Västerbottens län, avvaktas.

Antalet fall i behov av tandbehandling under narkos har stigit snabbt under senare år och kan f. n. tillgodoses i liten utsträckning. En utbyggnad av möjligheterna för sådan behandling anses därför angelägen och bör av olika skäl t. v. koncentreras till sjukhusanslutna tandpolikliniker.

Kostnaderna för en utbyggd anstaltstandvård finner utredningen svåra att beräkna. Man kan emellertid utgå från att tandvården för hithörande klientel blir avsevärt dyrare än motsvarande tandvård för patienter i allmänhet. Det har inte ingått i utredningens uppdrag att pröva grunderna för statens bidrag till folktandvården, ej heller att avväga tandvårdskostnadernas fördelning inom ramen för en vidgad tandvårdsförsäkring. I betraktande av de speciella omständigheter, som inverkar fördyrande på tandvården för hithörande klientel, finner folktandvårdsutredningen det angeläget betona, att starka sakliga skäl talar för att särskild hänsyn tas till dessa kostnader dels vid omprövning av statsbidragsgrunderna, dels även vid utformningen av den tandvårdsförsäkring som utreds. Från dessa utgångspunkter föreslår utredningen följande om bestridandet av behandlingskostnaderna för ifrågavarande grupper: 1. Behandling av barn och ungdom under 20 år bör bestridas av vederbörande hemortslandsting eller motsvarande, som därvid får rätt till statsbidrag. 2. För vuxna i sluten vård bör huvudmannen i princip svara för kostnaden, med rätt att uppbära patientens eventuella ersättning från allmän försäkringskassa. 3. För vuxen, som får tandvård vid anstalt utan att vara intagen för vård, bör kostnaden bestridas enligt de regler som gäller för distriktstandvården i övrigt eller som tandvårdsförsäkringsutredningen kan komma att föreslå.

Beträffande tandvården för *syn- och hörselskadade* föreligger enligt utredningen inga omständigheter, som ur odontologisk synpunkt motiverar särskilda vårdtekniska åtgärder. Däremot erbjuder kommunikationen mellan tandläkaren och patienten speciella svårigheter. När det gäller för den enskilde att få kontakt med tandläkaren måste i regel anhörig eller vårdare biträda. De dövblinda och många döva är dessutom oftast beroende av tolkhjälp vid varje tandläkarbesök. Stora svårigheter möter f. n. att erhålla biträde av tolk, då tolkarna i regel är förhindrade av sitt ordinarie arbete under dagen och därjämte är mycket ojämnt fördelade över landet. Utredningen räknar dock med att fortsatt utbildning på området kommer att ske till dess behovet blir fyllt.

Folktandvårdsutredningen utgår från att de speciella problem av ekonomisk art, som sammanhänger med ifrågavarande handikapp, kommer att särskilt uppmärksammas i samband med pågående utredning om en tandvårdsförsäkring.

Angående tandvården vid *ungdomsvårdsskolor och vårdanstalter för alkoholmissbrukare* förordar utredningen att klientelet där i princip erhåller full munsanering på det allmännas bekostnad.

Kostnaden för tandvården åt intagna ungdomar under 20 år bör enligt utredningens allmänna riktlinjer bestridas av vederbörande hemortslandsting, som därvid äger uppbära statsbidrag enligt av riksdagen godkända grunder. För det övriga klientelet torde kostnaden, i den mån den ej täcks av tandvårdsförsäkring, böra bestridas av vederbörande anstalt med rätt för de erkända och enskilda nykterhetsvårdanstalterna att uppbära ersättning från staten till motsvarande belopp. Tandvården för hithörande klientel bör, där så kan ske, ordnas inom ramen för en utbyggd folktandvård och annars genom avtal med privatpraktiserande tandläkare. Närmare riktlinjer för tandvårdens bedrivande och kontroll därav bör uppdras av socialstyrelsen.

För tandvården vid *kriminalvårdens anstalter* har man år 1969 dragit upp nya riktlinjer efter samråd med socialstyrelsen och Sveriges tandläkarförbund. Dessa riktlinjer har sedan kompletterats genom ett mellan kriminalvårdsstyrelsen och tandläkarförbundet träffat avtal, som innefattar bestämmelser om bl. a. erforderliga lokaler och deras utrustning, praktikassistens och ersättning för utfört arbete. Avtalet trädde i kraft i december 1970. Med hänsyn härtill och till de omfattande krav, som en utbyggande och en reglering av distriktstandvården enligt utredningens förslag kommer att ställa på huvudmännen, har utredningen inte ansett sig böra gå in närmare på frågan om tandvårdens ombesörjande vid kriminalvårdens anstalter. Utredningen räknar med att kriminalvårdsstyrelsen följer utvecklingen på tandvårdsområdet och efter hand vidtar åtgärder för att anpassa tandvården för sitt klientel efter de riktlinjer som kan komma att fastställas för anstaltstandvården i övrigt.

7.3.2 Remissyttranden

Yttranden har avgetts av kriminalvårdsstyrelsen, socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, statskontoret, riksrevisionsverket, universitetskanslersämbetet, skolöverstyrelsen, arbetsmarknadsstyrelsen, direktionen för karolinska sjukhuset, statens handikappråd, tandvårdsförsäkringsutredningen, glesbygdsutredningen, Spri, Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, förvaltningsutskotten i Östergötlands, Jönköpings, Malmöhus, Örebro, Västerbottens och Norrbottens läns landsting, Sveriges tandläkarförbund, Sveriges läkarförbund, Svenska tandsköterskeförbundet, Svensk sjuksköterskeförening, tjänstemännens centralorganisation (TCO), Svenska kommunalarbetareförbundet med instämmande av LO, Riksföreningen mot tandsjukdomar (Tandvärnet), De handikappades riksförbund, Handikapporganisationernas centralkommitté, Sveriges dövas riksförbund, Svenska multipel skleros-föreningarnas riksförbund, Riksförbundet för svensk epileptikervård, Riksförbundet för utvecklingsstörda barn, Riksförbundet mot allergi, De enskilda anstalternas förbund, Riksförbundet för enskild sjuk- och åldringsvård, Svenska nykterhetsvårdsförbundet, Nykterhetsvårdens anstaltsförbund.

Här redovisas i första hand sådana delar av remissyttrandena som berör ekonomiska förhållanden.

Samtliga remissinstanser är eniga om att det finns ett stort eftersatt tandvårdsbehov hos de av utredningen redovisade patientgrupperna. Remissinstanserna instämmer i allmänhet i utredningens mening, att det är angeläget vidta åtgärder för att bättre tillgodose behovet av tandvård för här berörda grupper. Olika synpunkter redovisas dock. En del remissinstanser anser t. ex. att det inte är möjligt att ta ställning till en del av utredningens förslag förrän utformningen av en eventuell tandvårdsförsäkring är känd och då statsbidrags- och taxefrågorna lösts.

Svenska landstingsförbundet framhåller att självfallet måste folktandvårdens allmänna målsättning att i princip stå öppen för alla innebära att de i utredningen redovisade patientgrupperna inte får tillåtas hamna i någon undantagsställning. Liksom utredningen finner man det synnerligen angeläget att dessa gruppers tandvårdsbehov snabbt kan mötas med aktiva insatser. Enligt för-

bundet kan sådana insatser göras och ge goda resultat utan att huvudmännens ekonomiska engagemang behöver bli särskilt omfattande eller i många fall kan ske inom ramen för befintliga resurser.

Landstingsförbundet framhåller också att pågående utredningar, t. ex. utredningen om tandläkares specialistutbildning, kan ge uppslag till kompletterande förbättringar i de handikappades tandvårdssituation.

Statens handikappråd betonar vikten av att här berörda frågor får hög prioritet inom de samhällsorgan som berörs av utredningens förslag. Inte minst anser man det vara av väsentlig vikt att tandvårdsförsäkringsutredningen beaktar de speciella önskemål och krav som handikappade ställer på att få en adekvat tandvård, då dessa ofta är frågor av ekonomisk natur.

Socialstyrelsen noterar med tillfredsställelse den ambitionsnivå som utredningen från början vill ge tandvården för långtidssjuka och därmed jämförbara handikappade, nämligen att dessa patientgrupper skall bringas i nivå med det stora flertalet medborgare i fråga om tandvård. Styrelsen ifrågasätter dock om inte denna nivå bör sättas högre och utmynna i organiserad tandvård för alla dessa patientgrupper.

Statens handikappråd anser att de undersökningar som ligger till grund för utredningens synpunkter och förslag har stora brister. Man oroar sig för att dessa utredningar ger ett intryck av att de flesta handikappade kräver speciella tandvårdsåtgärder, vilket inte är fallet, då det stora flertalet handikappade kan ges tandvård under likartade förhållanden som icke handikappade. Av likartad åsikt är *Riksförbundet för utvecklingsstörda barn* som anser att gruppen utvecklingsstörda är utomordentligt heterogen.

Flera remissinstanser anser att en utbyggnad av folktandvården måste ske genom en prioritering av vissa patientgrupper. Så anser bl. a. *Östergötlands läns landsting* och menar att till dessa grupper hör patienter, som på grund av handikapp av skilda slag ej lämpar sig för behandling i konventionellt utrustade tandläkarmottagningar, och långtidssjuka patienter.

Odontologiska faktulteterna i Umeå, Stockholm och Lund påpekar i sina yttranden till *UKÄ* att de som har medfödda dentala handikapp, dvs. tand- och käkutvecklingsstörningar, inte har inbegripits i utredningen. Fakulteterna väcker därför frågan om inte personer med uttalade medfödda dentala handikapp bör erhålla tandvård på det allmännas bekostnad.

Statens handikappråd ställer sig mycket tveksamt till utredningens förslag att man skall skapa lokalmässiga möjligheter för tandvård endast vid vissa lämpligt belägna tandpolikliniker. Man anser att dessa möjligheter bör skapas vid alla distriktstandpolikliniker där det är möjligt. Handikapprådet hänvisar liksom *statskontoret, glesbygdsutredningen, Handikapporganisationernas centralkommitté* till gällande byggnadslagstiftning som anger att allmän byggnad skall utformas så att den blir tillgänglig för personer med nedsatt rörelseförmåga eller orienteringsförmåga.

Norrbottens läns landsting anser att tandvården för det institutions- och anstaltsbundna klientelet på litet längre sikt relativt lätt torde kunna ordnas. Svårare torde problemet vara för de handikappade, som vistas i sina hem. En stor del av dessa kan emellertid behandlas på nära belägna distriktstandpolikliniker eller hänvisas till närmaste anstaltstandpoliklinik.

Ingen av remissinstanserna har något att erinra mot utredningens förslag att transporttekniska åtgärder bör vidtas för att underlätta för fysiskt och psykiskt handikappade att erhålla tandvård. Flera remissinstanser bl. a. *Sveriges tandläkarförbund, Örebro läns landsting, Norrbottens läns landsting*, framhåller att om tandvården för här berörda grupper skall fungera väl måste det finnas en tillfredsställande transportapparat. *Statskontoret* anser att transportkostnaderna bör åvila sjukvårdshuvudmännen. Enligt *Handikapporganisationernas centralkommitté* bör det utredas om landstings- eller primärkommun skall ansvara för dessa transporter.

I fråga om mobila tandvårdsanordningar vill bl. a. *statens handikappråd, glesbygdsutredningen, Svenska tandläkarförbundet* att man avvaktar resultaten från den försöksverksamhet som bedrivs inom Västerbottens läns landsting innan man tar ställning i frågan. Även *Svenska landstingsförbundet* tror att erfarenheterna av denna försöksverksamhet kan ge underlag för överväganden om eventuell utökning av denna verksamhet. *Västerbottens läns landsting* uppger erfarenheterna av ambulant tandvård som goda. *Sveriges tandläkarförbund* och *Sveriges läkarförbund* framhåller att när försvarets sjukvårdsstyrelse utvecklat den portabla tandvårdsutrustningen man bör pröva den på orter och institutioner där tandläkare saknas. För beredskapsförhållanden färdigställda lokaler skulle därvid kunna utnyttjas.

Socialstyrelsen är tillfredsställd med utredningens restriktiva uttalande om narkos vid tandbehandling samt anser att denna tills vidare av bl. a. medicinska skäl bör koncentreras till sjukhusanslutna tandpolikliniker. Att narkostandvården bör koncentreras till sjukhusanslutna polikliniker framhålls av flera remissinstanser bl. a. *KS, Statens handikappråd, glesbygdsutredningen, Jönköpings* och *Örebro läns landsting, Sveriges läkarförbund, Sveriges tandläkarförbund.*

Vad finansieringen beträffar går remissorganen i allmänhet inte in på de av utredningen skisserade riktlinjerna för behandlingskostnadernas bestridande utan uppehåller sig vid mera allmänna finansieringsfrågor.

Svenska landstingsförbundet framhåller det mycket snäva ekonomiska expansionsutrymmet inom vårdsektorn och att, innan frågan om en tandvårdsförsäkring och de därmed nära sammanhängande statsbidrags- och folktandvårdstaxefrågorna lösts, man måste hänvisa till kraftiga prioriteringar i utbyggnaden av folktandvården. Tandvården för barn och ungdom är folktandvårdens huvuduppgift och en mer väsentlig utbyggnad av vårdresurserna i övrigt kommer tills vidare att kunna ske endast i den mån de ekonomiska förutsättningarna lämnar utrymme härför. Landstingsförbundet menar att detta inte bör hindra att väsentliga förbättringar utan tyngre ekonomiska engagemang kan genomföras för här gällande grupper.

Samtliga landsting som beretts tillfälle att yttra sig, *Östergötlands, Jönköpings, Malmöhus, Örebro, Västerbottens och Norrbottens läns landsting*, framhåller att finansieringen av den framtida folktandvården måste lösas för att landstingen skall få möjligheter att realisera folktandvårdsutredningens intentioner. Den nödvändiga inkomstförstärkningen måste ske genom en förändring av statsbidragen eller en höjning av folktandvårdstaxan.

Socialstyrelsen anser att kostnadsfördelningen mellan staten och huvudmannen i vad avser tandvården för här berörda grupper bör bli föremål för en prövning dels i tandvårdsförsäkringsutredningen, dels ock i överläggningar med berörda huvudmän.

Riksförsäkringsverket framhåller angående utredningens förslag om bestridandet av kostnaderna för vuxna i sluten vård, att man förutsätter att det vid en vidgad tandvårdsförsäkring kommer att stadgas att ersättning för tandläkarvård inte utgår från försäkringskassa under tid då försäkrad åtnjuter sjukhusvård, vilket f. n. gäller beträffande ersättningsgilla tandvårdskostnader.

Statskontoret anser att tandvårdskostnaderna för hithörande patientgrupper bör bestridas av staten och sjukvårdshuvudmännen enligt utredningens förslag samt att tandvården för respektive patientgrupper bör ordnas enhetligt inom landet.

Riksrevisionsverket ansluter sig till utredningens mening att behandlingskostnaderna skall bestridas av vederbörande huvudmän med rätt för dessa att uppbära bidrag från staten resp. patienten tillkommande ersättning från försäkringskassan. Verket konstaterar vidare att då tandvården kommer att bli mycket kostnadskrävande man finner det tveksamt om den angivna målsättningen är praktiskt genomförbar inom rimlig tid. Enligt verkets mening bör det åtminstone till en början ske en prioritering mot akuttandvård och mot profylaktiska åtgärder.

Spri framhåller att utredningens förslag

och utbyggnadstakten bör underkastas närmare bedömning i samband med att de ekonomiska förutsättningarna och finansieringsprinciperna för tandvårdens framtida bedrivande m. m. i sin helhet klarläggas.

Handikapporganisationernas centralkommitté och *Riksförbundet för utvecklingsstörda barn* föreslår att sötsaksindustrin och läkemedelsindustrin får bära en del av kostnaderna för folktandvårdens utbyggnad och en tandvårdsförsäkring.

Riksförbundet för svensk epileptikervård framhåller att i Norge utgår full gottgörelse för utgifter vid tandbehandling, såväl för läkemedelsorsakade förändringar som för tandskador orsakade genom epileptiska anfall. Enligt förbundet är det rimligt att epileptiker i vårt land på samma sätt får full kostnadstäckning för tandvård av nämnda slag inom sjukförsäkringen.

Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Svenska tandläkarförbundet, Sveriges läkarförbund och TCO har inget att erinra om vad utredningen anför beträffande tandvården för syn- och hörselskadade.

Sveriges dövas riksförbund påpekar att de döva i de flesta fall klarar tandläkarbesöken utan att behöva anlita tolk. Tandläkare bör ges kännedom om att tolkar finns att tillgå kostnadsfritt för de döva.

Skolöverstyrelsen framhåller att tandvården vid specialskolorna fungerar i alla avseenden tillfredsställande. Den av utredningen påvisade bristen på tillgängliga teckenspråktolkar är fortfarande stor. Socialstyrelsens försöksverksamhet bör få en fastare organisation med regionala heltidstjänster.

Norrbottens läns landsting framhåller att av de syn- och hörselskadade det enligt landstingets mening endast är de dövblinda som torde vara i behov av ett särskilt omhändertagande. Den lilla gruppen dövblinda i Norrbotten, ca 30, har sedan ett par år tillbaka beretts tandvård i folktandvården. Tandvårdsbehovet har varit mycket stort. Det får anses ytterst angeläget att denna svårt handikappade grupp årligen kallas till tandvårdsbehandling.

Vad härefter angår tandvården vid ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter anser *socialstyrelsen* att samtliga intagna skall få möjlighet till full munsanering. Styrelsen tillstyrker att kostnaderna för denna tandvård, i den mån de ej kommer att täckas av planerad tandvårdsförsäkring, bestrids av vederbörande anstalt med statsmedel.

Kriminalvårdsstyrelsen framhåller att det ur kriminalvårdens synpunkt är av stor betydelse att ungdomsvårdsskoleklientelets tandvård på angivet sätt blir tillgodosett.

Statskontoret anser beträffande tandvården för dessa grupper att avtal bör ingås mellan staten och landstingen innebärande att sjukvårdshuvudmännen åläggs ansvaret mot ersättning från staten. Det är angeläget att motsvarande avtal upprättas mellan huvudman för erkänd resp. enskild nykterhetsvårdsanstalt och sjukvårdshuvudman.

Örebro läns landsting framhåller att tandvården för dessa grupper bör ombesörjas av folktandvården under förutsättning att landstingen får full täckning för kostnaderna. Vården vid dessa inrättningar syns f. n. fungera väl, varför ett inlemmande i folktandvården bör ges en låg prioritet.

Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Svenska tandläkarförbundet, Sveriges läkarförbund, TCO har inget att erinra mot utredningens förslag.

Beträffande tandvården vid kriminalvårdens anstalter framhåller *kriminalvårdsstyrelsen* att man noga kommer att följa utvecklingen på tandvårdsområdet och vidta de åtgärder som kan komma att behövas. En angelägen och närliggande uppgift blir därvid att undersöka i vad mån tandvården vid kriminalvårdens ungdomsanstalter kan anknytas till landstingens kostnadsfria tandvård för ungdomar under 20 år. Vidare framhåller styrelsen att särskilda problem har uppstått till följd av det ökade narkotikamissbruket bland kriminalvårdsklientelet. Eftersom dålig munhygien, dålig tandstatus och stora tandskador är vanliga i denna grupp, utgör tandvården ett inte oväsentligt led i dessa människors rehabilitering. Enligt kriminalvårdsstyrelsens uppfattning kan det

övervägas, om inte narkomanerna inom kriminalvården bör räknas till de grupper vars tandvård kräver alldeles särskilt beaktande.

Arbetsmarknadsstyrelsen framhåller angelägenheten av att även tandvården för de intagna vid kriminalvårdens anstalter beaktas. Bland annat är det enligt styrelsens mening viktigt att de intagna i samband med utskrivning får tillgång till tandvård, då de ofta inte har några ekonomiska möjligheter att själva ombesörja detta.

Sveriges tandläkarförbund anser att tandvården vid kriminalvårdens anstalter tills vidare är tillfredsställande löst.

Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och Sveriges läkarförbund, har inte något att erinra mot utredningens förslag i denna del.

8 Allmänna utgångspunkter

8.1 *Inledning*

Enligt lagen om allmän försäkring är ersättning för tandläkarvård en generell förmån i den meningen att den kan tillkomma alla försäkrade, men förmånen gäller inte all tandvård utan endast vissa, speciellt angivna behandlingar. Ytterligare förutsätts att vården har lämnats vid vissa offentliga institutioner. I övrigt utgår ersättning för tandvårdskostnader enligt denna lag endast till kvinnliga försäkrade i samband med barnafödande. Tandvård – av privatpraktiserande tandläkare eller i folktandvården – som utförts under havandeskapet eller inom 9 månader från förlossningen ersätts med vissa undantag. Liksom i det nyss nämnda fallet utgår försäkringsersättningen till patienten enligt en återbäringstaxa med fastställda högstbelopp.

Tandskador som inträffar i arbetet eller på vägen till eller från arbetsplatsen kan ersättas enligt lagen om yrkesskadeförsäkring. Hela kostnaden för erforderlig vård betalas av försäkringen, i regel efter behandlings- och kostnadsförslag. Här ersätts också resor i samband med tandvården.

Sammanfattningsvis kan sägas att socialförsäkringens skydd mot tandvårdskostnader är svagt utvecklat. Endast för några speciella situationer finns ett sådant skydd som dämpar eller tar över patientkostnaden. Här kontrasterar onekligen Sverige – som jämsides med Norge har världens största tandläkartäthet och ett förhållandevis väl utbyggt socialförsäkringssystem i övrigt – mot många andra länder. Vi har emellertid vår folktandvård.

I den organiserade barntandvården undersöks och behandlas barn utan avgift. Endast för tandreglering kan en mindre avgift tas ut. Det stora flertalet av barnen i åldrarna 6–16 år har tillgång till denna tandvård.

En varierande men växande andel av såväl förskolebarnen som ungdomar i åldern 17–19 år får också sitt tandvårdsbehov tillgodosett genom folktandvården. För förskolebarnen sker det avgiftsfritt. Ungdomar som går till folktandvården regelbundet får 25 % rabatt på de avgifter som där tillämpas för vuxna.

Patientavgifterna i vuxentandvården följer i huvudsak folktandvårdstaxan. Ursprungligen tänkte man sig att denna taxa skulle vara självbärande, dvs. patientavgifterna skulle i princip motsvara de verkliga kostnaderna. Så har inte skett. Avgifterna enligt folktandvårdstaxan kan för 1972 beräknas täcka omkring hälften av vårdkostnaderna.

Denna fasta avgiftstaxa innebär således ett betydande ekonomiskt skydd för patienterna. Långt ifrån alla har dock tillgång till folktandvården. Namnet till trots har det heller inte varit meningen. Trots att folktandvården i princip är öppen för alla, utan åtskillnad, och trots att alla i princip deltar i

dess finansiering över landstingsskatten så svarar den endast för ca 1/5 av vuxentandvården. Omkring 4/5 av patienterna anlitar privatpraktiserande tandläkare, och då får patienten i regel själv bära hela det arvode som tandläkaren betingar sig.

Dessa förhållanden gör det förklarligt att frågan om en tandvårdsförsäkring aktualiserats också i vårt land. Ett betänkande i ämnet lades fram år 1965 av 1961 års sjukförsäkringsutredning. Innebörden av utredningens förslag var i stort sett att moderskapsförsäkringens tandvårdsförmåner skulle sträckas ut till alla. Någon ny återbäringstaxa utformades dock inte.

En huvudfråga för sjukförsäkringsutredningen var vid vilken tidpunkt vårdresurserna kunde beräknas motsvara efterfrågan på tandvård. Trots att detta läge beräknades inträda först mot slutet av 1970-talet, föreslogs att tandvårdsförsäkringen skulle starta den 1 januari 1968. Samtidigt pekade utredningen på riskerna för en större efterfrågan och dess inverkan på de privatpraktiserande tandläkarnas arvodesnivå och därmed indirekt på folktandvårdens rekryteringssituation.

Den sistnämnda frågan och utredningsmajoritetens förslag att också barnen skulle omfattas av försäkringen – låt vara övergångsvis under folktandvårdens utbyggnad – skapade debatt. Från olika håll begärdes under remissbehandlingen att folktandvårdens framtida utformning skulle utredas innan en allmän tandvårdsförsäkring infördes.

Under hänvisning bl. a. härtill tillsattes 1967 års folktandvårdsutredning med huvuduppgift att lägga fram förslag om en lagfäst och utbyggd folktandvård som grundval för en tandvårdsförsäkring. Utredningen skulle också pröva vissa taxefrågor för en sådan försäkring.

Utredningen har lagt fram ett betänkande om folktandvårdens utbyggande och reglering våren 1970 (SOU 1970: 11).

Folktandvårdsutredningen redovisar relativt ingående prognoser rörande tandvårdsresurser och tandvårdsefterfrågan t. o. m. år 1980, varvid olika hypoteser ställs upp för efterfrågeutvecklingen efter införande av en allmän tandvårdsförsäkring. Utredningen förordar att folktandvården byggs ut successivt i fråga om såväl barn- och ungdomstandvården som vuxentandvården. Den regelbundna, organiserade tandvården bör i princip utsträckas till att omfatta alla invånare under 20 år. Folktandvårdens andel av den totala vuxentandvården behöver enligt utredningen i första hand öka till 30–35 %. Författningsförslag läggs fram som innefattar vårdskyldighet för landstingskommunerna. Utredningen anlägger dessutom synpunkter på frågan om en fast ersättningstaxa inom en allmän tandvårdsförsäkring.

Medan remissbehandlingen av folktandvårdsutredningens betänkande ännu pågick tillsattes 1970 års utredning med uppgift att pröva formerna för en tandvårdsförsäkring.

I direktiven för 1970 års utredning framhåller socialministern att det material och de överväganden som redovisas i folktandvårdsutredningens betänkande öppnar nya möjligheter i fråga om en tandvårdsförsäkring. Försäkringen skall utformas med bl. a. dessa nya utgångspunkter. Sedermera har i 1971 års statsverksproposition (bil. 7 s. 17) uttalats att de frågor som aktualiserats i folktandvårdsutredningens betänkande får prövas samtidigt med att det framdeles tas ställning till tandvårdsförsäkringens utformning.

Några viktiga utgångspunkter för 1970 års utredning är sålunda att landstingen åläggs att svara för tandvård åt barn och ungdom upp t. o. m. 19 års ålder och att folktandvården för vuxna skall byggas ut till att i första hand omfatta ca 1/3 av vuxentandvården i landet.

Även om utredningen har att utgå från att en tandvårdsförsäkring skall införas, så tas i direktiven ingen ställning till tidpunkten härför och inte heller till försäkringens omfattning i fråga om vare sig personkrets, ersättningsbara åtgärder eller ersättningsnivå. Det ankommer på utredningen att pröva dessa frågor. Bedömningarna beror i hög grad på tandvårdsresurserna och deras fördelning.

Innan utredningen går in på konstruktionen av en tandvårdsförsäkring skall i det följande folktandvårdens utbyggnad beröras närmare och vissa beräkningar rörande tillgång och efterfrågan på vuxentandvård redovisas.

8.2 *Folktandvårdens utbyggnad*

I direktiven för 1970 års utredning anges som en av utgångspunkterna för utredningen att den av samhället organiserade tandvården kommer att vidareutvecklas både när det gäller barn- och ungdomstandvården och i fråga om vuxentandvården. Från olika synpunkter är det önskvärt att man gör upp ett program för denna utbyggnad. För att få underlag för olika kalkyler och bedömanden har inom 1970 års utredning upprättats en modell till ett sådant program.

Riktpunkten har varit att nå upp till den av folktandvårdsutredningen angivna utbyggnadsgraden under 1970-talets lopp. Modellen har utarbetats med beaktande av remissyttrandena över utredningsförslaget, så att man i stort sett inom barna- och ungdomstandvården först tillgodoser åldrarna 6–16 år, därefter 3–5 år och sist 17–19 år. Vuxentandvårdens utbyggnad förutsätts pågå parallellt härmed. Av olika skäl bör tandläkarna få tjänstgöra såväl i den organiserade barn- och ungdomsvården som i vuxentandvården.

8.2.1 Beräkningsunderlag

1967 års folktandvårdsutredning antog i sina beräkningar att endast halva nettotillskottet av tandläkare under 70-talet skulle tillföras folktandvården. Som framgår av tillgänglig statistik (se kap. 4.1.5) har nyetableringen av privattandläkare varit synnerligen blygsam under de senaste åren. Utredningen har ansett sig kunna använda ett antagande om att hela nettotillskottet av tandläkartimmar tillförs folktandvården fram till 1980 när det gäller att skissera ett principprogram för hur målsättningen enligt folktandvårdsutredningens förslag skall genomföras.

Nettotillskottet av tandläkartimmar har erhållits från en av socialstyrelsen reviderad tillgångsprognos beträffande tandläkare (se vidare under 8.3). Prognosen utarbetades ursprungligen 1966 och har överarbetats med hänsyn till bl. a. senare beslutade utvidgningar av intagningen av tandläkarstuderande. Av nettotillskottet har 50 % tillförts barn- och ungdomstandvården.

Antalet barn inom åldersgrupperna 3–19 år har räknats fram för varje år från statistiska centralbyråns befolkningsprojektion för riket 1971–2000. Riksprojektionen bygger på två alternativ i vad gäller immigration, nämligen dels ingen nettoinvandring, dels en årlig nettoinvandring på 20 000 personer. De beräkningar som utredningen utfört beträffande erforderligt antal tandläkartimmar inom barn- och ungdomstandvården har grundats på det senare alternativet. (För åldersgrupperna 3–19 år innebär riksprojektionens andra alternativ med en helt utebliven nettoinvandring en minskning av antalet personer 1975 med ca 1,5 % och 1980 med ca 3,4 % jämfört med det här använda alternativet.)

8.2.2 Tandvård till barn i åldrarna 3–5 år

Behandlingstiden per barn i åldrarna 3–5 år är uppskattad till 1 timme och anslutningsprocenten till 95. Folktandvårdsutredningen antog i sina beräkningar att behandlingstiden för barn i de nämnda åldrarna skulle uppgå till 2 timmar och räknade med en anslutning som skulle stiga från 45 % 1975 till 75 % 1980. Utredningen fann det önskvärt att socialstyrelsen skaffade fram nytt underlag för bedömningar av såväl behandlingstider som anslutningsprocent i vad avser småbarnstandvården. Inom flera landsting har man påbörjat utbyggnaden av småbarnstandvården till en sådan omfattning att det bedömdes som möjligt att erhålla ett bättre underlag för beräkningarna än vad som fanns att tillgå när folktandvårdsutredningen utförde sina bedömningar.

Socialstyrelsen har utfört en enkätundersökning inom fem landstingsområden (Norrbottens, Västernorrlands, Uppsala, Hallands och Malmöhus län) beträffande tandvården

1971 för åldersgrupperna 3–6 år. Antalet färdigbehandlade barn varierade från 44 % till 82 % av antalet barn inom nämnda åldersgrupper. Som underlag för beräkning av medelbehandlingstid per barn låg tandläkarnas tantiemrapporter där uppgift finns om antalet minuter som gått åt per behandlingsomgång och barn.

Enligt undersökningen varierade medelbehandlingstiderna från 33 minuter (avseende 3-åringar) till 59 minuter (avseende 6-åringar). Dessa tider kan emellertid inte direkt läggas till grund för beräkning av erforderliga vårdresurser. Tiderna är visserligen bruttotider och innefattar spilltid, väntetid på patient etc., men för att bli jämförbara med folktandvårdsutredningens siffror måste också ett påslag ske för den tid som tandläkarna ägnar åt upplysningsverksamhet vid mödra- och barnavårdscentraler. Undersökningens medelbehandlingstider kan vidare inte direkt överföras till landet som helhet bl. a. beroende på viss osäkerhet i metoden.

Undersökningens resultat har dock ansetts kunna ligga till grund för en uppskattning av medelbehandlingstiden för barn i åldrarna 3–6 år till 1 timme per barn och år. Frågan kvarstår dock om en sådan medelbehandlingstid kommer att förändras i framtiden när förskoletandvården utbyggts ytterligare. De av undersökningen påvisade medelbehandlingstiderna innefattar nämligen i många fall inte fullständig vård enligt rent odontologiska kriterier utan återspeglar den tid som behövs om förskoletandvården utförs av distriktstandläkare utan särskild utbildning för småbarnstandvård. Vid utökade vårdresurser inom barntandvården och en större vana från tandläkarnas sida vid småbarnstandvård kan denna i större omfattning komma att omfatta mer tidskrävande åtgärder och behandling av småbarn med utpräglad rädsla för tandbehandling. Utbyggnaden av de profylaktiska åtgärderna bl. a. genom upplysningsverksamhet vid barnavårdscentraler och fluorprofylax kan å andra sidan tänkas sänka medelbehandlingstiderna. Enstaka undersökningar har t. ex. pekat på en kraftig ökning av antalet kariesfria barn vid en kontinuerlig upplysningsverksamhet på barnavårdscentralerna.

Sammanfattningsvis torde man således kunna säga att vissa faktorer talar för en längre och andra för en kortare medelbehandlingstid i vad avser förskoletandvården. Utredningen har därför stannat för att vid sina beräkningar använda en medelbehandlingstid på 1 timme vid tandvård till barn i åldrarna 3–5 år under den tidsperiod som kalkylen avser, åren 1971–1980.

Socialstyrelsens undersökning avsåg även att ge svar på frågan vilken anslutningsprocent som en organiserad förskoletandvård kan få. Det visade sig att mellan 84 och 99 % av de kallade barnen infann sig. Ställs tillräckliga vårdresurser till förfogande för förskoletandvården bör man kunna räkna med en anslutning på 90–95 %. Utredningen har i sina beräkningar antagit att anslutningsprocenten beträffande organiserad tandvård för åldersgrupperna 3–5 år kommer att uppgå till 95.

Det erforderliga antalet tandläkartimmar för småbarnstandvården har beräknats per år för tiden 1971–80 med ovan angivna antaganden. Antalet timmar finns i tabell 8.1. Meddelad vård uttryckt i tandläkartimmar har räknats fram för 1971 genom att de barn som enligt årsrapporterna från distriktstandpoliklinikerna färdigbehandlats under året ansetts ta 1 timme per barn i anspråk. Det ytterligare vårdbehov som återstår vid utgången av 1971 finns även angivet i tabellen uttryckt i tandläkartimmar. För åren 1972 t. o. m. 1974 har i modellen inga ytterligare tandläkartimmar tillförts förskoletandvården. Inom åtskilliga landsting behöver dock redan före 1975 ett visst antal timmar tillföras förskoletandvården.

Den redovisade minskningen av ytterligare vårdbehov beror på ett minskat antal barn i de aktuella åldrarna. Under åren 1975–77 har större delen av nettotillskottet tillförts förskoletandvården. Som framgår av tabell 8.1 räcker nettotillskottet under åren 1975–77 för att helt täcka in förskoletandvården. Ett obetydligt tillskott behövs även efter 1977, eftersom barnantalet i åldrarna

Tabell 8.1 Fördelning av tandläkartid inom folktandvårdens barn- och ungdomstandvård vid en teoretisk utbyggnadsmodell, tusental timmar[a].

År	3–5 år				6–16 år				17–19 år			
	Totalt vårdbehov	Meddelad vård	Därav ökning under året	Ytterligare vårdbehov	Totalt vårdbehov	Meddelad vård	Därav ökning under året	Ytterligare vårdbehov	Totalt vårdbehov	Meddelad vård	Därav ökning under året	Ytterligare vårdbehov
1971	343	70	–	273	2 192	1 814	–	378	533	87	–	446
1972	330	70	–	260	2 226	1 966	152	260	529	97	10	432
1973	318	70	–	248	2 258	2 115	149	143	527	107	10	420
1974	320	70	–	250	2 283	2 253	138	30	530	117	10	413
1975	328	156	86	172	2 298	2 298	45	–	528	127	10	401
1976	335	287	131	48	2 309	2 309	11	–	525	137	10	388
1977	338	338	51	–	2 331	2 331	22	–	519	255	118	264
1978	340	340	2	–	2 355	2 355	24	–	519	472	217	47
1979	340	340	–	–	2 376	2 376	21	–	524	524	52	–
1980	340	340	–	–	2 386	2 386	10	–	543	543	19	–

[a] I tabellen har införts det ytterligare vårdbehov som beräknats för åldersgrupperna 3–5, 6–16 och 17–19 år. Genom att för varje år efter 1971 tillföra halva nettotillskottet av tandläkartimmar till barn- och ungdomstandvården har prövats hur lång tid utredningens modell för utbyggnad (d. v. s. att först tillgodose vårdbehovet för 6–16, sedan 3–5 och sist 17–19 år) kommer att ta i anspråk. Denna teoretiska modell återspeglar inte i alla avseenden de enskilda huvudmännens utbyggnad, då man i många fall redan under 1973 och 1974 måste tillföra småbarnstandvården ett tillskott av tandläkartimmar (se texten).

3–5 stiger något enligt riksprojektionen.

8.2.3 Tandvård till barn i åldrarna 6–16 år

Anslutningsprocenten är även för åldersgrupperna 6–16 år satt till 95. Medelbehandlingstiden har för 6-åringar satts till en timme i enlighet med den tidigare nämnda undersökningen. För åldrarna 7–16 år har använts medelvärdet 1971 för behandlingstiden per barn i de aktuella åldersgrupperna. Den uppgick till 2 timmar per barn. Denna medelbehandlingstid har antagits vara konstant fram till 1980.

Ytterligare vårdbehov 1971 har räknats fram genom att befintligt antal tandläkartimmar för åldersgrupperna 6–16 år dragits bort från erforderligt antal timmar. För åren 1972, 1973 och 1974 har antagits att 50 % av nettotillskottet av tandläkartimmar tillförs den organiserade vården för 6–16-åringar. Detta medför att tandvården för åldersgrupperna 6–16 år skulle kunna vara helt utbyggd till en 95-procentig anslutning vid årsskiftet 1974/75. De aktuella åldersgrupperna behöver sedan enbart tillföras en mindre del av nettotillskottet på tandläkartimmar för att täcka ökningen av antalet barn.

8.2.4 Tandvård till ungdomar i åldrarna 17–19 år

Anslutningsprocenten för åldersgrupperna 17–19 år har antagits bli 80. Folktandvårdsutredningen räknar med två olika alternativ för anslutningsprocenten när ungdomstandvården inordnas i den organiserade barn- och ungdomstandvården. Båda alternativen utgår från att den högsta anslutningsprocenten blir 80. 1970 års utredning har i sina bedömningar även stannat för att man i praktiken inte kommer att nå mer än 80 % av ungdomarna under ungdomstandvårdens uppbyggnadsskede.

Medelbehandlingstiden vid en organiserad ungdomstandvård har antagits komma att ansluta sig till den som gäller för åldersgrupperna 7–16 år, dvs. 2 timmar.

Enligt det program för folktandvårdens utbyggnad som utredningen här skisserar kommer det att dröja fram till omkring 1977 innan en organiserad ungdomstandvård kan genomföras. Under åren 1972–76 kommer

dock ett större antal ungdomar att få möjlighet till tandvård i folktandvården genom att vuxentandvården byggs ut parallellt med barntandvården. Detta har markerats i tabell 8.1 genom att ungdomstandvården tillförs en ökning med 10 000 timmar per år, vilket utgör ca 10 % av 1971 års ungdomstandvård. Kvarstående vårdbehov fram till 1977 kommer därigenom att minska samtidigt som antalet personer i åldrarna 17–19 år minskar.

Under åren 1977–79 tillförs ungdomstandvården så mycket av det 50-procentiga nettotillskottet som blir över sedan ökningen av barnantalet i åldrarna 3–16 år tillgodosetts. Resterande tillskott är så stort att ungdomstandvården kan byggas ut med en årskull per år, dvs. i slutet av 1977 är 17-åringarna inlemmade i den organiserade barntandvården, 1978 även 18-åringarna – den årskull som föregående år var 17 år – och 1979 samtliga 17–19-åringar.

Under 1979 och 1980 är nettotillskottet av tandläkartimmar så stort att mindre än 50 % behöver tillföras barn- och ungdomstandvården för att fullständigt behandla de anslutna 3–19-åringarna. Omkring 360 000 timmar har istället vid beräkningarna överförts till folktandvårdens vuxentandvård (se vidare under 8.3).

8.2.5 Sammanfattning och diskussion

Under givna förutsättningar synes tandläkarresurser finnas för att fram till 1980 bygga ut den organiserade vården till att omfatta åldersgrupperna 3–19 år och att överföra 17–19-åringar till barn- och ungdomstandvården.

Det bör dock understrykas att beräkningarna i tabell 8.1 endast utgör en teoretisk modell för att under vissa förutsättningar pröva om resurser finns för att bygga ut barn- och ungdomstandvården under 1970-talet. Den fördelning av resurstillskottet som där används kommer i de enskilda huvudmannaområdena att anpassas till den aktuella vårdsituationen bl. a. i fråga om nuvarande proportioner mellan barn- och vuxentandvård, planeringsarbetet, möjligheter att anskaffa lokaler etc. Förskjutningar på det lokala planet beträffande årtalen för de olika åldersklassernas inlemmande i den organiserade tandvården kommer därför att ske även om man strävar efter att i första hand införliva samtliga 6–16-åringar, sedan förskolebarnen och sist ungdomarna.

Beträffande det framräknade behovet av tandläkartimmar inverkar framförallt två faktorer, nämligen antalet barn och behandlingstiden. Nettoinflyttningens inverkan på barnantalet har tidigare berörts. Förändringar av nativiteten torde under 70-talet ej hinna påverka de aktuella åldersgrupperna i så stor utsträckning att beräkningarna nämnvärt förändras.

Beträffande behandlingstiden för åldrarna 3–6 år har denna tidigare diskuterats. För åldersgrupperna 7–19 år har genomsnittssiffran för behandlingstiden 1971 använts. Den uppgår till 2 timmar. Om man antar att genomsnittssiffran för riket sjunkit till 1,9 timmar år 1975 och 1,8 timmar år 1980 (inget huvudmannaområde skulle då ligga över 2 timmar) minskar den totala behandlingstiden för åldersgrupperna 6–16 år med 111 000 timmar (5 %) år 1975 och med 226 000 timmar (9 %) år 1980.

Vid beräkning av om tandvårdsresurserna räcker för att helt bygga ut barn- och ungdomstandvården under 70-talet kan man vidare ej enbart räkna på antalet tandläkartimmar. Distriktsindelningen, tandläkarnas bostadsort m. m. påverkar fördelningen av tandläkarna. Dessa faktorer kan tillsammans antas ge ett tandläkarbehov som överstiger det antal tandläkartimmar som uppgetts. Å andra sidan är såväl vårdtid som anslutningsprocent för den organiserade vården ett teoretiskt tak som kan innebära en överskattning av antalet behövliga tandläkartimmar.

Den teoretiska modellen innehåller några viktiga grundförutsättningar. I första hand kommer därvid att hela nettotillskottet av tandläkartimmar verkligen tillförs folktandvården. En ytterligare förutsättning är att de tandläkare som nu tjänstgör i folktandvården fortsätter att vara tjänstetandläkare.

Som framgått av kap. 4 har folktandvården under de senaste åren haft en god rekrytering samtidigt som antalet vakanser sjunkit speciellt under 1971 och början av 1972. Det utesluter inte att särskilda åtgärder kan komma att behövas för att realisera den avsedda utbyggnaden av folktandvården.

Rekryteringssvårigheter möttes under en tid på 1940-talet med krav på en viss tids tjänstgöring i folktandvården som villkor för tandläkarlegitimation. Det är också möjligt att inom ramen för en tandvårdsförsäkring skapa anordningar i samma syfte. Denna fråga behandlas längre fram. Ingen torde dock betrakta sådana åtgärder som i och för sig önskvärda för att garantera folktandvårdens utbyggnad.

Finns det – som här förut har sagts – någorlunda konkreta planer för folktandvårdens utbyggnad inom de olika huvudmannaområdena, bör det också ge underlag för att bedöma var och i vilken omfattning förutsättningar föreligger för att öppna privat praktik. En organiserad etableringsrådgivning bör komma till stånd genom de lokala tandläkarföreningarna. Företrädare för landstingen bör medverka med aktuella informationer om tidsplaner, genomförande etc. Att all nyetablering sker i enlighet härmed är av starkt intresse för alla berörda parter. Ett sådant regionalt samråd ligger väl i linje med utredningsdirektivens uttalande om en rationell samverkan mellan folktandvården och den tandvård som meddelas av privatpraktiserande tandläkare.

Stor betydelse för folktandvårdens möjligheter att behålla och rekrytera tandläkare får utformningen av den tandvårdstaxa som skall tillämpas i tandvårdsförsäkringen. Härtill återkommer utredningen i kap. 11.

Slutligen vill utredningen framhålla att finansiella resurser bör tillföras folktandvårdens huvudmän från den kommande tandvårdsförsäkringen för att möjliggöra den angivna utbyggnaden.

8.3 *Tillgång och efterfrågan på vuxentandvård*

I folktandvårdsutredningens betänkande finns (s. 159) en prognos över tillgängliga tandvårdsresurser 1970–80. Det har ansetts påkallat att se över tillgångsprognosen med ledning av färskare uppgifter från socialstyrelsen och med hänsyn till fördelningen mellan barn- och ungdomstandvård och vuxentandvård enligt utbyggnadsmodellen i avsnitt 8.2.

8.3.1 Tillgångsprognos beträffande tandvårdsresurser

En tillgångsprognos beträffande tandläkarkårens storlek upprättades 1966. Den har på utredningens begäran reviderats av socialstyrelsen. Senast tillgängliga uppgifter om intagnings- och examinationskapaciteten har därvid använts. F. n. uppgår intagningen av tandläkarstuderande till 380 per år. Denna siffra kommer att stiga till 500 fr. o. m. läsåret 1973/74. Intagning av studerande till den nya odontologiska fakulteten i Huddinge kommer nämligen att börja vårterminen 1973. Totalt per år kommer 120 studerande att kunna påbörja sina studier vid fakulteten i Huddinge. Parallellt kommer sedan den gamla fakulteten i Stockholm att utnyttjas under en femårsperiod. Om inget annat beslutas minskar därefter intagningskapaciteten till 400 fr. o. m. läsåret 1978/79. En inom universitetskanslerämbetet tillsatt utredning (KIOF) har nyligen redovisat undersökningar om vilken kapacitet tandläkarutbildningen kan få i framtiden.

I tabell 8.2 redovisas den omarbetade tillgångsprognosen i vad avser tandläkare i åldrarna upp till och med 69 år under perioden 1972–80. Endast åldersgrupperna upp till 70 år har medräknats då tandläkare i åldern 70 år och däröver endast i begränsad omfattning kan beräknas utföra tandvårdsarbete. Samma antagande gjordes beträffande de prognoser som utarbetades av 1961 års sjukförsäkringsutredning och folktandvårdsutredningen. På den del av kåren som är

Tabell 8.2 Tandläkarkåren i åldrarna upp till och med 69 år under perioden 1971–1980.

31.12	Män	Kvinnor	Summa	Bruttotillskott (examination)	Avgång (fyllda 70 år)	Avlidna	Nettotillskott
1971	4 889	2 158	7 047				
1972	4 981	2 283	7 264	333	66	50	217
1973	5 063	2 402	7 465	327	80	46	201
1974	5 141	2 516	7 657	327	82	53	192
1975	5 210	2 625	7 835	327	99	50	178
1976	5 275	2 748	8 023	337	100	49	188
1977	5 374	2 890	8 264	405	115	49	241
1978	5 521	3 062	8 583	460	99	42	319
1979	5 665	3 224	8 899	460	97	47	316
1980	5 819	3 397	9 216	460	95	48	317

Tabell 8.3 Beräknat antal tandläkartimmar i tusental timmar under perioden 1971–1980. (Endast åldersgrupperna upp till 70 års ålder har medräknats.)

31.12	Totalt	Nettotillskott
1971	9 221	
1972	9 526	305
1973	9 824	298
1974	10 099	275
1975	10 361	262
1976	10 647	285
1977	11 015	368
1978	11 494	479
1979	11 958	465
1980	12 424	465

under 70 år har sedan – åldersgrupp för åldersgrupp – applicerats det genomsnittliga antal timmar i tandvård varom uppgift erhållits från tandläkarnas årliga anmälan 1971. Hänsyn har alltså tagits till att graden av yrkesverksamhet varierar i olika åldersgrupper. Tabell 8.2 visar att nettotillskottet av tandläkare uppgår till ca 200 per år fram till 1977 för att efter något år stiga till ca 300.

Enligt prognosen skulle det finnas ca 7 800 tandläkare under 70 år 1975 och 9 200 tandläkare 1980. Uttryckt i tandläkartimmar – varvid man har räknat med 1970 års genomsnittliga arbetstid – kommer det att finnas ca 10,3 milj. tandläkartimmar 1975 och 12,4 milj. timmar 1980. Socialstyrelsen har även skrivit fram prognosen till 1985 och 1990. För 1985 skulle antalet tandläkare under 70 år uppgå till ca 10 500 (motsvarande 15,0 milj. tandläkartimmar) och för 1990 till ca 11 600 (16,5 milj. tandläkartimmar).

8.3.2 Fördelning av antalet tandläkartimmar

Det antal tandläkartimmar som enligt prognosen finns att tillgå under perioden 1972–1980 har i tabell 8.4 fördelats på dels vuxen- resp. barntandvård, dels privattandvård resp. folktandvård. Ett visst antal tandläkartimmar (närmare 200 000) har därvid undantagits för militärtandvård och fakultetstandvård.

Antalet tandläkartimmar i vuxentandvården har beräknats och sammanställts i tabellen under förutsättning att det i föregående avsnitt skisserade utbyggnadsprogrammet beträffande barn- och ungdomstandvården genomförs.

Utgångspunkten har varit antalet tandläkartimmar 1971 i folktandvårdens vuxentandvård samt i privattandvården. Av det årliga nettotillskottet på tandläkartimmar har i stort sett 50 % tillförts folktandvårdens vuxentandvård. Under åren 1972–78 har 60 000 timmar därvid direkt tillförts åldersgrupperna 17–19 år. För utbyggnad av folktandvårdens specialisttandvård samt dess övriga specialtandvård inkl. administration har årligen avsatts 50 000 timmar.

Med de givna förutsättningarna att hela nettotillskottet av tandläkare skulle gå till folktandvården under 1970-talet måste således privattandvårdens tandläkartimmar hållas oförändrade fram till 1980. Folktandvardens procent av den totala vuxentandvården har därefter beräknats. Specialisttandvården, som till en del omfattar vuxentandvård, har därvid inte medräknats. Den kraftigare ök-

ningen under 1979 och 1980 av procenttalen för folktandvårdens andel av vuxentandvård beror på att ca 260 000 timmar mer än vad 50 procent av nettotillskottet medför kunnat tillföras vuxentandvården p. g. a. att barn- och ungdomstandvårdens vårdbehov blivit tillgodosett.

Folktandvårdsutredningen föreslog en utbyggnad av folktandvårdens vuxentandvård till en kapacitet att motsvara åtminstone 30 à 35 % av den totala vuxentandvården. Den av utredningen här framräknade utbyggnadsmodellen för folktandvården innebär att denna målsättning beträffande vuxentandvården skulle kunna uppfyllas redan 1980.

Är utbyggnadsprogrammet avslutat 1980 kan man med hjälp av socialstyrelsens prognos beräkna att det 1985 skulle finnas 10,3 milj. tandläkartimmar att utnyttja inom vuxentandvården. År 1990 skulle siffran bli 11,9 milj. tandläkartimmar. Dessa beräkningar förutsätter att intagningskapaciteten till de odontologiska fakulteterna följer ovan skisserade linje och att intagningen minskar till 400 fr. o. m. 1978/79.

8.3.3 Prognoser beträffande efterfrågan på tandvård

På efterfrågesidan redovisar folktandvårdsutredningen flera prognoser under olika antaganden rörande ikraftträdandet av en allmän tandvårdsförsäkring (SOU 1970: 11 s. 164, 165). De använda hypoteserna har inte mött invändningar under remissbehandlingen.

Folktandvårdsutredningens hypotes I ger uttryck för den vårdefterfrågan hos den vuxna befolkningen som kan beräknas följa med befolknings- och standardökningen utan att någon tandvårdsförsäkring införs. Hypotes II bygger på förutsättningen att en tandvårdsförsäkring införts 1972 och hypotes III på att en försäkring införs 1975. Hypoteserna I och III skall i detta sammanhang jämföras med socialstyrelsens reviderade tillgångsprognoser. Materialet finns intaget i följande tablå. Hypotesen III var i folktandvårdsutredningen uppdelad i ett A- och B-alternativ där man för hypotes III A antog att efterfrågan på tandvård under försäkringens första år inte nämnvärt kom att öka. Hypotes III B byggde på antagandet att en tandvårdsförsäkring redan från början medför en markant ökad efterfrågan.

Enligt tandläkarförbundet uppger många privattandläkare i dag en bristande patienttillgång. Sannolikt skulle privattandvården kunna öka sin årliga arbetstid med minst 500 000 tandläkartimmar. Den i tablån på sid 140 angivna beräknade tillgången på tandläkartimmar i vuxentandvård torde därför kunna ökas i motsvarande mån.

Tabell 8.4 Antal prognostiserade tandläkartimmar i tusental timmar fördelade på barn- resp. vuxentandvård samt folktandvård och privattandvård.

År	Antal tandläkartimmar totalt[1]	Folktandvård				Privattandvård	Procent vuxentandvård i folktandvård av total vuxentandvård[2]
		3–16 år	17–19 år	Vuxna	Specialisttandv. + övr. tandv. inkl. adm.		
1971	9 041	1 884	87	1 289	533	5 162	20,0
1972	9 346	2 036	97	1 381	583	5 162	21,1
1973	9 644	2 185	107	1 470	633	5 162	22,2
1974	9 919	2 323	117	1 548	683	5 162	23,0
1975	10 181	2 454	127	1 619	733	5 162	23,8
1976	10 467	2 596	137	1 702	783	5 162	24,9
1977	10 835	2 669	255	1 829	833	5 162	26,1
1978	11 314	2 695	472	2 015	883	5 162	28,0
1979	11 778	2 716	524	2 356	933	5 162	31,3
1980	12 244	2 726	543	2 743	983	5 162	34,7

[1] Exkl. militärtandvård och fakultetstandvård
[2] Exkl. specialisttandvården

År	Nu beräknad tillgång på tandläkartimmar i vuxentandvård (1 000-tal)	Prognostiserad efterfrågan på vuxentandvård i tandläkartimmar enligt folktandvårdsutredningen (1 000-tal)		
		Hypotes I	Hypotes III A	Hypotes III B
1975	6 781	6 991	7 013	7 299
1980	7 905	7 254	7 500	7 878

Man får räkna med att tandvårdsefterfrågan påverkas inte bara av en tandvårdsförsäkrings införande utan också av dess innehåll. Det finns därför anledning att komma tillbaka till denna fråga.

Med denna reservation blir utredningens slutsats att landets tandvårdsresurser synes vara tillräckliga för att medge införandet av en tandvårdsförsäkring.

9 Tandvårdsförsäkringens personkrets

I direktiven för 1970 års utredning framhåller socialministern, att syftet med en tandvårdsförsäkring bör vara att göra en god tandvård tillgänglig till en för alla medborgare överkomlig kostnad. Det är alltså i första hand hänsyn till patienterna som förestavar en tandvårdsförsäkring. Försäkringen bör ha till uppgift att bereda dem en påtaglig reduktion av utgifterna i samband med tandvård.

I utredningens uppdrag ligger att pröva om en tandvårdsförsäkring bör vara allmän eller ej. Allmän kan försäkringen vara i olika bemärkelser. Den kan omfatta alla patienter, den kan avse alla typer av behandlingar och den kan vinna allmän anslutning bland tandläkarna. I detta kapitel behandlas försäkringens personkrets, dvs. patienter och tandläkare.

9.1 *De försäkrade*

9.1.1 Allmän bestämning

Ersättning för utgifter för tandvård utgår i begränsad omfattning enligt lagen om allmän försäkring (AFL).

Den allmänna försäkringen består av sjukförsäkring, folkpensionering och försäkring för tilläggspension. Försäkrade enligt AFL är svenska medborgare samt de som utan att vara svenska medborgare är bosatta i riket. Från och med den månad då försäkrad uppnår 16 års ålder skall han vara inskriven hos allmän försäkringskassa om han är bosatt i riket. Inom sjukförsäkringen utgår ersättning för utgifter för sjukvård till alla försäkrade. Hos allmän försäkringskassa inskriven försäkrad äger vidare rätt till sjukpenning på grundval av placering i sjukpenningklass. Förmånerna finansieras genom sjukförsäkringsavgifter, som erläggs av de inskrivna försäkrade, vartill kommer statsbidrag och arbetsgivaravgifter.

Det förslag till tandvårdsförsäkring, som lades fram av 1961 års sjukförsäkringsutredning, innebar att rätt till ersättning för utgifter för tandvård skulle ingå bland sjukvårdsförmånerna inom sjukförsäkringen. Samma uppbyggnad föreslås av 1970 års utredning.

Utredningens förslag att införa bestämmelserna om tandvårdsförsäkring i lagen om allmän försäkring innebär att ersättning för kostnader i samband med tandvård blir en obligatorisk försäkringsförmån.

Tandvårdsförsäkringen kommer i princip att omfatta alla i landet bosatta om inga särskilda begränsningar införs i lagen om allmän försäkring i vad avser rätt till ersättning för tandvård. Härvid är att märka följande.

Folktandvårdsutredningen föreslår att ett lagstadgat vårdansvar skall införas för landstingen beträffande tandvård för barn och ungdom t. o. m. 19 års ålder. Övergångsvis skulle dock vårdansvaret begränsas till barn i åldrarna 6–16 år. En modell till ett utbygg-

nadsprogram har redovisats i kap. 8. En fråga är, om barn och ungdom skall tillhöra tandvårdsförsäkringen även om deras vårdbehov skall tillgodoses genom folktandvården.

Redan i direktiven för 1967 års folktandvårdsutredning uttalade socialministern – efter remissbehandlingen av sjukförsäkringsutredningens betänkande – att en tandvårdsförsäkring inte skall behöva omfatta de grupper (upp t. o. m. 16 år) för vilka folktandvården har att sörja inom barntandvårdens ram. Denna uppfattning delades av folktandvårdsutredningen. I direktiven för 1970 års utredning sägs dessutom att det i folktandvården redan finns "en form av tandvårdsförsäkring" för barnen i åldrarna 6–16 år, en vård som kommer att vidareutvecklas.

Mot denna bakgrund utgår utredningen från att barn t. o. m. 16 år inte skall tillhöra tandvårdsförsäkringen såtillvida som försäkringens allmänna ersättningsbestämmelser inte skall tillämpas på dem. De bör falla direkt under folktandvårdens ansvar.

De i föregående kapitel utförda beräkningarna visar att det under ett antal år framåt inte torde komma att finnas vårdresurser i samtliga huvudmannaområden för att behandla barnen i åldrarna 3–5 år. Vårdansvaret kan då inte gälla att införa organiserad vård för dessa barn men väl att på lämpligt sätt sörja för tandvård åt dem som söker folktandvården. Detsamma torde f. ö. vid behov få gälla barn upp t. o. m. 16 år. Utredningen utgår ifrån att dessa frågor kommer att behandlas närmare i den proposition – som enligt vad som förutskickats – väntas beträffande folktandvården och tandvårdsförsäkringen.

Inom utredningen har det diskuterats hur man skall förfara med barn som tillhör den organiserade tandvården i de fall då en förtroendefull kontakt inte kan etableras med den tandläkare som behandlar barnet i folktandvården. Redan i dag torde man söka lösa detta problem genom att erbjuda barnet vård hos annan tandläkare inom folktandvården eller eventuellt hos en specialist eller specialutbildad tandläkare i barntandvård inom eller utom folktandvården. Utredningen förutsätter att huvudmännen kommer att lösa dessa vårdfrågor utan att några särbestämmelser behövs.

Ungdomar i åldern 17–19 år representerar ett angeläget vårdbehov ur odontologisk synpunkt. Riskerna för kariesangrepp är stora och parodontit i dess enklare, mera lättbehandlade form uppträder frekvent redan vid denna tidpunkt. Undersökningar av vårdbehovet hos värnpliktiga visar att detta mått i erforderlig behandlingstid för stora grupper är närmare tre gånger så stort som det man finner genomsnittligt hos barn i åldrarna 7–16 år. Denna dramatiska ökning betingas av att ungdomarna ej söker regelbunden vård efter den organiserade vårdens upphörande. En tillkommande omständighet är, att den kollektiva fluorprofylax, som i allt större utsträckning ingår i den organiserade vården, medför en förskjutning av kariesaktiviteten med åtföljande risk för en ytterligare accentuering av denna, när den kollektiva profylaxen upphör.

Bristen på regelbundenhet i vården torde emellertid inte främst betingas av ekonomiska skäl. Vid vissa polikliniker inom folktandvården där man kunnat erbjuda vård utan egentlig väntetid har man, trots att vårdkostnaden endast skulle motsvara folktandvårdstaxan rabatterad med 25–50 %, inte uppnått att ungdomarna söker vård i önskvärd omfattning. Först då man därutöver på försök kallat ungdomarna till vård enligt ett liknande system som inom den organiserade vården – fortfarande med tillämpning av den rabatterade folktandvårdstaxan – erhöll man en tillfredsställande anslutning.

I det schematiska program som skisserats i kap. 8 för barn- och ungdomstandvårdens utbyggnad prioriteras åldrarna 3–16 år. Inom många huvudmannaområden kan en organiserad ungdomstandvård beräknas bli införd först i slutet av 70-talet. Det lagstadgade vårdansvaret för huvudmännen torde inte kunna omfatta åldersgrupperna 17–19 år redan fr. o. m. det att försäkringen införs. Dessa åldersgrupper bör tillhöra försäkringen under en övergångstid. En sådan övergångsan-

ordning överensstämmer helt med folktandvårdsutredningens förslag. Från en tidpunkt som framdeles bestäms (exempelvis fr. o. m. 1977) bör alla som är födda ett visst år (1960) eller senare föras in under folktandvårdens vårdansvar.

Utredningen anser sålunda att tandvårdsförsäkringen bör omfatta personer fr. o. m. 20 års ålder, övergångsvis fr. o. m. 17 år.

9.1.2 Särskilda avgränsningsfrågor

I direktiven till utredningen framhålls: "En tandvårdsförsäkring kan göras allmängiltig, men det kan också finnas skäl för vissa avgränsningar och för prioritering av vissa tandvårdsbehov. Det blir en av utredningsmannens uppgifter att klarlägga tandvårdsförsäkringens omfattning och i detta avseende lägga fram alternativa förslag."

Försäkringen bör som sagts avse vuxentandvård. Inom denna ram kan avgränsningar tänkas ske enligt varierande principer. En sådan princip kan vara att urskilja vissa befolkningsgrupper, en annan att avskilja vissa vårdåtgärder.

Både när det gäller vårdresurserna och de ekonomiska resurserna är det viktigt att personkretsen, de ersättningsbara åtgärderna och ersättningsnivån ses i ett sammanhang. Så kan t. ex. en lägre ersättningsnivå medge att försäkringens omfattning görs allmän personellt och i fråga om de behandlingar som skall ersättas. Detta samband bör hållas i minnet.

Här skall närmast behandlas i vad mån en tandvårdsförsäkring kan begränsas till eller utformas annorlunda för vissa grupper av vuxna inom befolkningen och vilka skäl som kan finnas för dylika prioriteringar. Enligt direktiven bör syftet med en tandvårdsförsäkring vara att göra en god tandvård tillgänglig till en för alla medborgare överkomlig kostnad. Det gäller således att finna så påtagliga skillnader i vårdbehov eller vårdkostnader hos vissa befolknings- eller patientgrupper att synnerliga skäl talar för en prioritering av dessa grupper. Denna prioritering kan antingen innebära att en tandvårdsförsäkring åtminstone i ett inledningsskede begränsas till dessa grupper eller också att en allmän tandvårdsförsäkring innehåller särbestämmelser för vissa grupper av patienter. Först bör de nu befintliga tandvårdsförmånerna beröras.

En befolkningsgrupp har redan en förmånsställning i fråga om ersättning för tandvårdskostnader, nämligen blivande och nyblivna mödrar. Skälen till att en särskild mödratandvårdsförsäkring infördes 1963 var dels att den s. k. mödrahjälpen – inom vilken även ersättning till tandvård inrymdes – avskaffades och ersattes av en moderskapsförsäkring, dels att man via en begränsad försäkringsreform ville vinna erfarenheter som skulle användas vid utformandet av en allmän tandvårdsförsäkring. Några direkt odontologiska skäl har inte anförts för införandet av denna försäkring.

Mödratandvårdsförsäkringen är så utformad att den via en återbäringstaxa (se bilaga 6) ger viss ersättning för sådana åtgärder som oundvikligen erfordras för ett ur odontologisk synpunkt tillfredsställande resultat. Enligt en av riksförsäkringsverket 1968 utförd undersökning beträffande utgifter för mödratandvård utgjorde återbäringens storlek ca 44 % av det totala arvodet. Då vården meddelats inom folktandvården var återbäringen 71 % av utlagda avgifter. Enligt den nämnda undersökningen kom drygt 80 % av kvittona från privattandläkare och den senare undersökning som redogörs för i bilaga 5 visar att ca 68 % av patienterna fått sin mödratandvård utförd hos privattandläkare.

Till det anförda kan läggas att folktandvårdstaxan höjts fr. o. m. den 1 januari 1972 varför tidigare undersökningar om återbäringens storlek ej äger giltighet i dag. Vidare innehåller nuvarande bestämmelser om mödratandvården en rad begränsningar beträffande vårdens omfattning. Om en allmän tandvårdsförsäkring ger blivande och nyblivna mödrar en ersättning för tandvårdskostnader som totalt sett är jämförbar med nuvarande mödratandvårdsförsäkring, torde några särbestämmelser för blivande eller nyblivna mödrar inte bli påkallade.

De särbestämmelser som finns i lagen om allmän försäkring beträffande ersättning för viss tandvård utförd vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus innebär en prioritering av viss vårdtyp och berörs i nästa kapitel.

Medför yrkesskada behov av tandläkarvård ersätts erforderliga kostnader härför enligt lagen om yrkesskadeförsäkring. Detta gäller såväl under samordningstiden som efter utgången av denna. Dessa särbestämmelser beträffande en speciell grupp av patienter behöver inte påverkas till sitt innehåll av en allmän tandvårdsförsäkring. En samordning med reglerna för en allmän försäkring bör dock ske.

Tandvårdsutgifter för olika åldersgrupper

När det gäller att finna underlag för avgränsningar eller prioriteringar som är att hänföra till vissa åldersgrupper, måste man först beakta tandtillståndet i stort hos den vuxna befolkningen.

En rad undersökningar av tandtillståndet hos vuxna svenskar har företagits under senare år (se kap. 3). Samtliga dessa undersökningar uppvisar i stort sett samma bild. Det är sålunda karaktäristiskt, att tandtillståndet är sämre ju högre levnadsålder de undersöka individerna har. Vare sig man ser till antalet fyllda och karierade tänder eller tandytor, antalet förlorade tänder per individ eller den procentuella andelen helt tandlösa inom åldersgruppen erhåller man samma bild.

I unga år är kariessjukdomen den dominerande anledningen till skador. Dess intensitet avtar hos flertalet individer från 20 till 25 års ålder. Befolkningen drabbas i det närmaste 100-procentigt av sjukdomen. Redan från 20-årsåldern och med växande frekvens i högre åldrar leder den andra stora tandsjukdomen, parodontiten eller tandlossningssjukdomen, till allvarliga skador. I vuxen ålder har också denna sjukdom i det närmaste 100-procentig utbredning och svarar från 35-årsåldern för större delen av de tandförluster som träffar individen. I högre åldrar har tandförlusterna ofta nått en sådan omfattning att bettrehabilitering fordras, dvs. återställande av en godtagbar bettfunktion med hjälp av fasta eller avtagbara protetiska konstruktioner.

Sammanfattningsvis kan man karaktärisera situationen så, att vårdbehovet är av olika art i olika åldersgrupper men att det ej kan urskiljas några åldersgrupper i stort hos vilka vårdbehovets volym och angelägenhetsgrad ur rent odontologisk synpunkt är påtagligt mindre eller större än hos andra.

Ett tänkbart skäl till att en tandvårdsförsäkring begränsas till vissa befolkningsgrupper eller att vissa prioriteringar införs, vore att vårdkostnaderna – trots vad nyss sagts om tandtillståndet – skulle kunna påvisas vara ojämnt fördelade mellan olika befolkningsgrupper. Det som då först bör klarläggas är hur tandvårdskostnaderna fördelar sig på olika åldersgrupper.

Av det ovan anförda torde följa, att det är svårt att urskilja speciella större befolkningsgrupper, som för att få sitt vårdbehov tillgodosett skulle behöva lägga ner kostnader, som markant skiljer sig från genomsnittskostnaden. Viss vägledning för bedömning härav kan man finna i Björn Smedbys intervjuundersökning rörande tandvårdsvanor och tandvårdskostnader, som finns återgiven i 1961 års sjukförsäkringsutrednings betänkande 1965. Denna undersökning avser förhållanden under 1963 och belyser endast de faktiska utgifterna för tandvård, ej de totala kostnader som skulle ha krävts för att erhålla fullständig tandvård. Om man bortser från de högsta åldersgrupperna, vilka närmare skall beröras nedan, bör man i övriga åldersgrupper räkna med en med åldern växande skillnad mellan totalkostnaden för fullständig tandvård och faktisk medelkostnad per person med kostnader för tandvård. Vid en åldersgruppsindelning av den undersökta befolkningen torde däremot sådana i och för sig relevanta faktorer som olika socialgruppstillhörighet och varierande tillgång till tandvårdsmöjligheter m. m. vara tämligen likartat fördelade inom åldersgrupperna.

Smedbys undersökning visar, att medelkostnaden bland personer som haft kostnader synes vara något högre i åldrarna 40–59 år än i åldrarna 20–39 år. Skillnaden är emellertid inte av den storleksordningen eller så säkerställd att den refererade undersökningens resultat kan ligga till grund för en diskussion om prioritering av någon viss åldersgrupp av ekonomiska skäl.

Några aktuella undersökningar som belyser tandvårdskostnadernas fördelning på olika åldersgrupper finns ej tillgängliga. Nämnas kan att i den studie över vissa faktorers betydelse för tandvårdskonsumtionen som Smedby publicerade 1972 (se kap. 3) så visade sig den relativa betydelsen av inkomsten ej spela någon framträdande roll vare sig det gäller faktorerna tandstatus, besöksförekomst eller fullständig behandling. Åldersfaktorn visade sig dock ha en mycket stor betydelse för tandstatus.

För åldersgrupperna 60 år och äldre visar Smedbys undersökning från 1963 en något lägre kostnad för tandvård per person jämfört med de yngre åldersgrupperna. Dessa värden anges visserligen som synnerligen osäkra men torde ändå återspegla ett verkligt förhållande. Samma undersökning visar beträffande 60-åringar och äldre att 50–70 % helt saknar egna tänder.

Senare publicerade undersökningar visar genomgående liknande värden för tandlöshet och som väntat även ett litet och med åldern starkt avtagande antal kvarvarande tänder hos personer som ej är helt tandlösa. Låginkomstutredningens levnadsnivåundersökning (se kap. 3) kunde även påvisa att ca 10 % av befolkningen i åldersgrupperna över 60 år hade dåligt fungerande löständer enligt egen bedömning. Andelen med dåliga tänder enligt egen bedömning (såväl egna som löständer) var i åldersgrupperna över 60 år ca 30 % bland männen och ca 15 % bland kvinnorna.

Från rent odontologisk utgångspunkt torde utan tvekan i dessa åldersgrupper finnas ett ur kvalitativ synpunkt angeläget behandlingsbehov, eftersom det primärt berör upprätthållandet av en godtagbar bettfunktion. Av erfarenhet vet man emellertid samtidigt att man – av biologiska och psykologiska hänsyn – med stigande ålder hos patienten många gånger måste avstå ifrån att tillfullo tillgodose det behandlingsbehov, som det ur strängt odontologisk synpunkt vore motiverat att fylla exempelvis på en yngre person i motsvarande situation.

Ett tillgodoseende av det eftersatta vårdbehov som finns inom de äldre åldersgrupperna kommer för den enskilde patienten ofta att medföra en relativt hög behandlingskostnad. Det bör därvid dock beaktas, att kostnaden för behandling med protes är att betrakta som en sporadiskt återkommande kostnad. Även om man uppnår en önskvärd förbättring i protesbärarens benägenhet att kontinuerligt söka vård för anpassning av de protetiska konstruktionerna, blir vårdkostnaden under mellantiden till dess protesen helt bör förnyas små. Den genomsnittliga vårdkostnaden per individ och år i dessa åldersgrupper torde därför ännu under relativt lång tid komma att bli lägre än för yngre åldersgrupper.

Redan en allmän tandvårdsförsäkring skulle kunna medföra en påtaglig minskning av dessa personers direkta tandvårdskostnader. Om ytterligare stödåtgärder skulle anses motiverade torde det, med tanke på att vårdbehovet i dessa grupper i så stor utsträckning är inriktat på avtagbara proteser, vara möjligt att tillgodose detta vid avvägning av patientandelen för dylika behandlingar, något som emellertid inte är helt problemfritt. Utredningen återkommer till den sistnämnda frågan i kap. 13.1.2.

Tandvårdsutgifterna inom olika social- eller inkomstgrupper

I Smedbys undersökning från 1963 kunde visas att medelkostnaden för tandvård låg ungefär dubbelt så högt inom socialgrupp I som inom socialgrupp III. Skillnaderna blev än mer framträdande om medelkostnaderna beräknades per person med egna tänder.

Som framgår närmare av kap. 13.1 har utredningen låtit göra en specialbearbetning av statistiska centralbyråns hushållsbudget-

undersökning från 1969. Den visar att antalet hushåll med utgifter för tandvård ökar med stigande hushållsinkomst. Medelutgiften för tandvård per hushåll uppvisar en mer diffus bild även om det också här finns en tendens till högre utgifter inom de högre inkomstklasserna.

Låginkomstutredningen kunde i den tidigare refererade studien påvisa synnerligen markanta och systematiska skillnader i vad avser de tre socialgruppernas tandproblem (se kap. 3). Andelen med dåliga tänder i socialgrupp II är t. ex. dubbelt så hög som andelen i socialgrupp I, och andelen i socialgrupp III är dubbelt så hög som andelen i socialgrupp II. Smedby har också i den studie han publicerade 1972 (se kap. 3) kunnat visa på hur bättre utbildning, högre socialgrupp och större inkomst motsvaras av bättre tandstatus – mätt på olika sätt – och större besöksförekomst samt större andel fullständigt behandlade patienter.

Särskilt med hänsyn till det senast anförda ligger det nära till hands att pröva om individens ekonomi kan användas som urvalsgrund för en prioritering av vissa grupper inom tandvårdsförsäkringen. En tänkbar grund för avgränsning av en speciell befolkningsgrupp skulle alltså kunna vara individens ekonomiska situation.

Vid bedömningen av den ekonomiska faktorn måste man ha i minnet att de undersökningar, som hittills genomförts, samtliga avser en viss tidpunkt. De gångna årens inkomstförhållanden för individen är egentligen av större betydelse än den aktuella inkomsten.

Ytterligare en olägenhet med att använda ekonomisk situation som prioriteringsgrund är svårigheten att finna enkla metoder för avgränsningen. En mera generell genomgång av möjligheterna att verkställa inkomstprövning har nyligen gjorts av familjepolitiska kommittén i samband med behandlingen av bostadstilläggen i betänkandet Familjestöd (SOU 1972:34 s. 275–285), vartill utredningen vill hänvisa. Kommittén har där kommit fram till att något inom skattesystemet använt inkomstbegrepp får användas, varvid dock särskilda åtgärder måste vidtas för att reducera den tidsmässiga eftersläpningen.

För att bestämma storleken av ett löpande bidrag kan det vara nödvändigt och försvarligt att sätta igång och upprätthålla en omfattande inkomstprövningsapparat, men för att pröva en subventionering av kostnad för tandvård då sådan uppkommer torde det vara praktiskt ogenomförbart. Det kan f. ö. ifrågasättas om försäkringsformen – som ju utredningen har att undersöka – överhuvudtaget lämpar sig för en helt inkomstprövad tandvårdsförmån.

En vägning av skäl för och emot leder sammanfattningsvis till att redan en allmän tandvårdsförsäkring med rimlig ersättningsnivå till alla befolkningsgrupper kan väntas i många fall avsevärt lindra låginkomstgruppernas tandvårdskostnader och därmed stimulera dem att söka en mera fullständig tandvård. Ett sätt att stödja dem som har ett stort tandvårdsbehov kan istället vara att låta försäkringen bära en större del av vårdkostnaden när denna överstiger en viss gräns. Denna fråga behandlas i kap. 11.7.

Grupper med speciella tandvårdsproblem

Den föregående genomgången har varit inriktad på större befolkningsgrupper. Otvivelaktigt kan man inom befolkningen urskilja vissa specifika grupper med ett särpräglat tandvårdsbehov. Som ett samlingsnamn för dessa används ibland uttrycket "dentalt handikappade". Uttrycket är ej helt adekvat. Dentalt handikappad är strängt taget varje person med påtagligt nedsatt bettfunktion, oavsett orsaken till att tillståndet uppkommit.

De dentalt handikappade utgör ingen homogen grupp. Två huvudkategorier kan urskiljas: personer vilkas dentala handikapp är ett delsymptom i eller en följd av ett specifikt sjukdomskomplex samt personer för vilka det dentala handikappet har ett indirekt samband med annat handikapp eller annan sjukdom.

Till den förstnämnda gruppen hör bl. a.

personer med läpp-, käk-, gomdefekter. Dessa defekter är regelmässigt förenade med rubbningar i tandutveckling och -antal, vilket ger upphov till ett komplicerat tandvårdsbehov, som bl. a. innefattar behandling med och underhåll av fasta protetiska konstruktioner i vuxen ålder. En regelbunden, omsorgsfull tandvård är vidare en förutsättning för ett varaktigt lyckat resultat av läpp-, käk-, gomdefekters behandling.

I Sverige föds årligen något mer än 150 barn med läpp-, käk- och/eller gomdefekt. De flesta av dessa antecknas i socialstyrelsens s. k. missbildningsregister. För de flesta av de individer som nu föds med dessa missbildningar torde behandling i form av plastikkirurgiska ingrepp och käkortopedisk behandling inledas redan under spädbarnsåldern. Patienterna följs sedan och behandlingen fortsätter helt eller delvis vid de odontologiska fakulteterna eller därtill knutna s. k. käkcentraler. Behovet av tandregleringsvård för dessa patienter torde till en del klaras av inom folktandvården.

Behovet av speciella stödåtgärder för denna patientgrupp kan hänföras dels till ett behov av ersättning för resor till de nämnda käkcentralerna, dels till ersättning för den omfattande och ofta dyrbara protetiska vård som behövs efter det att övrig behandling avslutats.

Till ersättning för reskostnader återkommer utredningen i kap. 10. I fråga om kostnaderna för den tandvård som blir erforderlig för dessa patienter p. g. a. deras handikapp står redan idag flera landsting för denna kostnad. Riksförsäkringsverket lämnar bidrag med 2/3 av kostnaderna för tandvård som utförs vid odontologisk fakultet av personer med mer komplicerade fall av läpp-, käk- och gomdefekt. Ansvaret härför skall enligt prop. 1972: 104 övertas av landstingen. Patienternas möjligheter att få hjälp med kostnaderna för den tandvård som beror på deras handikapp varierar idag kraftigt beroende bl. a. på bostadsorten.

En allmän tandvårdsförsäkring innebär givetvis en sänkning av dessa patienters nuvarande kostnader. Det finns dock starka skäl att ge dessa patienter samma ersättning för tandvårdskostnader som vissa landsting redan infört. Utredningen vill därför föreslå en prioritering av denna patientgrupp så till vida att försäkringen står för hela vårdkostnaden i vad avser tandvård som direkt orsakas av läpp-, käk- och gomdefekter. I specialmotiveringen till författningsförslagen i kap. 14 återkommer utredningen till detaljutformningen av detta förslag.

Till den nu nämnda gruppen av patienter kan också föras patienter med förvärvade missbildningar i ansiktet (genom sjukdom eller olycksfall) vilka kan påverka såväl tändernas utveckling som individens tandstatus. Det finns slutligen vissa anomalier eller missbildningar som är direkt knutna till tänderna. Hit hör total eller partiell avsaknad av tandanlag (agnesi). Tandanlagen kan också vara helt eller delvis missbildade (amelogenesis och dentinogenesis imperfecta). I samtliga nu nämnda fall uppstår ofta ett stort och komplicerat vårdbehov som bara delvis kan tänkas bli behandlat under den tid som landstingen har en vårdskyldighet (t. o. m. 16 resp. 19 år). Antalet patienter som kan hänföras till nu nämnda grupper är försvinnande litet men angelägenheten av att de erhåller en fullgod tandvård är synnerligen stor om deras bettsituation ej skall påverka dem psykiskt och fysiskt. Enligt utredningens mening är det befogat att bestämmelser motsvarande dem för läpp-, käk- och gomfallen införs för dessa patientgrupper.

Man kommer sedan över till grupper där *en allmän sjukdom har en direkt påverkan* på tändernas tillstånd. En dylik grupp är epileptikerna, hos vilka den anfallsdämpande medicineringen kan ge upphov till förändringar i tandköttet. Problemen belyses närmare i 1967 års folktandvårdsutrednings promemoria "Särskilda tandvårdsanordningar för vissa patientgrupper" (SOU 1971: 38), refererat i kap. 7.3.

Hos epileptiker uppträder ibland även skador som står i indirekt samband med deras allmänna handikapp, nämligen de tand- och käkfrakturer, som kan uppkomma ge-

nom att patienten faller handlöst i samband med ett epileptiskt anfall.

En ytterligare grupp som särskilt nämnts i diskussionen rörande samband mellan allmänsjukdom och tandvårdskostnader är diabetikerna. Diabetes ger med tiden ofta upphov till en ökad kärlskörhet, och man har därför anledning förmoda att diabetiker löper ökad risk för att drabbas av svårare former av tandlossningssjukdomar. Emellertid synes detta förhållande motverkas av att diabetikerna har en mycket lägre konsumtion än genomsnittsmänniskan av sådana sockerarter, som ger upphov till de för utvecklingen av karies och tandlossning farligaste formerna av plack (beläggning på tandytorna). Det har sålunda – bl. a. enligt svenska undersökningar – inte kunnat påvisas att diabetiker generellt drabbas av tandsjukdomar och därmed tandvårdskostnader i högre grad än andra.

Beträffande de patientgrupper vilkas *handikapp eller allmänsjukdom mera indirekt påverkar* deras munstatus torde den numerärt största gruppen vara de psykiskt handikappade och utvecklingsstörda, vilkas handikapp är så uttalat, att de intellektuella förutsättningarna för en normal egen munhygien saknas. Ofta tillkommer hos dessa försvårande effekter av salivhämmande medicinering. Som exempel på andra grupper där ett samband finns kan nämnas reumatiker med så hög nedsättning av rörligheten i armar och händer, att den egna munhygienen är starkt försvårad eller omöjlig.

En tandvårdsförsäkring måste utformas efter relativt generella riktlinjer. Inom försäkringens ram kan särbestämmelser skapas för grupper som låter sig någorlunda lätt urskiljas på grund av genomgående, likartade vårdbehov. Exempel härpå är de nyss berörda läpp-, käk- och gomskadefallen. Beträffande övriga här nämnda patientgrupper har utredningen inte kunnat finna att sambandet mellan sjukdomen eller handikappet och tandskadorna är så säkerställt eller att ökade tandskador förekommer så generellt hos patienter med de nämnda sjukdomarna, att detta kan motivera att särskilda bestämmelser skapas inom tandvårdsförsäkringen för dessa patientgrupper. Det torde i de enskilda fallen dessutom vara mycket svårt att säkerställa ett samband mellan förefintliga tandskador och patientens allmänsjukdom eller handikapp. Avgränsningen av olika patientkategorier blir också mycket svår att genomföra.

För den stora gruppen handikappade torde emellertid gälla att det dentala handikappet antingen är en följd av svårigheter att komma till tandläkare eller till en tandvårdsinrättning som är lämpligt utrustad eller också har det fysiska handikappet även orsakat ett ekonomiskt sådant. Ett verksamt underlättande av dessa personers tandvård kräver kombinationer av organisatoriska och ekonomiska stödåtgärder på sätt som belysts av 1967 års folktandvårdsutredning och dessa stödåtgärder måste kombineras olika för olika individer. Sådana speciella åtgärder torde få vidtas utom ramen för en tandvårdsförsäkring.

Sammanfattning

Utredningen har inte kunnat finna att det föreligger några bärande skäl för att inskränka tandvårdsförsäkringens omfattning i vad avser personkretsen utöver vad som inledningsvis sagts rörande barn och ungdom. Helt klara grunder för prioritering av vissa patientgrupper har inte heller kunnat tas fram utöver vad som gäller för en mindre grupp personer med vissa missbildningar i tänder och ansiktsskelett för vilken grupp också särbestämmelser föreslagits.

Utredningen föreslår alltså att rätt till ersättning från den allmänna försäkringen för utgifter för tandvård skall tillkomma alla försäkrade fr. o. m. 20 (övergångsvis 17) års ålder.

9.2 *Anslutningen av tandläkare*

Enligt utredningens direktiv talar starka skäl för att en tandvårdsförsäkring för den vuxna befolkningen knyter an till landstingens

folktandvård. Utredningen finner det naturligt att försäkringsersättning enligt lagen skall utgå för all tandvård som meddelas inom folktandvården liksom också vid de odontologiska fakulteterna. I utredningsdirektiven sägs också att försäkringsutredningen bör pröva olika former för en rationell samverkan mellan folktandvården och den tandvård som meddelas av de privatpraktiserande tandläkarna. Med anledning härav har utredningen prövat förutsättningarna för att folktandvårdens huvudmän påläggs ansvaret för att även ombesörja tandvården för den vuxna befolkningen inom landstingskommunen. Ett dylikt vårdansvar skulle innebära bl. a. att huvudmännen ansvarar för att inom en landstingskommun vårdresurser tillförsäkras den vuxna befolkningen i relation till efterfrågan på vård. Ett åtagande med sådant vårdansvar skulle emellertid förutsätta att huvudmannen kunde disponera även över de vårdresurser som finns hos de privatpraktiserande tandläkarna inom området. Ur försäkringssynpunkt skulle detta innebära att försäkringen kunde begränsa sina kontakter till folktandvårdens huvudmän som då skulle handha i huvudsak all tandvård i landet.

Utredningen har emellertid bedömt att en sådan lösning inte skulle röna gensvar hos berörda parter. Det synes också utredningen som om en sådan samordning av vårdresurserna mellan folktandvården och privattandvården inte i och för sig är nödvändig för att önskvärt samarbete vid planering och utbyggnad av resurserna inom tandvården kan komma till stånd. Såväl de privatpraktiserande tandläkarna som folktandvårdens huvudmän torde nämligen ha intresse av att medverka till att vårdresurserna i görligaste mån fördelas jämnt i förhållande till vårdefterfrågan inom ett huvudmannaområde.

Genom utbyggnad av barn- och ungdomstandvården kommer också – i den utsträckning tandläkartjänsterna konstrueras så att hälften av tiden avsätts för barn- och ungdomstandvården – vuxentandvården att utvidgas.

Huvudmännen har därigenom goda möjligheter att påverka planeringen så att vårdresurserna inom vuxentandvården utökas i den utsträckning som de anser detta påkallat.

Med anledning härav har inte utredningen stannat för att föreslå att landstingen åläggs det totala vårdansvaret för planeringen och utbyggnaden av vuxentandvården. Man bör i stället, som framhållits i kap. 8, tänka sig en frivillig samverkan mellan huvudmännen och tandläkarförbundet i vad avser planerad utbyggnad av vuxentandvården. Om utbyggnaden av den organiserade vården för åldersgrupperna 3–19 år med åtföljande utökning av vuxentandvården kommer till stånd krävs i stort sett att hela nettotillskottet av tandläkare tillförs folktandvården under 70-talet. Det blir då beträffande de privatpraktiserande tandläkarna snarare fråga om en viss geografisk omstrukturering än om en egentlig nyetablering. Förändringarna bör även kunna komma till stånd vid den successiva förnyelse av kåren som behövs för att ersätta den naturliga avgången.

På anförda skäl förordar utredningen en sådan anslutningsform för de privatpraktiserande tandläkarna att dessa knyts direkt till försäkringskassorna.

Nyss har föreslagits att alla vuxna skall tillhöra tandvårdsförsäkringen. Skall denna få avsedd effekt ur de försäkrades synpunkt måste det finnas ett mycket stort antal tandläkare som arbetar efter försäkringens bestämmelser.

De privatpraktiserande tandläkarnas vilja till anslutning till försäkringen kan bl. a. påverkas av att – som förutsätts i kap. 11 – den fria arvodessättningen ersätts av en fast taxa. En författningsmässig lösning motsvarande den som skall gälla för den offentliga tandvården kan övervägas även beträffande privattandläkarna. Utredningen har dock inte ansett att en obligatorisk anslutning behöver tillgripas utan förordar i stället att man prövar en frivillig anslutning av privatpraktiserande tandläkare till försäkringen.

Anslutningen kan ske kollektivt eller individuellt. En kollektiv anslutning skulle kunna ske antingen genom avtal eller också genom en lagföreskrift om tillhörighet med

rätt till utträde för tandläkare som så önskar.

En frivillig anslutning till försäkringen kan slutligen ske genom individuell anmälan till den allmänna försäkringskassan. Utredningen förordar det sistnämnda alternativet och förutsätter därvid givetvis att en tillräcklig anslutning av privatpraktiserande tandläkare uppnås på denna väg.

Införandet av en tandvårdsförsäkring kan tänkas komma att medföra att vissa tandläkare lämnar folktandvården för att etablera sig privat. För att säkerställa folktandvårdens numerär och möjliggöra planerad utbyggnad har utredningen ansett det nödvändigt att som en yttersta garanti införa en övergångsbestämmelse som möjliggör att antalet till försäkringen anslutna privatpraktiserande tandläkare begränsas. Denna författningsbestämmelse kommenteras ytterligare i kap. 14.

Slutligen vill utredningen förutskicka att tandhygienisternas anknytning till försäkringen berörs i kap. 10 och tandteknikernas i kap. 11 och 12.

10 Ersättningsbara åtgärder

Tidigare har framhållits att man vid bedömningen av omfattningen av en allmän tandvårdsförsäkring samtidigt måste beakta de tre faktorer som personkretsen, de ersättningsbara åtgärderna och ersättningsnivån utgör. Personkretsen har behandlats i kap. 9, varvid utredningen stannat för att föreslå att en tandvårdsförsäkring i princip skall omfatta samtliga personer över 19 år. Nu gäller det att närmare granska vilka åtgärder som skall medföra ersättning i en tandvårdsförsäkring. Vad som här kommer i fråga är ersättning för kostnader för tandvård – undersökning, behandling, förebyggande åtgärder – och resor till och från tandläkare. Det finns då anledning att än en gång anknyta till direktivens uttalande om att det kan finnas skäl att överväga vissa avgränsningar eller prioriteringar inom en tandvårdsförsäkring.

10.1 *Tandvård*

Diagnostiska åtgärder

Att ställa korrekt diagnos är en primär förutsättning för all adekvat sjukdomsbehandling. Ifråga om tandsjukdomarna tillkommer den omständigheten att de dominerande sjukdomarna karies och tandlossning är av recidiverande natur. Det är därför särskilt betydelsefullt, att patienten ej av ekonomiska skäl avhåller sig från regelbundna, omsorgsfulla undersökningar av sitt tandtillstånd. Varje försäkrad som är berättigad till tandvårdsersättning skall kunna söka upp en ansluten tandläkare och erhålla en undersökning av sina tänder. Undersökningen skall sedan följas av en upplysning från tandläkaren om behandlingsbehov och ungefärlig behandlingskostnad. Ersättning för undersökning skall kunna utgå även om inte patienten fullföljer själva behandlingen. Avsikten med detta är att patienter som av olika anledningar – och då kanske inte minst ekonomiska – har dragit sig för att söka tandläkare skall stimuleras att få sina tänder undersökta samt erhålla råd och anvisningar beträffande sitt vårdbehov.

En tandvårdsförsäkring bör enligt utredningens mening utformas så, att den stimulerar till att en allt större del av tandvården utförs som en regelbunden revisionstandvård. Därigenom kan uppkomna tandskador behandlas på ett tidigare stadium med mindre vårdresurser. Dylika tankegångar finns t. ex. medtagna i utformningen av det danska försäkringsystemet (se kap. 6), där de försäkrade kan få en något större ersättning om tandläkarbesök sker årligen. Utredningen har övervägt ett likartat system men funnit att svåra gränsdragningar kan uppkomma.

Det torde för försäkringskassorna ofta bli svårt att fastställa om en patient dröjt med sin behandling p. g. a. svårighet att erhålla tid hos någon tandläkare eller om det hela beror på en uraktlåtenhet från den försäkrades sida. I varje fall i försäkringens uppbyggnadsskede bör man avstå från dylika lösningar. I stället bör ett kallelsesystem stimuleras. Härtill återkommer utredningen i kap. 14.

Förebyggande åtgärder

De förebyggande åtgärdernas innehåll och omfattning har ingående belysts i kap. 2. Här skall endast erinras om att *individuellt* inriktade förebyggande åtgärder är oundgängligen nödvändiga om man vill minska förekomsten av tandsjukdomar hos den vuxna befolkningen. Detta innebär inte att en allmän upplysningsverksamhet, exempelvis via massmedia, är överflödig. En sådan kan dock endast tjäna till att skapa en allmänt positiv attityd.

Syftet med den förebyggande verksamheten är att hos individen eliminera eller minska förekomsten av den beläggning, s. k. plack, som ger upphov till karies och parodontit. Detta syfte kan uppnås endast om de generella munhygieniska råden konkretiseras under beaktande av den enskilda individens tandstatus, kostvanor, eventuell medicinering samt understundom salivegenskaper. Eftersom de nämnda tandsjukdomarna i så hög grad är möjliga att förebygga innebär en prioritering av dylika åtgärder på sikt betydande ekonomiska vinster samtidigt som individens tandhälsa förbättras. Det är därför angeläget att dylika åtgärder inryms i försäkringen.

I jämförelse med förekommande utländska försäkringssystem innebär detta en principiell grundläggande skillnad, som kan ge det svenska systemet en mer framåtsyftande innebörd. Det utgör också en uppföljning av den satsning på förebyggande åtgärder inom folktandvårdens organiserade vård, vars värde numera torde vara oomstritt. Utredningens förslag innebär ett avsteg från de principer som gäller inom den allmänna försäkringen beträffande ersättning för läkarvård. Där inbegrips inte förebyggande hälsovård. Det kan dock erinras om att socialstyrelsen fått i uppdrag att undersöka hur den förebyggande hälsovården författningsmässigt och organisatoriskt skall inordnas i övrig sjukvård samt vilka avgränsningar som bör ske av de sjukvårdsåtgärder som ersätts från den allmänna försäkringen.

Att avlägsna tandsten och beläggningar på tänderna samt instruera patienterna i munhygieniska åtgärder är uppgifter som också utförs av tandhygienister. Enligt gällande bestämmelser skall en tandhygienist i sin yrkesutövning vara underställd en tandläkare. Det övervägande antalet tandhygienister är verksamma inom folktandvården, men det finns också tandhygienister anställda hos privatpraktiserande tandläkare. Man räknar med att en tandläkare inte ensam kan ge underlag för en tandhygienists verksamhet. Vanligen är en tandhygienist anställd hos flera tandläkare.

Utredningen anser att försäkringen bör kunna lämna ersättning för profylaktiska åtgärder även om de utförs av tandhygienister, förutsatt att tandhygienisten är anställd hos folktandvården eller hos en tandläkare som anslutit sig till försäkringen.

Kirurgiska åtgärder

Kirurgiska åtgärder innefattar enklare såväl som mer komplicerade tandextraktioner, kirurgiska åtgärder i samband med parodontitbehandling samt en rad olika operativa ingrepp i samband med olika sjukdomstillstånd i munhålan. Enligt frekvensorundersökningen (bil. 1) omfattar dylika åtgärder ca 5 % av behandlingstiden.

Att kirurgiska åtgärder är en integrerad del i behandlingspanoramat, som bör ingå i varje försäkringssystem, kan knappast ifrågasättas. Det kan påpekas att mer komplicerad tandkirurgisk behandling var det första specialområdet som på sin tid byggdes ut inom folktandvården. Ett uteslutande av dessa åtgärder från en tandvårdsförsäkring skulle

sannolikt endast medföra en överföring till de nuvarande centraltandpoliklinikerna. Detta kan varken ur vårdmässig eller kostnadsmässig synpunkt vara motiverat.

Sådan oralkirurgisk behandling m. m. som nu ersätts enligt 10 § läkarvårdstaxan (se bilaga 6.2) bör enligt utredningens mening jämställas med läkarvård ur ersättningssynpunkt. Utredningen återkommer i kap. 14 till motiveringarna för sitt förslag beträffande denna vård.

Konserverande åtgärder

Konserverande åtgärder är i vidsträckt betydelse alla åtgärder, som syftar till att bevara en god bettfunktion. Här används det emellertid i sin mer konventionella innebörd, dvs. närmast ifråga om åtgärder som syftar till att bevara den enskilda tanden. Den största gruppen av dylika åtgärder utgörs av behandlingar med fyllningar i amalgam eller silikat (motsvarande). Dylika åtgärder upptar enligt frekvensorundersökningen ca 40 % av privattandläkarnas resp. 29 % av tjänstetandläkarnas totala arbetstid. Detta är alltså de vanligaste behandlingsåtgärderna. Om man därför skall inrymma reparativa åtgärder i en tandvårdsförsäkring torde de nu nämnda höra till de mest primära.

När sjukdomsangreppen nått tillräckligt långt uppstår i vissa fall inflammation i tandens pulpa eller pulpadöd. Om tillståndet får kvarstå obehandlat leder detta vidare till olika inflammatoriska tillstånd i närmast omgivande käkben. Den inflammerade eller avdöda pulpavävnaden måste då avlägsnas och ersättas genom rotfyllning. Alternativet är eljest att tanden avlägsnas för att undvika kroniska sjukdomstillstånd i käkarna.

Då man med hjälp av rotbehandling kan bevara många enskilda tänder i ett funktionsdugligt tillstånd, får det anses vara nödvändigt att ett försäkringssystem även inrymmer rotbehandling. Dessa åtgärder upptar f. n. ungefär 10 % av tandläkarnas behandlingstid.

För att återställa tandens funktion, måste tanden efter en rotbehandling ofta förses med en kronersättning. Sådan kan också erfordras om tanden erhållit omfattande ytliga skador. Härvid är det i många fall, speciellt i munhålans bakre regioner, möjligt att utföra en sådan kronersättning i amalgam då estetiska eller materialtekniska skäl inte talar emot detta. Dessa åtgärder, som f. n. upptar knappt 2 % av tandläkarnas arbetstid, bör på samma sätt ingå i försäkringen.

Ibland är det inte möjligt att med hjälp av amalgam- och silikatfyllningar resp. amalgamkronor bevara en enskild tand. Orsaken kan vara hållfastheten och/eller estetiska förhållanden. Man får då tillgripa kronersättning av ädelmetall eller porslin. Dessa ersättningar ställer sig väsentligt kostsammare än fyllningar med amalgam och silikat. Enligt utredningen är det önskvärt att även dylika kronersättningar ersätts av försäkringen.

Bettrehabiliterande åtgärder

Behandling med helprotes innebär att man i möjligaste mån återställer en helt förlorad bettfunktion. Redan härav framgår, att behandlingsformen har en hög angelägenhetsgrad. Tidigare har redovisats, att tandlöshet tilltar kraftigt med stigande ålder och att många av dagens protesbärare har alltför gamla proteser med dålig funktion vilka bör förnyas eller förbättras till sin utformning. I olika undersökningar redovisas, att mer än varannan person är helt tandlös från omkring 65 års ålder. Det är därför inte tänkbart att utesluta behandling med helprotes från försäkringen.

Det är emellertid samtidigt ur funktionssynpunkt önskvärt att så länge som möjligt kunna uppskjuta den tidpunkt då total tandlöshet inträder. Med stigande antal förlorade tänder kommer man så småningom till ett tillstånd, där funktionen – med bibehållande av kvarvarande tänder – endast kan upprätthållas med avtagbara delproteser eller fasta proteser eller en kombination av bådadera. I indicerade fall erbjuder dessa behandlingsformer i jämförelse med helproteser en betydligt lättare anpassning för patienten och en bättre funktion. Ytterligare

bör det beaktas, att benunderlaget under en helprotes successivt försämras hos alla individer p. g. a. protesens inverkan på underliggande vävnader. Detta medför stigande svårigheter att uppnå en god protesfunktion. Även detta talar för att insättandet av en helprotes bör skjutas på framtiden så långt som möjligt. Såväl avtagbara delproteser som fasta proteser i form av guldkronor och broarbeten är således viktiga behandlingsformer som enligt utredningens uppfattning om möjligt bör innefattas i de av försäkringen ersättningsbara åtgärderna.

Det kan slutligen nämnas att frekvensorundersökningen visat att utförandet av fasta proteskonstruktioner i form av kronor, broarbeten m. m. upptar mellan 10 och 14 % av den totala arbetstiden. Av privattandläkarnas arbetstid går ca 4 % åt för att utföra avtagbar protes. Motsvarande siffra för tjänstetandläkarna är 12 %.

Övriga åtgärder

Vissa åtgärder utförs ofta som komplement till de ovan beskrivna behandlingarna och bör i konsekvens därmed även inrymmas bland de ersättningsbara åtgärderna.

Bettkorrigerande åtgärder i form av tandreglering är till största delen aktuella i barna- och ungdomsåren. Denna typ av behandling faller i allt väsentligt utanför bestämmelserna för tandvårdsförsäkringen med den i kap. 9 gjorda avgränsningen av personkretsen. I vissa fall är det dock indicerat att utföra tandreglering även på vuxna patienter. Det sker då oftast som förberedelse till behandling med fast protes. Denna typ av tandreglering utförs f. n. av resursskäl i mycket liten utsträckning. Det är dock synnerligen angeläget att möjlighet finns att utföra sådan behandling även på vuxna, varför utredningen stannat för att ersättning bör utgå även för dylik vård som utförs på personer vilka omfattas av försäkringen.

10.2 *Förslag rörande tandvårdsåtgärder*

Utredningen föreslår att samtliga typer av tandbehandling görs ersättningsberättigande. I detta förslag ingår även att ersättning skall utgå för tandtekniska arbeten. Likaså inryms i förslaget att ersättning utgår även om viss tandbehandling utförts av tandhygienist. Utredningen grundar sitt ställningstagande på det förhållandet att inga åtgärder – än mindre grupper av åtgärder – kan urskiljas som kan anses vara mindre angelägna ur odontologisk synpunkt.

De i kap. 3 relaterade undersökningarna pekar samtliga på att ett stort vårdbehov föreligger. Vårdbehovets art skiftar givetvis kraftigt mellan olika befolkningsgrupper. Den enskilde individen kan många gånger förete ett tandtillstånd som eftersatts bl. a. beroende på ekonomiska faktorer. En tandvårdsförsäkring bör på sikt kunna ändra på ett sådant förhållande. Valet av den terapi som skall återställa den enskilde patientens bettförhållande till ett ur funktionell och estetisk synpunkt acceptabelt förhållande måste utformas individuellt. Man kan därvid inte, vilket torde ha framgått av den föregående framställningen, välja ut vissa behandlingsåtgärder och säga att dessa för det stora flertalet individer kan räcka för att åstadkomma en ändamålsenlig tandbehandling. Det bör i detta sammanhang även påpekas att folktandvårdstaxan redan från början kom att innehålla rubriker som täcker hela behandlingspanoramat inom tandvården.

Utredningens förslag skall dock fattas på det sättet att även om samtliga behandlingsåtgärder blir ersättningsberättigande, så avses enbart att försäkringen skall ersätta sådan tandvård som verkligen behövs för att återställa en patients bett- och munförhållanden i ett funktionellt och estetiskt godtagbart skick. Givetvis finns det tillfällen då en tandläkare p. g. a. patientens önskemål väljer ett behandlingsalternativ som inte är helt nödvändigt ur strikt odontologisk synpunkt. Här kan uppkomma vissa tolkningsproblem beträffande vad som bör vara ersättningsbart

enligt försäkringen. Utredningen återkommer till dessa frågor i kap. 14.

En mer restriktiv hållning beträffande ersättningsbara åtgärder intog de två utredningar som tidigare behandlat denna fråga. Socialpolitiska kommittén föreslog i sitt betänkande "Stöd åt barnaföderskor" (SOU 1961: 38) beträffande tandvårdsförmånerna, att ersättning i princip inte skulle utgå för sådan dyrare behandling som guld- och porslinskronor. Bestämmelserna om den s. k. mödratandvården innehåller också en rad begränsningar av dylik art. De får ses mot bakgrunden av den situation i vilken förslaget lades fram.

1961 års sjukförsäkringsutredning gjorde i sitt betänkande "Tandvårdsförsäkring" (SOU 1965: 4) en bedömning som gick ut på att konserverande vård är den mest angelägna. Man föreslog kraftiga begränsningar i vad avser ersättningsrätten för protesarbeten i form av kronor och broar. Huvudmotivet för ett sådant ställningstagande synes ha varit farhågor för att de personella resurserna inte skulle räcka till om arbeten inom den fasta protetiken skulle börja utföras i större utsträckning.

Om hela vårdpanoramat nu tas med bland de ersättningsbara åtgärderna, kan givetvis vårdstrukturen förändras på ett sådant sätt att det krävs initialt fler tandläkartimmar, då vanligtvis de fasta proteskonstruktionerna tar längre tid att utföra än övrig vård. Det redovisade prognosmaterialet beträffande vårdresurserna tyder dock på att det av 1961 års sjukförsäkringsutredning åberopade argumentet inte längre har samma tyngd p. g. a. den ökade examinationen av tandläkare.

10.3 *Övergångslösning som alternativ*

Vid den slutliga utformningen av tandvårdsförsäkringen måste man ta ställning till personkretsen, de ersättningsbara åtgärderna och ersättningsnivån i ett sammanhang. Det kan då av kostnadsskäl visa sig nödvändigt att under en allmän tandvårdsförsäkrings inledningsskede göra vissa begränsningar av de ersättningsbara åtgärderna.

Inom utredningen har det diskuterats vilka behandlingsåtgärder som borde prioriteras och vilka som kunde undantas från ersättningsrätten. Utredningen har kommit fram till att alla fasta proteskonstruktioner och alla avtagbara delproteser i ett sådant läge i första hand bör få stå tillbaka då det gäller att bestämma vilka åtgärder som skall bli ersättningsberättigande.

Det skulle innebära att alla typer av guld- eller porslinskronor samt brokonstruktioner inte tas upp bland ersättningsberättigande åtgärder, inte heller olika former av avtagbara delproteser. Motivet för denna begränsning är att de uppräknade åtgärdsområdena rymmer de mera tidskrävande och dyrbaraste tandläkar- och tandteknikerarbetena. Denna del av tandläkarverksamheten är också den där en tandvårdsförsäkring kan få sin kanske största efterfrågestimulerande inverkan.

Som framhölls i föregående avsnitt kan i många fall en patients behandlingsproblem inte lösas på ett tillfredsställande sätt om inte fasta proteskonstruktioner i kombination med avtagbara delproteser utförs. Inte heller när det gäller enstaka guld- eller porslinskronor föreligger det alltid acceptabla alternativ. Direktivens uttalande om att göra en god tandvård tillgänglig till en för alla medborgare överkomlig kostnad kan inte anses vara uppfyllt så länge den här anvisade inskränkningen gäller. Undersökningar refererade i kap. 3 pekar på att personer i de lägre inkomstklasserna oftare bär helprotes och har färre fasta proteskonstruktioner än personer med en högre inkomst.

P. g. a. det stora antalet personer utan egna tänder samt det stora behovet av att många av dem som bär helproteser får dessa förnyade har utredningen ansett att behandling med helprotes måste tas med bland de ersättningsberättigade åtgärderna även vid en begränsad tandvårdsförsäkring. Detta medför dock att en viss vårdstyrning kommer att inträffa mot denna terapiform, dvs. patienter med restbett vilkas funktion skulle kunna

återställas med fast proteskonstruktion eller avtagbar delprotes kommer att välja helprotes p. g. a. att den är ersättningsberättigad.

Utredningen har sökt uppskatta storleken på den omkostnadsminskning som övergångslösningen skulle medföra jämfört med utredningens huvudförslag. Med samma beräkningssätt som används för de i kap. 13 redovisade kostnadskalkylerna torde kostnadsbesparingen kunna uppskattas till ca 20 %. Det är därvid att märka att den anförda siffran bygger på antagandet om oförändrad vårdstruktur och oförändrat antal timmar för övriga tandvårdsåtgärder. Så torde ej bli fallet. Troligen kommer i stället mer av konserverande vård att utföras liksom helproteser. Besparingen skulle därför sannolikt bli mindre, i vart fall under försäkringens första år.

10.4 *Resor*

Gällande bestämmelser vid sjukvård

Försäkrad som åtnjutit läkarvård eller sjukhusvård äger enligt 2 kap. 5 § lagen om allmän försäkring rätt till ersättning för resor i samband med vården. Detsamma gäller försäkrad som erhållit viss behandling av tandläkare vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus. Däremot utgår inte reseersättning vid mödratandvård.

Som en allmän förutsättning för ersättning gäller att det med hänsyn till resans längd och den sjukes tillstånd ej skäligen kunnat fordras att han gått eller färdats på annat sätt som inte krävt särskild kostnad. Enligt sjukreseförordningen (1962: 385) utgår ersättning för utgifter i anledning av resor till och från läkaren, vilka föranletts huvudsakligen av behovet av läkarvård i den mån utgifterna för varje besök hos läkaren överstigit 6 kr. Har den försäkrade sökt läkarvård annorstädes än vid närmaste allmänna sjukhus eller sjukvårdsinrättning, ersätts endast den kostnad som skulle ha uppkommit vid resa till provinsialläkare eller stadsdistriktsläkare i det distrikt där den försäkrade vistas eller till närmaste allmänna sjukhus. Ersättning utgår enligt kungörelsen (1962: 386) med tillämpningsföreskrifter till sjukreseförordningen efter det billigaste, vanligen förekommande färdsätt som kunnat användas med hänsyn till den sjukes tillstånd. Vid resa med bil som ej går i allmän trafik skall försäkrads resekostnad beräknas till 25 öre per kilometer.

Frågan om reseersättning vid mödratandvård

De nuvarande bestämmelserna om tandvårdsförsäkring för mödrar bygger på ett av socialpolitiska kommittén framlagt förslag i betänkandet Stöd åt barnaföderskor (SOU 1961: 38). Kommittén uttalade att den av olika skäl inte ansett sig böra föreslå att resor i samband med tandvård skulle medföra rätt till ersättning från moderskapsförsäkringen. Enligt kommittén kan tandvård ofta delas upp i mindre behandlingsmoment på ett annat sätt än sjukvård, och patienten har vid tandvård andra möjligheter än vid sjukdom att påverka behandlingstiderna och kombinera resorna till tandläkaren med andra ärenden. I propositionen 1962: 90 med förslag till lag om allmän försäkring förklarade sig departementschefen vara ense med socialpolitiska kommittén om att regler om ersättning för resor i samband med besök hos tandläkare i varje fall inte borde införas innan viss erfarenhet vunnits av den nya tandvårdsförmånen. Under riksdagsbehandlingen avslogs motionsyrkanden om att mödratandvårdsförsäkringen också skulle omfatta resekostnadsersättning.

Sjukförsäkringsutredningen framhöll i betänkandet Tandvårdsförsäkring (SOU 1965: 4) att besöksfrekvensen hos tandläkare är väsentligt lägre hos befolkningen på landsbygden än i städer och tätorter. Detta torde främst sammanhänga med tandläkarkårens ojämna geografiska fördelning men kunde ha sin orsak i att landsbygdsbefolkningens samlade utgifter för tandläkarvård på grund av resekostnaderna är högre än andra befolkningsgruppers. Utredningen ansåg att de principer som ligger till grund för rätt till ersättning för utgifter i anledning av

resor till och från läkare, främst regeln som begränsar ersättningen till att i princip gälla resa till tjänsteläkare i distriktet, inte utan vidare kunde ges motsvarande tillämpning då det gäller ersättning för utgifter i anledning av resor till och från tandläkare. Vissa andra speciella förhållanden borde också beaktas i sammanhanget. Liknande svårigheter som enligt vad sjukförsäkringsutredningen antytt var förenade med konstruktionen av en resekostnadsersättning i samband med tandläkarvård, mötte vid införandet av resekostnadsersättning i samband med en rad andra behandlingsåtgärder som utredningen hade att ta ställning till. Utredningen fann sig böra pröva samtliga dessa ersättningsfrågor i ett sammanhang.

Sjukförsäkringsutredningen återkom till dessa frågor i betänkandet Ersättning vid vissa sjukvårdande åtgärder och sjukresor (SOU 1970: 56). Utredningen fann det då inte möjligt att ta upp frågan om ersättning för resor vid tandvård till närmare behandling. Man hänvisade till att enligt direktiven för 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring även den allmänna försäkringens nuvarande ersättningsregler för viss specialtandvård och mödratandvård borde ses över med sikte på att åstadkomma en samordning med de nya regler som föreslås för tandvård i övrigt. Sjukförsäkringsutredningen tillade emellertid följande.

Ersättning för mödratandvård har utgått från den allmänna försäkringen sedan år 1963. Försäkringskassorna har således numera ganska lång erfarenhet av tillämpningen av förmånen. Eftersom emellertid frågan om resekostnadsersättning syntes böra lösas efter samma riktlinjer som rätten till resekostnadsersättning vid tandvård i allmänhet fann sjukförsäkringsutredningen det inte lämpligt att enbart för mödratandvården lägga fram förslag om resekostnadsersättning. Ett sådant förslag för detta begränsade tillämpningsområde syntes enligt utredningens uppfattning kunna verka bindande för en prövning av frågan om resekostnadsersättning i samband med övrig tandvård. Utredningen ville emellertid understryka angelägenheten av att frågan om resekostnadsersättning vid mödratandvård får en snar lösning.

Frågan om resekostnadsersättning vid mödratandvård har gjorts till föremål för motioner till 1971 och 1972 års riksdagar.

Med anledning av propositionen 1971: 94 angående ändrade bestämmelser om ersättning från den allmänna försäkringen för resekostnader i samband med sjukvård efterlystes rätt till resekostnadsersättning vid mödratandvård i motionerna 1971: 1410 och 1971: 1445. I den första motionen hemställdes att riksdagen skulle besluta om införande av sådan rätt, i den andra att 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring skulle få i uppdrag att beakta frågan. Socialförsäkringsutskottet (SfU 1971: 30) ansåg i likhet med motionärerna att frågan om resekostnadsersättning vid mödratandvård är angelägen. Utnyttjandet av den viktiga förmånen av fri tandvård för blivande och nyblivna mödrar borde inte försvåras av ekonomiska skäl. Så kunde bli fallet för mödrar som hade långa avstånd till tandläkare och vid besök åsamkades dryga resekostnader. En snar lösning av problemet borde enligt utskottets mening eftersträvas. Utskottet fann emellertid – med hänsyn till det utredningsuppdrag som förelåg för 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring – att det var mindre lämpligt att redan då besluta om införande av reseförmåner i samband med mödratandvård. Ett sådant beslut borde vägas in i det större sammanhanget beträffande rätt till ersättning för annan tandvård och i samband därmed företagna resor.

Utskottet ansåg det å andra sidan väsentligt att frågan om reseersättning vid mödratandvård blev uppmärksammad under utredningsarbetet alldeles oavsett vilka resultat utredningsmannen kom till i frågan om en utvidgning av ersättningsbestämmelserna för tandvård i övrigt. Då direktiven för utredningsmannen inte var fullt tydliga i detta avseende borde utredningsmannen få i uppdrag att särskilt beakta denna fråga. I enlighet med utskottets hemställan beslöt riksdagen att som sin mening ge Kungl. Maj:t

tillkänna vad utskottet anfört om ersättning för resekostnader i samband med mödratandvård. Den med anledning härav avlåtna skrivelsen till Kungl. Maj:t har sedermera överlämnats till utredningen.

I motionen 1972:463 hemställdes att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t skulle begära förslag till sådan ändring i lagen om allmän försäkring att reseersättning kunde utgå till tandvård för kvinnor under den tid de är gravida och under en tid av 270 dagar efter förlossning. Socialförsäkringsutskottet vidhöll i betänkande (SfU 1972:9) den ståndpunkt utskottet intog till den vid 1971 års riksdag framlagda motionen i samma ämne. Utskottet fann med hänvisning till 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring inte anledning att föreslå riksdagen att då ta något initiativ i frågan samt avstyrkte motionen. Riksdagen följde utskottet.

Förslag rörande reseersättning

Försäkringskassornas utgifter för sjukreseersättningar uppgick 1971 till 110 miljoner kronor. För 1972 beräknas utgifterna till 125 miljoner kronor. En allmän rätt till resekostnadsersättning i samband med tandvård, motsvarande den som gäller vid läkar- och sjukhusvård, skulle enligt utredningens bedömningar komma att kosta försäkringen så betydande belopp att detta måste inverka på bedömningen av försäkringens omfattning i fråga om personkretsen, de ersättningsbara åtgärderna och ersättningsnivån.

Härtill kommer att förhållandena vid tandvård inte är helt jämförliga med dem som gäller vid övrig sjukvård. Behovet av tandvård är inte alltid så akut som behovet av läkar- eller sjukhusvård. Den försäkrade kan därför förlägga besöken hos tandläkaren så att minsta möjliga utgifter för resorna uppstår. Behovet av taxiresor är mindre än vid sjukdom. Den försäkrade har ofta möjlighet att kombinera nödvändiga tandläkarresor med andra ärenden på den plats där tandläkaren har sin mottagning. Frågan huruvida resorna till och från tandläkaren huvudsakligen föranletts av behovet av tandvård erbjuder vida större problem än vad motsvarande fråga utgör vid läkar- och sjukhusvård.

Det är å andra sidan tydligt att den som har långt till tandläkaren också får en dyrare tandvård än andra. Utredningen har med riksförsäkringsverkets hjälp bett försäkringskassorna göra en uppskattning av på vilka ungefärliga avstånd från närmaste folktandvårdsklinik eller verksamma privatpraktiserande tandläkare som de inskrivna försäkrade bor inom respektive kassas verksamhetsområde.

Av riksförsäkringsverkets sammanställning över svaren på enkäten framgår att närmare 99 procent av alla inskrivna försäkrade i landet har tre mil eller mindre till tandläkaren. Endast en bråkdel av de inskrivna försäkrade bor fem mil eller längre från närmaste tandläkare. Det bör här påpekas att för en del av de försäkrade kan avståndet till tandläkaren vara ett annat och ofta kanske kortare, om det i stället räknas från arbetsplatsen.

Av ca 80 000 inskrivna försäkrade som enligt uppgift har tre mil eller längre till tandläkaren bor omkring 65 000 i skogslänen. I samråd med expertgruppen för regional utredningsverksamhet, inrikesdepartementet, (ERU) har utredningen analyserat annat utredningsmaterial beträffande tandvårdens lokalisering i förhållande till befolkningens bosättning. Analysen visar att försäkringskassorna inte torde ha överskattat antalet inskrivna försäkrade med kort avstånd till tandläkare.

Det överväldigande flertalet försäkrade har således högst 3 mil till närmaste tandläkare. Avgiften för resa 31 kilometer tur och retur med järnväg är i oktober 1972 i andra klass 16 kronor. Samma resa med SJ-buss kostar 14 kronor. Vid bilresa blir kostnaden 15 kronor och 50 öre efter en kilometerersättning av 25 öre. Resekostnaderna vid tandläkarbesök är följaktligen i allmänhet måttliga, och utredningen anser att – i en prioriteringssituation – anspråken på reseersättning för flertalet försäkrade bör få stå tillbaka för en högre nivå på ersättningen för själva tandvården.

Reseersättning i samband med mödratandvård har som nämnts blivit föremål för motioner i riksdagen. Utredningen vill med anledning därav peka på att den undersökning över mödratandvården som utförts (se bilaga 5) inte visar på att försäkringsförmånen skulle utnyttjas märkbart mindre av kvinnor som är bosatta i skogslänen, alltså där man enligt tillgängliga uppgifter har den längsta färdvägen till tandläkare. Mödrar bosatta i skogslänen uppger inte heller i någon större omfattning svårigheter att komma till tandläkaren som orsak till att försäkringsförmånen ej utnyttjats. Utredningen har därför ej ansett det befogat att överväga särbestämmelser beträffande reseersättning till mödrar.

För försäkrade som har ovanligt långt till tandläkaren bör det dock finnas utrymme för en viss rätt till reseersättning. Utredningen har funnit att som gräns för rätt till resekostnadsersättning i samband med tandvård kan sättas ett karensbelopp på 15 kronor i stället för det inom övrig sjukvård gällande beloppet 6 kronor. På grund av de särskilda förhållanden som enligt vad utredningen tidigare antytt råder vid tandvård bör försäkringen inte ersätta hela det överstigande beloppet. Utredningen föreslår att ersättning från försäkringen skall utgå med hälften av utgifterna för resor till och från tandläkaren, i den mån dessa för varje tandläkarbesök överstiger 15 kronor. Ersättning för återresa bör vidare högst utgivas för resa till den plats varifrån resan till tandläkaren företogs.

Den begränsade rätt till resekostnadsersättning som nu förordats gäller allmäntandvården. För två grupper som anlitar specialisttandvården finns det skäl att föreslå en annan lösning. Den första gruppen är försäkrade som åtnjutit sådan oralkirurgisk eller annan behandling som meddelas vid bl. a. centraltandpoliklinik. Denna vård skall enligt utredningens förslag i ersättningshänseende likställas med läkarvård (se närmare kap. 11). Resor i samband med detta slag av tandläkarbehandlingar ersätts i dag enligt de bestämmelser som gäller för resor vid läkarvård. Med hänsyn till det nära samband som dessa behandlingar har med läkarvård bör även framgent resekostnadsersättning utgå efter samma regler.

Den andra gruppen av tandvårdspatienter för vilken det kan vara befogat att föreslå en särlösning är försäkrade som hänvisas till andra behandlingar av specialist än som jämställs med läkarvård. Specialist- och specialtandläkare finns huvudsakligen i de städer där centrallasaretten är belägna, och reseavstånden blir därför ofta långa för patienterna. Det är angeläget att kostnaderna för resor i samband med specialtandvård som utförs vid centraltandpoliklinik eller hos andra specialister inte är olika beroende på om behandlingen tillhör den kategori som är jämställd med läkarvård eller ej. Här synes det heller inte finnas skäl att låta den försäkrade själv få stå för en del av den kostnad som överstiger ett karensbelopp. Utredningen föreslår därför att även resor till andra specialist- eller specialtandläkare skall ersättas enligt de regler som gäller vid läkarvård om vården sker efter remiss.

Förslaget om ersättning för resor vid specialistvård torde även få betydelse för patienter med medfödda eller förvärvade ansiktsmissbildningar. I första hand gäller det här den protetiska vård som i vuxen ålder behöver utföras på patienter med läpp-, käk-, gomdefekt. Nämnda vårdbehov är ibland så omfattande och komplicerat att vård ej alltid kan beredas dem på deras hemort.

Tandvårdsförsäkringens kostnader för resekostnadsersättning torde enligt utredningens uppskattningar röra sig om högst två milj. kr per år.

11 Tandvårdstaxa

11.1 *Uppläggning*

Sedan sjukförsäkringsutredningen lämnade sitt förslag om tandvårdsförsäkring har, framhåller socialministern i direktiven för 1970 års utredning, genomgripande förändringar genomförts bl. a. beträffande sjukförsäkringens ersättning för läkarvård i offentlig regi. Socialministern finner dessa förändringar betydelsefulla också för utformningen av en tandvårdsförsäkring.

Vad som åsyftas är den s. k. 7-kronorsreformen, som trädde i kraft den 1 januari 1970. Den innebar att man för öppen läkarvård i samhällets regi övergav den tidigare gällande återbäringstaxan och införde en fast patientavgift för varje besök. Försäkringens ersättning betalas direkt till den som svarat för vården.

Beträffande privatläkarvården lade riksförsäkringsverket år 1969 fram en utredning med förslag om fasta patientavgifter. Efter remissbehandlingen har utredningen på regeringens uppdrag fullföljts av verket tillsammans med socialstyrelsen och förslag väntas i början av år 1973.

Folktandvårdens patientavgifter är sedan länge bestämda till fasta belopp som inte får överskridas. I folktandvårdsutredningens betänkande berörs taxefrågan i en allmän tandvårdsförsäkring. Denna utredning redovisar en rad synpunkter på en taxa som skulle vara i princip bindande även för privattandläkarna. Synpunkterna har återgetts i kap. 7.2.1. Emellertid hade det upplysts för folktandvårdsutredningen att preliminära överläggningar inletts mellan riksförsäkringsverket och Sveriges tandläkarförbund i anslutning till en revision av mödratandvårdstaxan för att bl. a. undersöka möjligheterna för en fast taxa gällande även för privattandvården. Med hänsyn härtill har folktandvårdsutredningen nöjt sig med att understryka de anförda synpunkterna rörande karaktären av en fast taxa.

Socialministern framhåller i direktiven för 1970 års utredning att syftet med en tandvårdsförsäkring bör vara att göra en god tandvård tillgänglig till en för alla medborgare överkomlig kostnad.

Mot denna bakgrund utgår utredningen från att ersättning för tandvårdskostnader skall lämnas enligt en fast taxa. Det kan f. ö. erinras om att 1970 års utredning övertagit riksförsäkringsverkets uppdrag rörande revision av mödratandvårdstaxan.

Utredningen föreslår således en bindande maximitaxa för all behandling som en till försäkringen ansluten privatpraktiserande tandläkare utför. Den är också avsedd att gälla för den tandvård som meddelas vid folktandvårdens distriktstandpolikliniker och vid dess specialist-, special- och anstaltspolikliniker. Även för tandvård som utförs vid odontologisk fakultet eller dess tandsjukvårdscentral föreslås taxan fungera som en maximitaxa.

För att kunna utarbeta en bindande maximitaxa har ett omfattande utredningsmaterial tagits fram. Utredningen har låtit genomföra ett antal undersökningar för att skaffa fram basmaterial till beräkningarna i samband med fastställandet av taxans arvodesbelopp. Den s. k. frekvensorundersökningen är en arbetsstudie bland ett antal privatpraktiserande tandläkare och tjänstetandläkare 1970 och 1971. Undersökningen ger bl. a. upplysning om den procentuella fördelningen av arbetstiden samtidigt som genomsnittstider kan beräknas för olika typer av tandbehandlingar. En utförlig presentation av undersökningen finns införd i bil. 1.

Vid framräknandet av arvodesbeloppen behöver, förutom uppgift om själva behandlingstiden, även tandvårdens kostnader vara kända. Utredningen har därvid låtit genomföra en undersökning av folktandvårdens kostnader 1970 (bil. 2). Resultaten kommer fram som kostnader per tandläkartimme med uppdelning på vuxen- resp. barntandvård. Kostnader för tandtekniska arbeten redovisas separat.

Vad beträffar privattandvårdens omkostnader har utredningen inte genomfört någon egen undersökning. Sveriges Tandläkarförbund utförde 1968 en omkostnadsundersökning bland de privatpraktiserande tandläkare som tillhör förbundet. Detta undersökningsmaterial ställdes till utredningens förfogande. En uppräkning till 1970 års kostnadsnivå har genomförts. Denna liksom primärundersökningen finns presenterad i bil. 3.

För att kunna jämföra de arvodesbelopp, som kan räknas fram med utgångspunkt i det nämnda utredningsmaterialet, med uppgifter om arvodesnivåerna inom privattandvården har en arvodesundersökning genomförts. Undersökningen, som beskrivs i bil. 4, omfattade ett antal privatpraktiserande tandläkare och avser att ge besked om de arvoden som tillämpades under 1970.

De nämnda undersökningarna och hur de använts vid utarbetandet av förslaget till tandvårdstaxa beskrivs närmare i de följande avsnitten i detta kapitel.

11.2 *Taxerubriker*

En utgångspunkt för utredningens arbete med att konstruera en tandvårdstaxa har varit folktandvårdstaxan (se bilaga 6.1). Den första folktandvårdstaxan fastställdes 1938. Giltighetstiden för taxan var ända fram till 1965 ett år i sänder. Därefter blev taxan giltig två år i sänder. En sammanställning av de förändringar som skett beträffande taxans innehåll ger vid handen att antalet ändringar av rubriker och text är relativt få med tanke på den långa tidsrymd som folktandvårdstaxan använts. Vissa av de genomförda förändringarna kan tolkas som försök att undvika uppkomna styreffekter av ej önskvärd natur.

Vid utformningen av en ny tandvårdstaxa har följande riktlinjer följts beträffande rubrikerna.

1. Man skall beskriva avgränsade behandlingar och kunna kombinera dessa till vad som normalt utförs vid olika patientbesök. I några fall kan i stället enskilda behandlingsmoment få utgöra rubriker. Detta gäller behandlingar där kombinationen av behandlingsmoment fram till en färdig behandling varierar eller kan utföras av olika tandläkare.
2. Taxerubrikerna skall beskriva behandlingar som skiljer sig åt vad beträffar tandläkararbetet. De tandtekniska arbetena bör föras till en särskild avdelning.
3. Strävan bör vara att rubrikerna i taxan blir begripliga för patienten.
4. Rubrikerna bör täcka in så mycket som möjligt av de åtgärder som utförs i allmäntandvården. Antalet rubriker bör å andra sidan inte vara så stort att taxan blir oöverskådlig för såväl patient som tandläkare.

Taxans uppställning framgår av utredningens författningsförslag.

Taxerubrikerna i avdelning A, som gäller tandläkarens arbete, har sammanförts till 9 avdelningar, nämligen:

I Rådfrågning, undersökning m. m.
II Förebyggande åtgärder m. m.

III Tandkirurgisk behandling, behandling av tandkött m. m.
IV Pulpakirurgisk behandling (rotbehandling)
V Konserverande behandling (tandfyllnad)
VI Behandling med fast protes (guldinlägg, kronor, broar m. m.)
VII Behandling med avtagbar plattprotes
VIII Diverse behandlingar
IX Övrig terapi

Sammanlagt innehåller taxan 72 rubriker med några underrubriker. Nuvarande folktandvårdstaxa innehåller endast 33 rubriker med ett antal underrubriker. Utredningens motiv till att föreslå en tandvårdstaxa med så pass många rubriker har varit flera. Det har eftersträvats att taxan skall beskriva en så stor del som möjligt av det vårdpanorama som modern odontologi inrymmer. De förebyggande åtgärderna bör ges en framträdande plats i taxan samtidigt som de skall kunna beskrivas i ett antal konkreta rubriker. Taxan skall kunna i så stor utsträckning som möjligt fånga in den arvodessättning som i dag råder hos de privatpraktiserande tandläkarna.

Frågan om antalet taxerubriker sammanhänger givetvis med de debiteringsprinciper som skall tillämpas inom taxan (se avsnitt 11.3). Utredningen har sökt att avväga de olika faktorerna som tidigare nämnts mot varandra vid bestämmandet av antalet taxerubriker.

En taxa med 70-talet rubriker kan ändå inte beskriva alla behandlingstyper som kan tänkas förekomma inom tandvården. Ibland tillkommer också vissa enstaka behandlingsmoment till en i taxan angiven behandling. Med hänsyn till dessa problem har utredningen valt att förse de flesta avdelningarna inom taxan med en rubrik som är avsedd för "övriga" behandlingar eller behandlingsmoment.

De tandtekniska arbetena finns upptagna i taxans avdelning B. Tillvägagångssättet har därvid varit att man för var och en av de rubriker som finns i avdelning A och som inrymmer tandtekniskt arbete har fört in motsvarande rubrik i avdelning B. Många rubriker i avdelning A motsvaras av olika variationer när det gäller den tandtekniska delen. En guldkrona kan t. ex. ges olika utformning i vad avser den färdiga produkten. Tandläkarens arbete är dock i stort likartat vare sig en guldkrona förses med fasad eller ej. Tandteknikerns arbete blir däremot något helt annat och därmed arvodet. Avdelning B kommer därigenom att innehålla betydligt fler rubriker än motsvarande delar av avdelning A. För överskådlighetens skull tillämpas samma numrering inom taxans båda avdelningar.

Från odontologisk synpunkt kommenteras den föreslagna tandvårdstaxans innehåll närmare i kap. 14.

11.3 *Ersättnings- och debiteringsprinciper*

11.3.1 Olika ersättningsprinciper

Det ligger i sakens natur att kraven på fast taxa och vårdanpassad flexibilitet inte låter sig förenas annat än genom tämligen komplicerade tekniska lösningar. En fråga som därvid i första hand måste klaras ut är efter vilka principer som de privatpraktiserande tandläkarna skall erhålla sin ersättning från försäkringen. Utredningen har därför ingående diskuterat olika ersättningssystem.

I folktandvårdsutredningens betänkande (SOU 1970: 11, bil. 6) beskrevs en modell för ersättning av de privatpraktiserande tandläkare som ansluter sig till en försäkring. Ersättningen skulle enligt förslaget bestå av en del som grundas på nedlagd tid (motsvarande folktandvårdens fasta lön) och en del som grundas på utförda prestationer (motsvarande folktandvårdens tantiem). Ett sådant system angavs kunna ges en varierande praktisk utformning. Särskilt påpekades att avvägningen mellan tidsbetald del och prestationsbetald del i tandläkarinkomsten på så sätt kunde styras och att patienttaxa och tandläkarersättning kunde utformas i hög grad oberoende av varandra.

Inom ett blandersättningssystem i en tandvårdsförsäkring kan man tänka sig att

den rörliga delen består antingen helt av patientavgifter eller av patientavgifter jämte en prestationsrelaterad försäkringsandel. Patientavgifter resp. försäkringsandel kan relateras till styckepris, styckepris med latitud eller ren tidsdebitering.

Den fasta delen av ersättningen kan i ett sådant system relateras till den tid tandläkaren arbetat i sin praktik. Den fasta ersättningen per praktiktimme kan härvid antingen vara generell eller anpassas individuellt till olika tandläkare för att beakta varierande praktikkostnader.

En annan lösning kunde tänkas vara ett genomgående tidsersättningssystem vilket skulle innebära att såväl patientandel som försäkringsersättning genomgående skulle debiteras efter tidsåtgång.

Av arvodesundersökningen framgår, att ett mindre antal tandläkare tillämpar genomgående tidsdebitering men att ett stort antal tandläkare använder tidsdebitering endast för vissa speciella åtgärder. Genomgående tidsdebitering torde förekomma företrädesvis hos tandläkare med viss specialinriktning av tandvården.

Utredningen har ingående prövat skälen för och emot både ett blandersättningssystem i linje med det ovan anförda och ett system med genomgående ersättning efter tidsenhet. Utredningen har stannat för att inte föreslå något av dessa ersättningssystem. För den enskilda tandvårdssektorns del skulle systemet ur tandläkarens synpunkt innebära alltför genomgripande förändringar.

Utredningen har istället kommit fram till att ersättningen från försäkringen till de privatpraktiserande tandläkarna till stor del bör grundas på prestationen uttryckt som antal utförda behandlingar eller behandlingsmoment. Det förslag till ersättningssystem som utredningen lägger fram påverkar i hög grad utformningen av taxan och dess debiteringsprinciper.

11.3.2 Debiteringsprinciper

Patientavgifterna för folktandvårdens vuxentandvård regleras i huvudsak av folktandvårdstaxan (bilaga 6.1). I taxans 3 § föreskrivs att avgift skall erläggas med angivna belopp för de åtgärder som där anges. Avgift utgår således per prestation. I 4 § av samma taxa föreskrivs däremot att ersättning skall tas ut för tandläkarens arbete med 60 kr i timmen för parodontal behandling, såsom avlägsnande av tandsten och överskott och behandling av tandkött. Tidsåtgång såsom debiteringsnorm föreskrivs i samma paragraf också för behandling, som inte är särskilt upptagen i taxan, och för mera tidskrävande utredning eller undersökning, exempelvis utredning för kausal kariesterapi eller vid käkledsbesvär.

En variant av folktandvårdstaxans princip om fast arvode för varje åtgärd i 3 § utgör det arvode som föreskrivs för åtgärden "Svårare fall av tanduttagning, t. ex. separering eller uppklaffning", där taxan anvisar en spännvidd av 20–40 kr inom vilken avgiften skall ligga (latitud).

Vidare bör uppmärksammas att huvudmannen jämlikt 1 § andra stycket äger bestämma att lägre avgifter än de i taxan föreskrivna skall tillämpas.

I den taxa för centraltandpoliklinikvården, som Svenska landstingsförbundet rekommenderar huvudmännen att tillämpa (bilaga 6.3), förekommer också olika debiteringsprinciper, nämligen debitering efter ett fast pris per prestation, debitering efter tidsåtgång och debitering per prestation där styckepriset finns angivet med en viss latitud. Svårighetsgrad och tidsåtgång varierar i större utsträckning för de åtgärder som upptas i "ctp-taxan" än bland folktandvårdstaxans åtgärder. Det är från denna synpunkt naturligt att debiteringsalternativet styckepris med latitud är betydligt vanligare i ctp-taxan än i folktandvårdstaxan.

Av den arvodesenkät som utredningen låtit utföra bland ett antal privatpraktiserande tandläkare (se bilaga 4) framgår vissa grundläggande fakta avseende privatpraktikernas debiteringsprinciper. Enkäten visar sålunda att tandläkarna för ett övervägande antal åtgärder företrädesvis debiterar sitt arvode beräknat efter prestation. För vissa

åtgärder (såsom t. ex. avlägsnande av överskott, borttagande av gamla stift eller kronor och bettinslipning) dominerar däremot tidsåtgången som debiteringsgrund. Även vid vissa former av tandkirurgisk behandling är tidsdebitering relativt vanlig.

När det gäller privatpraktikernas debiteringsprinciper kan vidare sägas, att det ofta inte är fråga om ett mekaniskt härledande av bestämda styckepriser ur en prislista, när slutarvodet för en behandling fastställs. Dels påverkas arvodet för de enskilda åtgärderna av olika omständigheter såsom tidsåtgång och svårighetsgrad, dels grundas totalarvodet för en behandling inte bara på de olika delarvodena utan också på en sammanfattande bedömning. Arvodena innehåller således en viss elasticitet.

Som bakgrund till ett ställningstagande mellan olika tänkbara debiteringsprinciper är det nödvändigt att analysera vilka positiva eller negativa konsekvenser från olika synpunkter som de olika debiteringsprinciperna – styckepris, styckepris med latitud och tidsdebitering – kan bedömas leda till.

Vid första anblicken kan det förefalla som om ett konsekvent användande av styckepris, kanske till och med ett enhetligt styckepris oberoende av vårdens art och omfattning, vore den mest tjänliga principen för debitering av patientavgifter inom en tandvårdsförsäkring. Utredningen har emellertid kommit fram till att ett mer varierat system är ofrånkomligt av en rad skäl.

En grundläggande synpunkt är härvid att debiteringsprinciperna inte bör leda till vårdstyrande effekter. Sådana effekter kan vara t. ex. att vissa behandlingar inte utförs i önskad omfattning medan andra behandlingar får en frekvens som inte är vårdmässigt motiverad. Ett fast debiteringssystem som ersätter ett arvode, som enligt arvodesundersökningen uppvisar stor spännvidd mellan högsta och lägsta belopp, kan få sådana effekter. Vårdstyrande effekter kan vidare på längre sikt tänkas uppkomma om taxans utformning leder till att den enskilde tandläkarens fördelning av bruttoinkomsten på olika behandlingar eller behandlingsgrupper förändras påtagligt vid en oförändrad arbetsinsats.

För en rad åtgärder förekommer redan nu debitering efter tidsåtgång (folktandvårdstaxan 4 §). En taxa som bygger på en uppräkning av olika åtgärder kan nämligen aldrig bli fullständig. Dels förekommer ett mycket stort antal sällsynta åtgärder, som skulle tynga en åtgärdsförteckning i orimlig mån, dels medför den odontologiska utvecklingen att nya behandlingstyper ständigt utprovas och växer fram. Det finns därför behov av vissa generalklausuler i taxan, som medger debitering också för sådana åtgärder som inte finns beskrivna i taxan. Enda rimliga debiteringsgrund för sådana fall torde vara tidsåtgången.

Tidsdebitering kan vidare vara den lämpligaste debiteringsgrunden för vissa typer av tandvårdande verksamhet som med ett rimligt antal rubriker inte kan klart beskrivas eller definieras och där åtgärden varierar kraftigt beroende på olika, till patienten relaterade förhållanden. Exempel på sådana åtgärder är kostrådgivning, borttagande av tandsten och överskott m. m. I sådana fall är det inte åtgärdernas antal, i den mån ett sådant synsätt över huvud är tillämpbart, utan verksamhetens tidsåtgång som är den enda tänkbara debiteringsgrunden. För patienten måste det också synas mest adekvat att i sådana fall erlägga avgift i förhållande till tidsåtgången.

Särskilt i en situation där patienten svarar för en betydande del av vårdkostnaden torde det vara ett grundläggande intresse för denne att kunna uppleva avgiftsdebiteringen som rättvis, dvs. att variationer av i första hand tidsåtgång och svårighetsgrad återspeglas i patientavgiften.

En utgångspunkt måste vidare vara de nuvarande förhållandena särskilt inom den privata sektorn, där latitudsystemet redan nu de facto tillämpas. Avviker man härifrån i alltför hög grad ökar i princip riskerna för vårdstyrning.

Om arvodena skall vara rättvisande i det enskilda fallet, dvs. i lämplig omfattning korrespondera mot tidsåtgång och svårighets-

grad, skulle ett synnerligen omfattande taxesystem med kanske omkring 200 taxerubriker erfordras. En sådan taxa skulle inte bara bli svårhanterlig utan framför allt svårbegriplig för patienten.

Frågan om vilka debiteringsprinciper som bör tillämpas för de olika taxerubrikerna har på utredningens uppdrag behandlats i en arbetsgrupp bestående av företrädare för utredningen, tandläkarförbundet och landstingsförbundet. Direktiven till arbetsgruppen gick ut på att man i största möjliga utsträckning borde tillämpa styckeprisdebitering. Arbetsgruppen utarbetade kriterier för om en behandling bör debiteras med rent styckepris, styckepris med latitud eller efter tidsåtgång. För att formulera dessa kriterier användes ett antal faktorer, avsedda att belysa bl. a. i vilken mån de olika behandlingarna klart kan beskrivas och avgränsas till sitt innehåll och i vilken mån behandlingarna varierar i fråga om behandlingstid och svårighetsgrad. Totalt formulerades ett tiotal kriterier som på olika sätt belyste i huvudsak nyssnämnda frågeställningar.

På grundval av en bedömning efter dessa principer har utredningen efter förslag från arbetsgruppen gjort en klassificering av taxeförslagets olika rubriker efter de tre nämnda debiteringsprinciperna. En strävan har härvid varit att utnyttja styckeprisalternativet i största möjliga utsträckning. Resultatet av fördelningen framgår av taxeförslaget.

Beträffande utformningen av latitudarvodena stannade gruppen för en struktur bestående av ett normalarvode med fast reducering och ett eller flera fasta påslag för sådana behandlingar som mera väsentligt avviker från normalfallet för behandlingen i fråga. Med avvikelser avsågs därvid i huvudsak mera betydande skillnader i fråga om tidsåtgång. Det bör framhållas, att normalarvodet förutsättes täcka flertalet av fallen. Beträffande latitudsystemet kan vidare framhållas att en förutsättning för dess användbarhet är att man utarbetar en metod som möjliggör uppföljning av hur latituderna används. Utredningen återkommer i ett senare sammanhang härtill.

11.4 *Behandlingstider*

När det gällt att fastställa arvodesbeloppen i tandvårdstaxan har utredningen som en första utgångspunkt tagit den medelbehandlingstid som den s. k. frekvensorundersökningen kunnat ge uppgift om. Denna undersökning och dess resultat finns närmare beskrivna i bilaga 1.

I tabell C 1 i bilaga 1 ges medelvärden för 26 viktigare behandlingar. Beräkningen har därvid skett så att summering skett av tider och produktion för samtliga tandläkare som deltagit i undersökningen varefter medelvärden framräknats. Vid beräkningarna har privattandläkarnas och tjänstetandläkarnas tider hållits isär. Några väsentliga skillnader mellan behandlingstiderna för privat- resp. tjänstetandläkarna har ej kunnat noteras bortsett från behandlingar inom den avtagbara protetikens område.

För vissa behandlingsåtgärder har även genomsnittstider framräknats individuellt för varje tandläkare varefter medel-, median- och kvartilvärden sammanställts (tabellerna C 2.2 och C 2.3 i bilaga 1). En sådan beräkning visar att tiderna varierar kraftigt för många behandlingsåtgärder även om en relativt liten spridning kunnat noteras i fråga om behandlingar inom den konserverande vården.

På sätt som beskrivs i bilaga 1 kan medelbehandlingstider räknas fram för samtliga i taxeförslaget upptagna behandlingar. Behandlingstiderna har därvid beräknats så att för behandlingar, som kan tänkas förekomma vid enstaka patientbesök, påslag har gjorts för sådan tid som är att hänföra till förberedelse av behandlingen, väntetid på patient, patientbyte, journalföring samt behandlingsplanering. Metoden för dessa beräkningar finns beskriven i bilaga 1. Något generellt påslag för administrativ och personlig tid har ej skett.

Medelbehandlingstiderna såsom de framkommer ur frekvensorundersökningen ger ett mått på hur lång tid det tar att utföra ett arbete genomsnittligt i praktiken. I verkligheten kan en behandling komma att ta både längre och kortare tid. En avgörande faktor

är därvid att beräkningarna av behandlingstiderna har fått utföras med utgångspunkt från en normalbehandling. Detta innebär att endast de arbetsmoment tas med som teoretiskt behövs för att utföra en färdig behandlingsåtgärd. Olika tandläkare tillämpar en varierande behandlingsteknik och behöver ett varierande antal patientbesök för att genomföra ett mer omfattande tandläkararbete. Slutligen skall också nämnas att – vilket finns mera i detalj beskrivet i bilaga 1 – grundmaterialet till frekvensorutredningen innehåller en för olika behandlingar varierande tillförlitlighet.

Det ovan anförda har lett fram till att utredningen inte ansett det möjligt att använda samtliga framräknade behandlingstider som direkt underlag för konstruktion av tandvårdstaxans arvodesbelopp. En arbetsgrupp tillsattes med representanter från utredningen och tandläkarkåren för att underkasta behandlingstiderna en erfarenhetsmässig värdering samtidigt som undersökningsresultaten skulle värderas efter de riktlinjer som finns angivna i bilaga 1. Resultatet finns sammanställt i tabell 11.1 där dels de ursprungliga tiderna, dels de av arbetsgruppen justerade tiderna finns intagna. I tabellen har också införts de beräknade arvodena i 1970 års kostnadsnivå efter en metod som senare redogörs för i detta kapitel. Även tjänstetandläkarnas behandlingstider finns medtagna, även om justering där till största delen skett som en procentuell förändring motsvarande de ändringar som skett för privattandläkarnas behandlingstider. Utredningen har utgått ifrån att i första hand privattandläkarnas behandlingstider bör komma i fråga vid konstruktion av tandvårdstaxans arvodesbelopp. Skillnader i patientstruktur och tandläkarålder vad beträffar privatpraktiserande tandläkare och tjänstetandläkare gör att behandlingstiderna inte är helt jämförbara.

Som framgår av tabell 11.1 har justeringarna i de flesta fall lett till uppräkning av tiderna. Anledningen till detta har i vissa fall varit den att man inte med frekvensormetoden kunnat bestämma någon exakt medelbehandlingstid p. g. a. ofullkomligheter i undersökningsmetoden. I många fall beror uppräkningen på att arbetsgruppen anpassat behandlingstiderna till det förhållandet att man vanligen har tidsbeställda patienter. Detta innebär att om frekvensorundersökningen visar på en medelbehandlingstid på 26 minuter och man reserverat 30 minuter för patientbesöket, så har man räknat med att effektivt tandläkararbete på nästa patient kan ske först efter 4 minuter dvs. då nästa patient anländer. Spilltiden beroende på väntetid har således ökats på. För arbeten som kräver tandteknikers medverkan har arbetsgruppen i många fall räknat med ytterligare något patientbesök för provning, justering etc. än vad som anges i frekvensorutredningens behandlingsformler. De justerade tiderna är också så konstruerade att man bortser från att en tandläkare arbetar i två behandlingsrum och parallellt på två patienter.

Utredningen har bedömt det som rimligt att de justerade behandlingstiderna får utgöra en grundval för beräkning av arvodena. De uppräknade behandlingstiderna medför inom samma totala tidsram beräkningsmässigt en lägre produktion jämfört med de ursprungliga tiderna. Vid kostnadskalkylerna över försäkringsreformens kostnader har bägge slagen av behandlingstider kommit till användning (kap. 13.2.1).

11.5 *Arvodesnivå (exkl. tandtekniska arbeten)*

11.5.1 Kostnadsnivå per tandläkartimme

Utredningen har som en utgångspunkt för sina beräkningar av arvodesnivån i tandvårdstaxan sökt bestämma kostnadsnivån per timme såväl i folktandvården som hos privatpraktiserande tandläkare. I fråga om folktandvårdens kostnadsnivå har utredningen utgått ifrån den undersökning av folktandvårdens kostnader 1970 som finns redovisad i bilaga 2. Kostnaderna per timme i vad avser såväl barntandvård som vuxentandvård finns där att tillgå. En sammanställning per kostnadsslag finns intagen i tabell 11.2. Vid beräkningar och jämförelser med privattand-

Tabell 11.1 Medelbehandlingstider i minuter, dels framräknade från frekvensorutredningens resultat, dels justerade (se texten). I tabellen anges också de arvoden i 1970 års kostnadsnivå som ligger till grund för de arvoden som anges i förslaget till tandvårdstaxa. Vid beräkning av arvodesbeloppen har inverkan av latitudarvoden medräknats.

Behandlings-åtgärd		Privattandvård		Folktandvård (vuxentandv.)		Beräknat arvode 1970 kr
		Ursprunglig tid	Justerad tid	Ursprunglig tid	Justerad tid	
I	*Rådfrågning, undersökning m. m.*					
1	Undersökning av akutpatient, konsultation	(10)		(9)		112 kr/t.
2	Undersökning av saneringspatient	10	15	9	14	27
3	Undersökning av revisionspatient	10	10	9	9	18
4	Omfattande undersökning och utredning					112 kr/t.
5	Terapiförslag och kostnadsberäkning	(5)	17	(8)	17	30
6	Skriftligt intyg ang. tand- och muntillstånd	13	10	14	11	21
7	Recept	13	5	14	5	9
8	Remiss	13	10	14	11	21
9a	Röntgenundersökning, en bild	3	3	3	3	6
9b	Röntgenundersökning, varje ytterl. bild vid samma tillfälle	3	3	3	3	6
9c	Röntgenundersökning omf. bägge käkarna	46	48	43	48	85
9d	Röntgenundersökning, bild tagen utanför munnen	–	6	–	6	11
10	Provtagning för laboratorieundersökning					112 kr/t.
II	*Förebyggande åtgärder m. m.*					
11	Information om profylax m. instrukt. och övning	(8)		(8)		112 kr/t.
12	Förnyad instr. vid nytt besök	(8)		(8)		112 kr/t.
13	Individuell kostutredning och kostrådgivning	(8)		(8)		112 kr/t.
14	Avlägsnande av tandsten och överskott samt polering	20		26		112 kr/t.
15	Behandling m. kariesprofylaktiskt preparat					112 kr/t.
III	*Tandkirurgisk behandling, behandling av tandkött m. m.*					
16a	Tanduttagning en tand	15	18	17	20	32
16b	Tanduttagning varje ytterl. tand inom samma käkregion och vid samma behandlingstillfälle	2	6	2	6	10
17	Operativt avlägsnande av en eller flera tänder	33		35		112 kr/t.
18	Tand- och käkkirurgisk behandling inkl. kirurgisk behandling vid tandlossningssjukdom	–		–		112 kr/t.
19a	Efterbehandling	17	10	11	5	18
19b	Mer omf. efterbehandl.					112 kr/t.
IV	*Pulpakirurgisk behandling (rotbehandling)*					
20 a	Primär upprensning av tand med en rotkanal	23	24	22	23	43

Tabell 11.1 forts.

Behandlingsåtgärd		Privattandvård		Folktandvård (vuxentandv.)		Beräknat arvode 1970 kr
		Ursprunglig tid	Justerad tid	Ursprunglig tid	Justerad tid	
b	två rotkanaler	30	30	29	29	53
c	tre rotkanaler	37	36	35	34	64
21	Fortsatt rensning med byte av medikamentöst inlägg	18	18	16	16	32
22	Rotfyllning av tand med					
a	en rotkanal	21	24	15	17	47
b	två rotkanaler	28	30	21	22	57
c	tre rotkanaler	34	36	28	30	70
23	Pulpaamputation	27	24	28	25	43
24	Pulpaöverkappning	6	9	8	10	18
25	Övriga ingrepp i anslutning till pulpakirurgisk behandling					112 kr/t.
V	*Konserverande behandling (tandfyllnad)*					
26	Amalgamfyllning, 1 yta	12–17	15	12–18	15	30
27	Amalgamfyllning, 2 ytor på hörn- och kindtand	22–27	24	21–27	24	44
28	Amalgamfyllning, 2 ytor på oxeltand	22–27	26	21–27	26	47
29	Amalgamfyllning, 3 ytor på kindtand	30–34	30	30–35	31	53
30	Amalgamfyllning, 3 ytor på oxeltand	30–34	35	30–35	35	62
31	Amalgamfyllning, inkl. stiftförankr.	38	50	40	53	90
32	Amalgamfyllning, krona på oxeltand, inkl. stiftförankring	38	60	40	63	109
33	Silikatfyllning, enstaka	23	24	25	26	43
34	Silikatfyllning, flera fylln. vid samma behandlingstillfälle, pr styck	18	18	17	17	32
35	Fyllning av compositematerial, 1 yta	22	24	23	24	43
36	Fyllning av compositematerial, 2 ytor	31	30	24	24	53
37	Stiftförankr.	5	10	3	6	14
38	Prov. fylln.	18	18	(5)	15	20
39	Övr. behandl. moment i samband med fyllningsterapi					112 kr/t.
VI	*Behandling med fast protes (guldinlägg, kronor, broar m. m.)*					
40	Guldinlägg, en yta	88	60	78	53	107
41	Guldinlägg, 2 ytor på fram-, hörn- el. kindtand	87	75	84	72	134
42	Guldinlägg, 2 ytor på oxeltand	87	81	84	78	144
43	Guldinlägg, 3 ytor på fram-, hörn- el. kindtand	87	87	84	84	155
44	Guldinlägg, 3 ytor på oxeltand	87	99	84	96	177
45	3/4 krona	87	99	84	96	177
46	Porslinskrona (jacketkrona) ut. guldpelare	106	148	104	146	265
47	Stiftkrona	93	130	98	137	232
48	Guldkrona med eller utan fasad på fram-, hörn- el. kindtand	94	126	96	129	225
49	Guldkrona med el. utan fasad på oxeltand	94	133	96	135	237

Tabell 11.1 forts.

Behandlingsåtgärd		Privattandvård		Folktandvård (vuxentandv.)		Beräknat arvode 1970 kr
		Ursprunglig tid	Justerad tid	Ursprunglig tid	Justerad tid	
50	Guldkrona med fasad utförd i metallbundet porslin	94	133	96	135	237
51	Gjuten pelare	46	64	43	60	116
52	Amalgampelare inkl. stiftförankring	31	31	33	33	50
53	Hängande broled, per led (tand)	–	87	–	(87)	192
54	Fastsättning av lossnad fasad eller krona	17	17	14	14	30
55	Temporär bro, per led (tand)	3	7	3	7	14
56	Temporär krona	5	10	5	10	20
57	Övriga arbeten el. behandlingsmoment					112 kr/t.
VII	*Behandling med avtagbar protes*					
58	Partiell protes	148	148	112	112	352
59a	Hel överkäksprotes	147	147	115	115	262
b	Hel underkäksprotes	147	147	115	115	262
60	Helprotes	156	218	124	173	460
61	Justering av protes	16		13		
62a	Lagning av protes	19	19	15	15	34
b	Komplicerad lagning av protes	–		–		112 kr/t.
63	Enkel basning av protes	40	40	29	29	72
64	Ny protesbas	50	60	39	46	115
65	Behandling m. mjukblivande plastmaterial, per behandlingsgång	7	15	15	32	29
66	Övriga arbeten el. behandlingsmoment					112 kr/t.
VIII	*Diverse behandlingar*					
67	Behandling av känsliga tandhalsar	12		7		112 kr/t.
68	Studiemodeller	12	20	17	28	35
69	Bettanalys	–				112 kr/t.
70	Bettinslipning	12		9		112 kr/t.
71	Bettskena	43	43	20	20	83
IX	*Övrig terapi*					
72	Övrig terapi					112 kr/t.

vården har genomgående använts kostnad per timme exklusive kostnader för tandtekniska arbeten. Detta värde är mer jämförbart då kostnaden för tandtekniska arbeten beror på vårdens struktur. I undersökningarna måste kostnaderna för tandtekniska arbeten fördelas jämnt över samtliga tandläkartimmar och man får således en högre siffra för folktandvården där en större del av arbetstiden ägnas åt arbeten som fordrar tandteknisk assistans (se bilaga 1).

För privattandvårdens del har utredningen haft tillgång till den utredning som tandläkarförbundet utfört avseende omkostnaderna 1968 i privatpraktik. En uppräkning av undersökningsresultaten till 1970 års nivå har skett efter bedömningar för vilka redogörs i bilaga 3. De genomsnittliga kostnader per timme som på så sätt erhålls har delats upp på olika kostnadsslag. (Från den totala arbetstiden har frändragits tid för administration utanför praktiktid, vilket ej skett i bilaga 3.) Uppställningen finns införd i tabell 11.2 vid sidan av uppgifterna från folktand-

Tabell 11.2 Kostnader i kronor per timme i privatpraktik (PT) och folktandvård (Ftv) 1970. Kostnader för tandtekniska arbeten är ej medräknad. För privattandvårdens del är administration utom praktiktid frånräknad årsarbetstiden. Två alternativ finns beträffande uppräkningen av privattandläkarens lön mellan 1968 och 1970. Alternativ I = 3 %. Alternativ II = 16,4 %.

Kostnadsslag	PT		PT årsarbetstid		Ftv vuxen	Ftv barn
	Alt. I	Alt. II	1 400 – 1 799			
			Alt. I	Alt. II		
Direkta omkostnader						
Personal	17,59	17,59	17,65	17,65	28,41	28,41
Hyra	5,39	5,39	5,42	5,42	7,03	7,03
Förbrukn.mtrl	7,72	7,72	7,32	7,32	7,26	7,26
Värdeminskn.	2,83	2,83	3,83	3,83	2,06	2,06
Avskr. pat. fordr.	0,28	0,28	0,31	0,31	–	–
Övr. kostn.	5,90	5,90	5,93	5,93	10,02	10,02
Summa direkta omkostnader	39,72	39,72	40,46	40,46	54,78	54,78
Tandläkarkostnader						
Pension	5,38	5,38	5,58	5,58	5,67	5,36
Sjukförs.	1,23	1,23	1,26	1,26	1,68	1,52
Personalförmån.					0,27	0,26
Tandläkarens lön	44,12	49,86	44,44	50,20	39,04	36,70
Summa tandläkarkostnader	50,73	56,47	51,28	57,04	46,66	43,84
Kollektiv tandhälsovård						4,19
Summa kostn. exkl. tekn.	90,45	96,19	91,74	97,50	101,44	102,81

vården. För privattandvårdens del har kostnaderna per timme spaltats upp på två kolumner. I den första kolumnen anges genomsnittsvärden för hela undersökningsgruppen. Här finns således heltidsarbetande i privatpraktik, deltidsarbetande lärare och försvarstandläkare, övriga partiellt verksamma samt ifråga om praktikform enmanspraktiker, principaler, assistenter och tandläkare som bedriver sin praktik i bolagsform. Under mätperioden nystartade eller under avveckling varande praktiker innesluts även i denna grupp. Den andra kolumnen innehåller uppgifter beträffande tandläkare som har en årsarbetstid på mellan 1 400–1 799 timmar och som således är mer jämförbar med en heltidsarbetande folktandvårdstandläkare.

Innan en mer detaljerad genomgång av de olika kostnadsposterna görs kan det finnas anledning att söka bedöma i vilken utsträckning det går att jämföra de utredningsmaterial som finns att tillgå beträffande kostnaderna per timme i privattandvård och folktandvård.

Folktandvårdens siffror bygger på bokföringsuppgifter rörande omkostnaderna. Antalet tandläkartimmar är hämtade ifrån såväl den driftsstatistik man avlämnar till socialstyrelsen som från avlöningsuppgifter. Detta bör ge en betydande säkerhet beträffande de lämnade uppgifterna även om vissa huvudmän kan ha haft svårigheter att fördela varje omkostnadspost mellan barn- resp. vuxentandvård i enlighet med undersökningsformuläret.

Omkostnadsundersökningen avseende privattandvården är däremot baserad på ett enkätmaterial där man utgår ifrån deklarationsuppgifter. Antalet tandläkartimmar baserar sig på självredovisning från de tillfrå-

gade tandläkarnas sida. Givetvis kan en enkätundersökning beträffande kostnader av nettointäkter inte nå samma precision som motsvarande undersökning på folktandvårdssidan. Därtill kommer att omkostnadsundersökningen avsåg 1968 och i tabellen angivna siffror således härrör från en uppräkning, vilken ytterligare tillfört materialet en viss osäkerhet.

Utredningen har därför underkastat omkostnadsundersökningen avseende privattandvården ytterligare granskning innan den använts. Det visar sig då att den arbetstid som efterfrågades i omkostnadsundersökningen även skulle omfatta tid för administration av praktiken utanför ordinarie arbetstid. Den tiden finns ej med i uppgifterna enligt årliga anmälan till socialstyrelsen och då den arbetsvolymen används vid vissa beräkningar (se nedan), bör arbetstiden enligt omkostnadsundersökningen reduceras med dylik administrationstid. Med hjälp av frekvensorundersökningens uppgift om tid för administration under praktiktid kan tiden för övrig administration uppskattas till 4,7 %. Totalantalet tandläkartimmar i omkostnadsundersökningen har sedan reducerats med detta procenttal vid fortsatta beräkningar. Denna reducering av timantalet ligger till grund för de beräkningar av kostnaderna per timme som redovisas i tabell 11.2 och som således skiljer sig något från beräkningarna i bilaga 3 genom att timkostnaderna blir högre.

Vid uppräkningen av privattandläkarens lön från 1968 till 1970 används två antaganden (jfr bilaga 3). Först antas att samma lönestegring förelegat som beträffande en 1:e distrikttandläkare dvs. 3 % (alt. I). I vad mån man under tiden 1968–70 tog ut ett större lönepåslag inom privattandläkarkåren går inte att uttala sig om. Som en annan kalkyl kan man räkna med löneutvecklingen på den allmänna arbetsmarknaden vilken i stort motsvaras av den genomsnittliga omkostnadsstegringen för privattandvården (alt. II). Räknas lönen upp på det senare sättet och reducering av arbetstiden sker enligt ovan, får man en timkostnad på 96,19 kr avseende hela privatkollektivet och 97,50 kr för fulltidsarbetande tandläkare. Dessa siffror skall jämföras med 90,45 och 91,74 kr enligt alt. I.

Det kan således konstateras att precisionen är olika för de två omkostnadsundersökningarna som finns sammanfattade i tabell 11.2. Andra faktorer försvårar även jämförelserna mellan folktandvårdens och privattandvårdens kostnadssituation. Sammansättningen i vad avser ålder och kön är helt olika mellan privattandläkarkåren resp. tjänstetandläkarkåren. Medianåldern för privattandläkare är ungefär 44 år, medan medianåldern för tjänstetandläkare är 33 år. En skillnad i genomsnittslön bör därför föreligga mellan privat- och tjänstetandläkare. Inom tjänstetandläkarkåren finns ca 45 % kvinnliga tandläkare medan motsvarande siffra bland privattandläkare är 14 %. Denna köns- och ålderssammansättning hos tjänstetandläkarkåren medför givetvis många tjänstledigheter p. g. a. militärtjänst och graviditet. Inom ett huvudmannaområde med en låg genomsnittsålder hos tandläkarna kan dylika tjänstledigheter uppgå till 6 % av den totala arbetstiden inom distriktstandvården medan dessa tjänstledigheter utgör mellan 2 och 3 % av den totala arbetstiden i ett huvudmannaområde med en något äldre tjänstetandläkarkår. Detta bortfall av tandläkartimmar får betydelse när man räknar ut omkostnaden per tandläkartimme för vissa fasta omkostnader såsom t. ex. hyra.

Detaljredovisningen i tabell 11.2 kan ytterligare behöva kommenteras på några punkter i vad avser jämförelsen mellan privattandvård och folktandvård.

Personalkostnader

När det gäller folktandvården måste man beakta att det ej varit möjligt att särredovisa kostnaderna inom barn- resp. vuxentandvården. Det har vidare gjorts gällande att det behövs ett något högre antal av assisterande personal inom barntandvården för att bl. a. klara den administration som en organiserad

barntandvård medför samt den kollektiva profylaxen.

Privattandläkaren torde också i större utsträckning själv sköta en del löpande praktikadministration jämfört med vad som sker inom folktandvården.

Slutligen bör nämnas att inom folktandvården finns ett formellt krav på att endast examinerade sköterskor kan få anställning. Motsvarande krav finns ej inom privattandvården och proportionen examinerade tandsköterskor eller sköterskor med längre tjänstgöring är där lägre med åtföljande lägre lönenivå.

Hyra

Hyran per tandläkartimme är något högre i folktandvården vilket förklaras med att folktandvårdens utbyggnad under senare år medfört att ett stort antal lokaler är belägna i moderna fastigheter med relativt höga hyror. Folktandvården torde även för sina kliniker ha behov av större lokaler på grund av att man bedriver öppen mottagning och organiserad barntandvård vilket medför krav på bl. a. rymliga väntrum, arkivutrymmen etc.

Förbrukningsmaterial

Kostnaden per timme skiljer sig i stort sett inte. Den lilla differens som finns kan förklaras med att inom folktandvården får man räkna med att viss lageruppbyggnad på nya kliniker finns med i de redovisade siffrorna.

Värdeminskningsavdrag – avskrivning

Folktandvårdens avskrivningstid är 10 år, vilken även i stort sett torde iakttas av privattandläkarna. Posten är delvis en ren bokföringssak där olika principer kan tänkas råda inom privattandvården och folktandvården. Förmodligen innefattar "Övriga kostnader" i folktandvården en del poster som i privatpraktiken bokförs under posten "Värdeminskningsavdrag".

Avskrivna patientfordringar

Dessa redovisas hos privattandläkarna som en omkostnad medan de inom folktandvården medför minskade intäkter och således ej kommer med i denna redovisning.

Övriga kostnader

Innehållet i denna omkostnadspost är inte helt identiskt för privat- resp. folktandvård. Folktandvårdens administration resp. andel i den centrala administrationen ingår för folktandvårdens del i denna omkostnadspost.

Pensionerings- och sjukförsäkringskostnader

Pensioneringskostnaden uträknad per timme skiljer sig inte åt för privat- resp. folktandvården. Privattandläkarens pensionskostnad ger dock inte på denna kostnadsnivå en pensionering jämförbar med tjänstetandläkarnas.

Ej heller sjukförsäkringskostnaderna inom privattandvården ger ett försäkringsskydd jämförbart med folktandvårdens.

Personalförmåner

Inom folktandvården inbegrips i denna rubrik vissa kurskostnader, stipendier, flyttningsbidrag, fria arbetskläder m. m. I den mån motsvarande omkostnader existerar inom den privata tandvården är de bokförda under "Övriga kostnader".

Sammanfattning

En rad faktorer talar för att de ursprungliga siffrorna från omkostnadsundersökningen avseende privattandvården ger en något för låg omkostnad per timme. Andra faktorer pekar på att förhållandena inom folktandvården ej möjliggör en direkt jämförelse mellan privattandvård och folktandvård i vad avser omkostnadssidan. Till detta kommer stora variationer av kostnadsnivån såväl hos enskilda tandläkare som mellan de olika landstingen. Vid en total bedömning av privattand-

vårdens och folktandvårdens kostnader uttryckta som medelkostnader per tandläkartimme har utredningen dock ansett att några stora differenser ej går att påvisa. Som en genomsnittssiffra för kostnaden per timme (exkl. kostnader för tandtekniska arbeten) har utredningen därför ansett att 100 kr är ett acceptabelt värde när det gäller vuxentandvårdens kostnader år 1970.

För att något belysa kostnadsvariationerna hos de enskilda tandläkarna och söka ange hur många tandläkare som har en högre kostnad per timme än den ovan angivna siffran har utredningen från omkostnadsundersökningen bland privatpraktiserande tandläkare (bil. 3) låtit ta fram den procentuella fördelningen av bruttot per timme för den grupp av tandläkare som har en årsarbetstid på 1 400–1 799 timmar. Fördelningen avser de till 1970 uppräknade värdena. Därvid behålls de två förut angivna alternativen för uppräkningen av tandläkarens lön (3 resp. 16,4 %). Arbetstiden är i vad avser 1970 reducerad med tid för administration utanför praktiktid. Fördelningarna finns angivna i tabell 11.3.

Tabell 11.3 Beräknad bruttokostnad per timme 1970 (exkl. teknikerkostnader) för privattandläkare med årsarbetstid 1 400–1 799 timmar. Bruttotalen relateras till den procentuella fördelningen fr. o. m. medianvärdet.
Ang. alternativen se texten.

Procentuellt antal tandläkare	Bruttokostnad per timme 1970, max. kr	
	Alt. I	Alt. II
50	90	96
60	96	102
70	103	109
75	107	113
80	111	118
85	117	124
90	125	133
95	139	147

Som framgår av tabellen kommer enligt det här använda materialet ca 60–70 % av privattandläkarna att täckas in om en kostnadsnivå på 100 kr per timme används som utgångsvärde vid konstruktionen av arvodesnivån. Vid fastställandet av en skälig kostnadsnivå måste en rad faktorer beaktas. Utredningen återkommer under avsnitt 11.5.3 till dessa frågor.

11.5.2 Vuxentandvårdens totala kostnader 1970

För att kunna konstruera en arvodesnivå som i stort sett skall ge vuxentandvården en oförändrad inkomstnivå måste man utgå ifrån vissa uppskattningar av vad vuxentandvårdens totala kostnader uppgår till. Utredningen har stannat för att därvid använda 1970 som basår, eftersom flera undersökningar belyser förhållandena 1970.

Det finns enligt utredningens mening tre olika sätt att bestämma vuxentandvårdens kostnader. Man kan använda 1969 års hushållsbudgetundersökning, de förutnämnda omkostnadsundersökningarna eller en kombination av de företagna arvodes- och frekvensorundersökningarna. De tre tillvägagångssätten skall här närmare kommenteras.

Hushållsbudgetundersökningen

Hushållsbudgetundersökningen utfördes av statistiska centralbyrån och avsåg förhållanden 1969. Uppgifter om tandvården togs in dels vid den detaljerade bokföringen under 1 månad, dels under 2 månader om utgiften översteg 25 kr.

Utgifter för tandvård utförd inom folktandvården redovisas till totalt 59,95 milj. kr. Enligt allmän hälso- och sjukvård 1969 var patientavgifterna i folktandvården under detta år 53,06 milj. kr.

För privattandvården redovisas 623,61 milj. kr. Uppräknat till 1970 års nivå (5 %) får man en kostnad på ca 655 milj. kr.

Som tidgare påpekats bör kostnaderna för tandtekniska arbeten ej ingå vid de olika beräkningar som skall ligga till grund för bestämmandet av arvodesnivån. Uppgifter om totalkostnader för tandtekniska arbeten inom privattandvården kan räknas fram dels från omkostnadsundersökningen, dels med hjälp av frekvensorundersökningens produk-

tionssiffror och Sveriges Tandteknikers Riksförbunds uppgifter om priser på tandtekniska arbeten. Bägge beräkningarna ger som resultat att kostnaderna 1970 för tandtekniska arbeten inom privattandvården uppgick till ca 70 milj. kr. Med hushållsbudgetundersökningen som utgångspunkt skulle således kostnaderna för privattandvården exkl. tandtekniska arbeten ha uppgått till ca 585 milj. kr år 1970.

Enligt uppgift från statistiska centralbyrån har en tillförlitlighetsundersökning utförts beträffande hela avdelningen hälso- och sjukvård. Denna visade en god tillförlitlighet, men undersökningen säger inget om tillförlitligheten hos de enskilda delposterna som t. ex. tandvård.

Beträffande tandvården kan dels slumpfel, dels systematiska fel förekomma trots att hela posten hälso- och sjukvård visar god tillförlitlighet. Slumpfelen skulle i så fall hänföras till den stora kostnadsvariation som kan förekomma mellan olika behandlingar och till det faktum att omfattande tandvård inte behandlats som "kapitalvara" och registrerats hela året. Det systematiska felet hänförs till vad man kan anta om att uppgiftslämnarna medvetet eller omedvetet skulle noterat tandvårdsposten för hög eller för låg. Den relativt goda överensstämmelsen på folktandvårdssidan talar dock för att något större systematiskt fel ej torde föreligga. En felaktig uppskattning på folktandvårdssidan kunde dock som nämnts påvisas vid jämförelse med de bokförda patientavgifterna. Detta fel uppgick till 11 % men får anses ligga inom godtagbara, slumpmässiga felmarginaler för den undersökningsmetod som används. Slumpmässiga fel kan givetvis föreligga också beträffande uppgifterna om privattandvården.

Omkostnadsundersökningarna m. m.

Som framgår av bilaga 2 utgjorde folktandvårdens bruttokostnader 1970 för vuxentandvården 124 milj. kr. Till detta kommer kostnader för tandtekniska arbeten, vilka för 1970 uppgick till 31 milj. kr. Dessa belopp ger de timkostnader som finns redovisade i tabell 11.2.

Om man söker få fram motsvarande belopp från omkostnadsundersökningen avseende privattandvården, måste först arbetstiden i privattandvård 1970 kunna anges. Att beräkna totala antalet tandläkartimmar 1970 med utgångspunkt i omkostnadsundersökningens stickprov 1968 är en mycket osäker metod. Som omnämns i kap. 4 har socialstyrelsen på utredningens uppdrag genomfört en analys av uppgifterna i den s. k. årliga anmälan i vad avser arbetstiden i privattandvård 1971. Enligt socialstyrelsens bedömning bör man för nämnda år räkna med 5 162 000 arbetstimmar utförda av privatpraktiserande tandläkare. Vid överförande av denna uppgift till 1970 års nivå – motsvarande analys av årliga anmälan 1970 kan ej utföras i efterhand – måste man beakta att konjunkturdämpningen även påverkat efterfrågan på tandvård inom privattandvården och att nyetablering av privatpraktiker knappast förekommit enligt tillgängliga uppgifter. Utredningen har stannat för att använda samma antal tandläkartimmar i privatpraktik för 1970 som för 1971 och därvid avrundat denna siffra till 5,2 milj. tandläkartimmar.

I omkostnadsundersökningen finns uppgift om den genomsnittliga omkostnaden för olika tandläkare med skilda årsarbetstider. Eftersom uppgiften om antalet tandläkartimmar hämtas från annat material än omkostnadsundersökningen bör en genomsnittlig kostnad per tandläkartimme användas vid beräkning av totalkostnaden istället för genomsnittskostnader för olika årsarbetstider enligt omkostnadsundersökningen.

Används den i avsnitt 11.5.1 angivna omkostnaden av 100 kr per timme, får man en total kostnad för privattandvården 1970 som exkl. kostnader för tandtekniska arbeten uppgår till 520 milj. kr.

Däremot kan man sålunda inte räkna fram privattandvårdens totalkostnad 1970 direkt med hjälp av den i bilaga 3 redovisade omkostnadsundersökningen.

Kalkyl med hjälp av frekvensor- och arvodesundersökningarna

Frekvensorundersökningen ger inte någon direkt upplysning om hur stor produktionen är av olika tandvårdsåtgärder. Indirekt kan dock vissa skattningar utföras. Tekniken har därvid varit följande.

För var och en av de rubriker som finns medtagna i förslaget till tandvårdstaxa har frekvensen – uttryckt som procent av total arbetstid – bestämts. Även om frekvensorundersökningen aldrig avsåg att kunna ange fördelningen av arbetstiden så detaljerat som krävs för dessa beräkningar, kan man – som framgår av bilaga 1 – med relativt stor säkerhet ange arbetstidens fördelning på de olika avdelningarna inom tandvårdstaxan. För att kunna ange den procentuella fördelningen av arbetstiden för varje taxerubrik tvingas man däremot att använda procentsiffror från frekvensorundersökningens undergrupper vilka har en stor statistisk osäkerhet. I vissa fall måste också fördelningen ske med hjälp av uppgifter från patientkorten i frekvensorundersökningen. Ytterligare en komplikation är att frekvensorundersökningen enbart ger uppgifter om arbetstidens fördelning hos tandläkare som arbetar minst 30 timmar i veckan. Vid de här företagna beräkningarna över totalkostnaderna måste man därför förutsätta att samma vårdstruktur föreligger beträffande de tandläkare som arbetar mindre än 30 timmar i veckan.

De nämnda faktorerna innebär sålunda att en kalkyl över totalkostnaderna med användande av frekvensorundersökningens resultat som en utgångspunkt får anses innehålla många osäkerhetsfaktorer. Då arbetstidens fördelning per huvudgrupp i taxan kan anges med relativt stor säkerhet har det dock ansetts befogat att utföra kalkylen och jämföra den med övriga uppgifter. Metoden är följande.

Sedan väl varje rubrik i taxan åsatts en viss procentandel av total arbetstid fördelas de 5,2 milj. timmar som privattandvården anses ha omfattat 1970. För varje procenttal finns ett påslag för tid som åtgår till förberedelse av behandling, väntetid på patient, byte av patient, journalföring och terapiplanering. Procenttalet och därmed uträknad del av total arbetstid överensstämmer således med de behandlingstider som räknats fram för varje behandling. Däremot ingår inte personlig tid och tid för administration. Samtliga av de 5,2 milj. timmarna kommer således inte att gå åt när antalet behandlingar räknas fram. För privattandvårdens del blir resultatet att 89,5 % av arbetstiden återstår att fördela på olika behandlingar sedan avdrag gjorts för administration och personlig tid.

Varje rubrik i tandvårdstaxan kommer genom den beskrivna metoden att erhålla ett visst antal timmar. Med hjälp av behandlingstiden i minuter för varje åtgärd (enligt de justerade behandlingstider som finns i tabell 11.1) är det möjligt att räkna ut hur många behandlingsåtgärder som kan ha utförts inom den givna tidsramen. Detta antal multipliceras sedan med uppgifter från arvodesundersökningen (i detta fall har medelvärdet för varje arvodesrubrik använts). För de behandlingsåtgärder som enligt utredningens förslag skall tidsdebiteras används i stället direkt antalet timmar och arvodesundersökningens uppgift om timarvode. I de fall då behandlingen även inrymmer tandtekniskt arbete har arvodet minus kostnaden för tandtekniskt arbete använts (se bil. 4).

Utredningen har låtit genomföra den angivna kalkylen. Man finner då att privattandvårdens patientintäkter 1970 skulle ha uppgått till ca 594 milj. kr. En motsvarande kalkyl på folktandvårdssidan ger 141 milj. kr – att jämföra med de 124 milj. kr som finns redovisade i bilaga 2 som folktandvårdens kostnader för vuxentandvården 1970.

Sammanfattning

De undersökningar som utredningen haft möjlighet att använda vid sina bedömningar av kostnaderna för vuxentandvården 1970 ger som resultat för privattandvårdens del att kostnaderna kan uppskattas ligga emellan 520 och 594 milj. kr exkl. kostnaderna för tandtekniska arbeten.

Kostnaderna för folktandvårdens vuxentandvård uppgick enligt bil. 2 till 124 milj. kr exkl. kostnader för tandtekniska arbeten.

11.5.3 Fastställande av enskilda arvodesbelopp

En väsentlig utgångspunkt när det gäller att konstruera en tandvårdstaxa och fastställa dess arvodesbelopp måste vara att det genomsnittligt sett måste löna sig lika mycket för en privatpraktiserande tandläkare att utföra alla typer av behandlingar. Uppkommer väsentliga snedheter i vad avser ersättningen för olika typer av tandvårdsåtgärder, föreligger alltid en risk att detta på sikt kan påverka tandläkarna när det gäller att föreslå lämpliga behandlingsåtgärder. Erfarenheter av tandvårdsförsäkring i utlandet kan enligt vad utredningen inhämtat bl. a. genom sitt studiebesök i England bestyrka ett sådant resonemang.

Utredningen har vid konstruerandet av de olika arvodesbeloppen utgått ifrån de behandlingstider som erhållits från frekvensorutredningen. Som tidigare omnämnts har dessa tider blivit föremål för vissa justeringar (se tabell 11.1). De förändrade tiderna har fått utgöra underlag för ett relationstal som åsatts varje rubrik i taxan. Dessa relationstal är alltså baserade på den tid som bedömts som skälig för att utföra de olika arbetena. Samtliga relationstal har vidare genomgåtts med hänsyn till det inbördes förhållandet mellan dem, varvid vissa jämkningar skett i syfte att få riktiga proportioner mellan taxearvodena för olika åtgärder. Framtagandet och avvägningen av relationstalen har varit ett omfattande detaljarbete, där utredningen erhållit hjälp från en arbetsgrupp med bl. a. representanter för tandläkarförbundet.

Relationstalen har därefter översatts till direkta arvodesbelopp inom en total kostnadsram (exkl. tandtekniska arbeten). Utredningen har med utgångspunkt i ovan angivna överväganden stannat för den kostnadsram som erhålls om en kostnadsnivå på 100 kronor timmen appliceras på 5,2 milj. timmar. Totalsumman blir då 520 milj. kr. Timkostnaden motsvarar genomsnittet för folktandvårdens vuxentandvård 1970 och timtalet har beräknats på grundval av uppgifter från socialstyrelsen (se 11.5.2).

Vid översättandet av relationstalen till arvodesbelopp har också tagits hänsyn till att totalutfallet påverkas av utredningens förslag om latituder för en rad av taxans rubriker. Avsikten är att man för det övervägande antalet behandlingar skall tillämpa normalarvodet som ett högsta arvode. Endast i ett mindre antal fall skall stegen inom latituderna användas och därvid för de behandlingar som beträffande sitt innehåll och sin tidsåtgång klart avviker från en normal behandling. Olika antaganden kan därvid göras om i vilken utsträckning som de olika stegen inom latituderna kan behöva bli utnyttjade. Genomförda beräkningar tyder på att totalutfallet kommer att stiga med 3 till 4 % genom latitudernas inverkan.

För en antagen kostnad av 520 milj. kr och med beaktande av latitudernas inverkan kan de arvodesbelopp räknas fram som anges i sista kolumnen av tabell 11.1. Metoden för beräkningen är densamma som ovan angetts under 11.5.2. Beloppen uttrycks i 1970 års nivå. Genom att låta inverkan av latituderna vägas in vid framräknandet av arvoden inom den antagna kostnadsramen på 520 milj. kr blir arvodesbeloppen något lägre än vid en beräkning efter behandlingstid och timkostnad.

Utredningen övergår härefter till att jämföra de framräknade arvodena som de anges i tabell 11.1 med de enligt arvodesundersökningen (bil. 4) uppgivna arvodena. Någon tillförlitlighetstest av arvodesundersökningen är aldrig utförd. Man vet således ej i vilken utsträckning som justeringar av arvodena uppåt eller nedåt tillämpas. Genom att fråga om normalarvode, lägsta och högsta arvode försökte man dock få en uppfattning om detta. Man vet också att paketpriser många gånger tillämpas. I kommentaren till de olika arvodesbeloppen finns närmare angivet hur man i många fall inkluderar ersättning för olika delbehandlingar i ett gemensamt arvodesbelopp (se bilaga 4). Effekten av detta ger

arvodesundersökningen ingen upplysning om. Olika arvoden uppvisar en varierande spridning och statistisk säkerhet. Detta finns i detalj kommenterat i undersökningsrapporten.

Sammanfattningsvis kan sägas att arvodesundersökningen säkerligen ger en god bild av arvodesnivån för de flesta enskilda arbeten – utförda som separata ingrepp – men den ger ingen upplysning om hur dessa arvoden tillämpas vid beräkning av kostnaden för en hel behandlingsomgång.

Utredningen har närmare granskat hur arvodesbeloppen i tabell 11.1 överensstämmer med de medelvärden för olika arvoden som finns angivna i arvodesundersökningen. Särskilda fördelningslistor har därvid tagits fram för varje arvodesrubrik, så att man direkt kan utläsa hur stor procent av undersökningsgruppen som uppgett ett visst arvode. Jämför man de föreslagna arvodesbeloppen med arvodesundersökningens finner man att ca 50 % av arvodena i genomsnitt täcks in.

Detta är ett mot fördelningen av behandlingstiden och antal utförda behandlingar vägt medeltal. Föreslagna arvoden skulle således ligga på en sådan nivå att man kan anta att omkring hälften av tandläkarna skulle få möjlighet att med tandvårdstaxans maximibelopp ta ut minst de arvoden som de uppger att de tillämpar om en uppräkning till aktuellt år genomförs. Enligt bearbetningar av arvodesundersökningen synes nämligen arvodesnivån för olika typer av behandlingar vara i stort densamma för enskilda tandläkare. Dessa uppgifter kan jämföras med täckningsprocenten enligt tabell 11.3 i det föregående, som bygger på omkostnadsundersökningen och avser inarbetat brutto och kostnad per timme.

Vid bedömningen av arvodesnivån måste man även försöka beakta hur tandvårdstaxan kommer att påverka den enskilde tandläkarens inkomstsituation. Som tidigare berörts ger själva arvodesundersökningen ett dåligt begrepp om hur man använder de angivna arvodena då det gäller att fastställa kostnaden för en behandlingsomgång som innehåller ett stort antal enskilda behandlingsåtgärder. Den föreslagna tandvårdstaxan möjliggör för en tandläkare att efter taxans maximibelopp debitera patienten för varje enskild behandlingsåtgärd och i vissa fall enskilda behandlingsmoment. Genom att många åtgärder även föreslås bli debiterade efter tidsåtgång kan man även tänka sig att vissa behandlingar blir bättre och mer rättvisande ersatta än efter nuvarande praxis med ett rent styckepris.

Tandvårdstaxans effekter i detta avseende är svåra att direkt uppskatta men måste enligt utredningens uppfattning beaktas vid en jämförelse mellan föreslagna taxebelopp och de arvoden som arvodesundersökningen uppvisar.

11.5.4 Individuell taxebindning

I det föregående har utredningen kommit fram till att en generell, bindande tandvårdstaxa bör läggas på en nivå som i 1970 års kostnadsläge motsvarar 100 kr per timme brutto (exkl. teknikerkostnad). En jämförelse mellan taxans arvodesbelopp (tab. 11.1) och de arvoden som uppgavs vid arvodesundersökningen visar, som tidigare nämnts, att ca 50 % av tandvårdstaxans belopp ligger under de uppgivna arvodena för en genomsnittstandläkare. Arvodesundersökningen innehåller dock osäkerheter, och de debiteringsprinciper på vilka de uppgivna arvodena grundar sig avviker till en del från dem i tandvårdstaxan. Jämförelsen blir därför svårtolkad och behäftad med stor osäkerhet.

Gör man istället jämförelsen med uppgifterna i tabell 11.3 finner man att närmare 70 % av de praktiserande tandläkarna kan beräknas nå upp till ett brutto per timme som motsvarar tandvårdstaxans arvodesnivå (eller ca 60 % vid alternativ II beträffande uppräkningen av tandläkarens lön). En svårighet är dock att med någon större exakthet kunna bestämma vilket inarbetat brutto som tandvårdstaxan möjliggör.

En inte obetydlig del av de privatpraktiserande tandläkarna hade alltså en högre timkostnad än den på vilken tandvårdstaxan

föreslås grundad. Motsvarande gällde f. ö. beträffande folktandvårdens vuxentandvård. Till en del torde detta bero på högre omkostnader (för hyra, personal etc.).

Det är uppenbart att ett antal praktiker kan få svårigheter att ansluta sig till försäkringen. Är man – som utredningen uttalat sig för i kap. 9 – inställd på att pröva en frivillig anslutningsform för de privatpraktiserande tandläkarna, kan man rentav riskera att anslutningen blir otillräcklig i varje fall på kortare sikt, om inga särskilda åtgärder vidtas.

En generell höjning av taxans arvodesbelopp får anses utesluten redan av kostnadsskäl – för både patienter och försäkring. Det kan beräknas att det debiterade beloppet för tandvård inom privattandvården uttryckt i 1970 års priser och vårdvolym skulle stiga med drygt 125 milj. kr (exkl. tandtekniker-kostnader) om man t. ex. skulle täcka 75 % av de uppgivna arvodena. I samma mån som en sådan maximitaxa utvecklades till en normtaxa skulle man kunna medverka till arvodeshöjningar för flertalet tandläkare. För folktandvårdens del skulle allvarliga risker uppstå för att tandläkare skulle sluta sin tjänstgöring och etablera sig som privatpraktiker. Av samma orsak skulle det bli svårt att nyrekrytera tandläkare till folktandvården. Hela utbyggnaden skulle därmed kunna äventyras.

Utredningen föreslår i stället att möjligheter öppnas till en individuell arvodesbindning för de tandläkare som kan visa att de har en arvodesnivå som överstiger den som ligger till grund för tandvårdstaxans maximiarvoden. Taxebeloppen bör i sådana fall kunna få överskridas med upp till 20 %. Särbestämmelsen bör begränsas till de tandläkare som f. n. bedriver privatpraktik. För dem som i framtiden övertar en privatpraktik eller nyetablerar sig anser utredningen det skäligt att detta sker på ett sådant sätt att omkostnaderna ligger i nivå med de omkostnader för vuxentandvården som folktandvården genomsnittligt uppvisar.

Den föreslagna anordningen tar sikte på praktiker med höga omkostnader, däremot inte på praktiker som genom en hög arvodesnivå kan minska sin arbetstid mera väsentligt. Utredningen har därför ansett att den föreslagna möjligheten till individuell taxebindning i princip endast bör stå öppen för dem som har en årsarbetstid på minst 1 600 timmar. Särskilda skäl t. ex. i form av militärtjänst, sjukdom och omfattande facklig verksamhet bör kunna medföra undantag från denna regel. Likaså bör annan tandläkarverksamhet i form av lärartjänst eller tjänst som försvarstandläkare få medräknas vid fastställandet av årsarbetstiden.

Underlaget för bedömningen av möjligheten till individuell taxebindning bör vara så aktuellt som möjligt. Underlaget föreslås därför grunda sig på uppgifter från 1972 beträffande arvodesnivå och årsarbetstid. Bestämmelserna kommenteras ytterligare i kap. 14.

Avsikten är att den som kan visa att han haft minst 5 procents högre arvodesnivå än den taxenivå om 100 kr per timme – uppräknad till 1972 års kostnadsnivå – som utgör basen får rätt att höja maximitaxans arvodesbelopp med 5 %. På motsvarande sätt får den som haft 10–14 procent högre arvodesnivå höja med 10 %, den som har haft 15–19 procent högre arvodesnivå får höja med 15 % och den vars arvodesnivå överskrider taxans nivå med 20 procent eller mer får höja med 20 %.

Merkostnaderna för den individuella taxebindningen kan antas bli avsevärt mindre än för en allmän höjning av taxenivån.

Genom att möjligheter till individuell taxebindning begränsas till nuvarande praktiker torde risken för överströmning av tandläkare från folktandvården till privatpraktik i huvudsak bli undanröjd.

Det kan påpekas att tillgängligt material tyder på att ca 15–20 % av praktikerna haft en större bruttoinkomst per timme än taxenivån höjd med 20 %. Sådana tandläkare kan vid anslutning till försäkringen komma att få göra en viss kostnadsanpassning.

Kombineras den generella tandvårdstaxan med möjlighet till individuell taxebindning på här angivet sätt, anser sig utredningen ha

anledning räkna med att en allmän anslutning av tandläkare till försäkringen kommer till stånd redan från början.

11.5.5 Arvodesbelopp för specialister

Tandläkare har möjlighet att erhålla behörighet såsom specialist inom ämnesområdena barntandvård, rotbehandling, tandsystemets kirurgiska sjukdomar, tandlossningssjukdomar och tandreglering. Det fanns vid årsskiftet 1971/72 drygt 300 tandläkare som innehade specialistkompetens. Av dessa bedrev 50 privatpraktik medan 47 vid sidan av privatpraktik även innehade tjänst inom folktandvården eller vid odontologisk fakultet. Resten, den övervägande delen, tjänstgjorde helt inom den offentliga tandvården.

Som framgår av dessa siffror är de flesta specialisterna verksamma inom folktandvården. Huvudmännen arbetar med att bygga ut sin specialisttandvård. Under tiden pågår en utredning om specialistvården, vilken tillsatts av socialstyrelsen och universitetskanslersämbetet. Denna utredning skall bl. a. se över frågan hur många specialister och specialiteter som behövs inom tandvården. Specialisttandvårdens organisation skall även behandlas av specialistutredningen.

Givetvis skall också de privatpraktiserande specialisttandläkarna kunna ansluta sig till tandvårdsförsäkringen. Utredningen har behandlat frågan om det fordras någon speciell utformning av tandvårdstaxan för att täcka specialisternas verksamhet.

Tandvårdstaxans rubriker och arvoderingsprinciper är utformade i första hand med tanke på allmäntandläkaren. När specialisttandläkaren arbetar inom sin specialitet, tillämpar han till en del andra arvoderingsprinciper och en mer differentierad rubriksättning inom de delar av tandvårdstaxan som direkt berör specialiteten. Härigenom anses remisspatienterna, dvs. de som erbjuder speciella vårdproblem, kunna debiteras på ett rättvisande sätt, och samtidigt får specialisten utdelning för sin större kunnighet och skicklighet.

Utredningen har övervägt om man för specialisterna skall införa en speciell tandvårdstaxa i vad avser behandlingar som faller inom deras specialitet. Även om inte alla specialister arbetar uteslutande inom sin specialitet torde man allmänt kunna påstå att specialisten tar hand om svårare fall än allmänpraktikern, ofta efter remiss från den senare. Den snabbare och säkrare behandlingen genom specialisten bedömer utredningen som fördelaktig från försäkringsekonomisk synpunkt. Det synes därför inte oskäligt att generellt medge en högre arvodesnivå för specialister. Specialistens bruttointäkt torde också ligga genomsnittligt högre än allmänpraktikerns bl. a. för att täcka in kostnader för dyrare utrustning, fler assisterande personer samt egen utbildning. Utredningen föreslår därför att de nu inom privattandvården verksamma specialisterna får möjlighet att utan särskild prövning använda tandvårdstaxans arvoden höjda med 20 % genom individuell taxebindning. Detta bör gälla även sådana privatpraktiker som avslutar sin specialistutbildning under taxans giltighetstid. Dessa anordningar är enligt utredningens mening tillräckliga för att tandvårdstaxan i föreslagen utformning även skall kunna tillämpas av specialisterna. Man får därtill räkna med att en specialist p. g. a. ett större antal fall med komplicerade vårdproblem kommer att få tillämpa de högre latitudarvodena inom sin specialitet i större utsträckning än allmänpraktikern.

De nyss nämnda bestämmelserna har föreslagits i avvaktan på resultatet av specialistutredningen. Det har diskuterats i vad mån tandläkare som har speciell utbildning i protetik skall få tillämpa den högre taxan. Då detta ämnesområde i vart fall inte ännu är en erkänd specialitet, har utredningen inte ansett sig böra föreslå en sådan lösning. De här åsyftade tandläkarnas användande av latituderna torde försäkringskassan få ta ställning till från fall till fall.

11.6 *Arvodesbelopp för tandtekniska arbeten*

De tandtekniska arbetena har sammanförts i en särskild avdelning B i förslaget till tandvårdstaxa. De tandtekniska arbeten som finns upptagna i denna förteckning har genomgående fått en numrering som ansluter sig till numreringen inom avdelning A.

Vid debitering av tandtekniska arbeten följer det övervägande antalet tandtekniska laboratorier den riktprislista som Sveriges Tandteknikers Riksförbund utger. Riktprislistan omfattar numera hela landet. Till grund för de angivna priserna ligger omkostnadsundersökningar som riksförbundet låtit genomföra regelbundet och som omfattar ett mindre antal laboratorier av olika storlek. Den senaste undersökningen utfördes 1970. Riktprislistan förnyas varje år varvid en uppräkning sker med utgångspunkt från löneförhöjning och andra omkostnadsstegringar.

Prislistan är så uppbyggd att ett stort antal arbetsmoment för tandtekniska arbeten finns angivna. Dessa arbetsmoment kombineras till ett slutpris som avser det utförda arbetet. Orsaken till en sådan uppbyggnad är att arbetsgången för att utföra ett tandtekniskt arbete till viss del beror på den arbetsmetod som tandläkaren tillämpar t. ex. i fråga om avtrycksteknik. Kostnaden för ädelmetaller, prefabricerade tänder etc. ligger utanför riktprislistans priser.

Utredningen har bedömt det som omöjligt att tillämpa en sådan prislista, om patienterna ur tandvårdstaxan klart skall kunna utläsa vilken nettoavgift de skall erlägga. Avdelning B i taxan upptar – i stället för arbetsmoment – tandtekniska arbeten som skiljer sig åt genom olikheter i utförandet. Den varierande arbetsgång som kan tänkas ligga bakom dessa färdiga tandtekniska produkter får i stället vägas in i paketpriserna. Utarbetandet av denna förteckning har utförts av en arbetsgrupp där representanter från utredningen och tandteknikernas organisation ingått.

För varje rubrik har sedan med hjälp av riktprislistan ett arvode uträknats. Varierande arbetsmetoder för att framställa ett tandtekniskt arbete har därvid vägts in med hjälp av uppgifter från produktionsstatistiken hos några laboratorier i vad avser tandläkarnas arbetsmetoder. Teknikerarvodena har räknats fram i 1970 års kostnadsläge.

Vid fixeringen av taxebeloppen för de tandtekniska arbetena måste dock beaktas att rabatter f. n. lämnas i stor utsträckning på de i riktprislistan angivna beloppen. Utredningen lät genomföra en undersökning hos 14 slumpmässigt utvalda landsting beträffande de rabatter som landstingen erhöll under 1972 vid upphandling av tandtekniska arbeten från kommersiella laboratorier. Av svaren framgick att man erhöll rabatter som varierade mellan 10 och 38 % med ett medelvärde på 26 %. Vid bedömningen av detta resultat måste beaktas att landstingen vanligen köper upp endast vissa typer av tandtekniska arbeten, att man ofta förbinder sig att köpa upp en viss kvantitet och att ibland vissa arbetsmoment utförs vid folktandvårdens egna laboratorier.

I fråga om de rabatter som privattandläkare kan erhålla kan nämnas att statens pris- och kartellnämnd 1967 utförde utredning om bl. a. listprisföljsamheten inom dentallaboratoriebranschen. Den genomsnittligt lämnade rabatten uppgick till 10 %. Rabatteringen varierade geografiskt och spännvidden i variationerna var mellan 3 och 27 %. Sedan undersökningen genomfördes har en viss strukturförändring skett inom laboratoriebranschen varför resultaten ej torde kunna överföras till dagens situation.

Utredningen har även tagit del av en under 1971 utförd enkätundersökning bland tandläkare inom Tandläkartjänst beträffande erhållna rabatter på tandtekniska arbeten. Enkäten besvarades av 86 tandläkare. Rabatternas storlek varierade mellan 0 och 30 %. Av de svarande uppgav 40 att de erhöll mellan 10 och 15 % i rabatt. Medelvärdet för gruppen blir 15 %. Det bör påpekas att undersökningen inte omfattar något slumpmässigt urval av tandläkare.

Sveriges Tandteknikers Riksförbund har

Tabell 11.4 Kostnadsjämförelse mellan folktandvårdens tandtekniska laboratorier och de privata laboratorierna. Siffrorna för folktandvården är hämtade från undersökningen om folktandvårdens kostnader 1970 (bil. 2); för de privata laboratorierna kommer uppgifterna från Sveriges Tandteknikerförbunds lönsamhetsutredning 1970.

Omkostnadspost	Kostnad i kronor per tandteknikertimme	
	Genomsnitt för folktandvårdens laboratorieverksamhet	Genomsnitt för privata laboratorier
Personalkostnader: tandteknikerpersonal	18,90	21,31
Personalkostnader: övrig personal samt administrationskostnader	2,39	7,33
Materialkostnader (inkl. inventarier, avskrivningar och räntor men exkl. ädla metaller, prefabr. tänder m. m.)	3,06	5,38
Övriga kostnader	2,41	4,45
Riskersättning för i rörelsen insatt kapital	–	1,03
Summa	26,76	39,50

självt uppskattat att den genomsnittliga rabatt man lämnar på riktprislistan uppgår till 8 % varvid kassarabatten är inkluderad.

För att kunna ta ställning till arvodesnivån inom tandvårdstaxans avdelning B har utredningen även låtit sammanställa en jämförelse mellan omkostnaderna per tandteknikertimme i folktandvården och hos de privata laboratorierna (tabell 11.4). Uppgifterna om folktandvården kommer från utredningen om folktandvårdens kostnader (bilaga 2). Siffrorna från de kommersiella laboratorierna är hämtade från den omkostnadsundersökning som tandteknikernas riksförbund utfört 1970 och som ligger till grund för riktprislistan. Inom folktandvården föreligger relativt stora variationer beroende bl. a. på i vilken utsträckning som huvudmannen byggt ut sin laboratorieverksamhet och vilken reservkapacitet man håller sig med. De privata laboratoriernas omkostnader påverkas av att man tvingas hålla en viss överkapacitet för att kunna utföra tandtekniskt arbete utan alltför stor väntetid. Efterfrågan på tandtekniska arbeten uppvisar en stor säsongvariation.

Utredningen har ansett att de rabatter som idag lämnas bör inkluderas i tandvårdstaxans priser. Vid taxesättningen bör vidare beaktas att ett införande av en tandvårdsförsäkring enligt utredningens förslag kommer att leda till en större och jämnare efterfrågan på tandtekniska arbeten. Det senare förhållandet kommer att leda till att laboratoriernas reservkapacitet kommer att utnyttjas i större utsträckning.

Mot den angivna bakgrunden finner utredningen att rabatterna på tandtekniska arbeten kan uppskattas till minst 15 % i genomsnitt. Detta bör lämpligen beaktas vid uppräkningen av 1970 års priser till 1973 års kostnadsnivå.

De av utredningen framräknade maximiarvodena för tandtekniska arbeten finns införda under avdelning B i förslaget till tandvårdstaxa (se författningsförslaget).

I samband med att tandtekniska arbeten görs ersättningsberättigade inom försäkringen finns det enligt utredningens åsikt anledning till att ta upp frågan om garantitider för tandtekniska arbeten, kravspecifikationer på använda material samt någon form av varudeklaration beträffande det utförda arbetet. Utredningen räknar med att socialstyrelsen tar upp dessa frågor i samarbete med representanter för tandteknikerna och tandläkarna.

11.7 *Patientavgift och försäkringsandel*

När det här talas om ersättningsnivå avses den del av kostnaderna enligt tandvårdstaxan som skall falla på försäkringen. För att försäkringen skall ge ett acceptabelt ekonomiskt skydd bör denna andel enligt utredningens mening inte vara mindre än 50 %. Det bör erinras om att de patientavgifter som blev resultatet av de senaste ändringarna av folktandvårdstaxan i stort sett medförde denna nivå. Av skäl som framgår av kap. 13 – kostnaderna och försäkringens tänkbara inverkan på vårdefterfrågan – bör å andra sidan ersättningsnivån generellt sett inte vara högre än 50 %. Åtminstone inte i försäkringens inledningsskede. På vardera av försäkringsandel och patientavgift bör således i princip falla hälften av kostnaden enligt taxan.

En särskild fråga är om patientavgiften bör vara densamma i folktandvården och hos privatpraktiserande tandläkare. Utredningen finner det naturligt att så blir fallet, eftersom det generellt sett inte torde föreligga några påtagliga skillnader mellan dessa vårdformer i fråga om vare sig kostnader eller kvalité. Hos praktiker med individuell taxebindning bör dock patientavgiften i princip utgöra 50 % av det högre arvodet.

I enlighet med sina direktiv har utredningen övervägt om patientavgiften skulle kunna få formen av en enhetsavgift för olika behandlingar. Härigenom skulle man kunna uppnå en utjämning av patientkostnader för mera omfattande och mindre omfattande behandlingsåtgärder.

Utredningen har inte funnit det vara realistiskt att föreslå ett system med enhetsavgift. Arvodena i tandvårdstaxan är utformade som styckpriser (med eller utan latitud) eller timarvoden. Det förefaller naturligt att patientavgiften – liksom försäkringsersättningen – följer samma mönster. Avgiften bör alltså vara 50 % av styckpriset resp. arvodet för den åtgångna behandlingstiden, försäkringsandelen likaså.

Den utjämningstanke som ligger i direktiven bör emellertid kunna tas till vara på annat sätt. Otvivelaktigt finns behov av att kunna bereda patienter med stora tandvårdskostnader en extra lättnad. Det kan ske genom att öka procentsatsen för försäkringsandelen i den mån kostnaden överskrider en viss gräns.

Givetvis kan en sådan konstruktion medföra en viss risk för att den försäkrade samlar på sig ett större vårdbehov. Denna risk får dock anses väga mindre tungt än fördelarna med den antydda regeln. Det kan f. ö. påpekas att en regel med den angivna innebörden torde få mindre vårdstyrande effekter än t. ex. ett system med högre försäkringsandelar för vissa taxerubriker och lägre för andra.

Utredningen föreslår att försäkringsandelen bestäms till 50 % av kostnaden för tandläkararvode (hygienistarvode) och teknikerarbete men att, i den mån kostnaden överstiger 1 000 kr för en behandlingsomgång, överskjutande belopp ersätts med 75 %. Verkningarna av regeln åskådliggörs i följande tablå.

Kostnad, kr	Därav på		Faktisk kostnadsandel för försäkringen, %
	patienten, kr	försäkringen, kr	
500	250	250	50
1 000	500	500	50
1 500	625	875	58
2 000	750	1 250	63
5 000	1 500	3 500	70
10 000	2 750	7 250	73

Patientavgiften skall enligt förslaget även utgå med hälften av de arvodesbelopp som anges beträffande de tandtekniska arbetena. Utredningen vill dock föreslå att kostnaderna för ädelmetaller, proteständer, vissa förankringselement m. m. bekostas helt av försäkringen. Orsaken till detta är att kostnaderna för de nämnda delarna av ett tandtekniskt arbete varierar från gång till annan beroende på att de debiteras efter åtgång. Kostnaderna för ädla metaller och prefabricerade tänder utgör en relativt liten del av kostnaderna för ett tandtekniskt arbete varför den föreslagna bestämmelsen inte kan anses innehålla några vårdstyrande effekter.

Patientavgiften bör ha formen av en nettoavgift. Det betyder att patienten hos tandläkaren endast betalar den del av kostnaden enligt taxan som slutgiltigt skall stanna på honom. Försäkringsersättningen betalas därefter ut direkt till tandläkaren på räkning (se kap. 12).

Tidigare har framhållits att tandvårdstaxans belopp är maximibelopp. Det innebär bl. a. att patientavgiften inte får överskridas men väl underskridas. Frågan om försäkringsandelens avvägning när reducerad patientavgift tillämpas berörs i kap. 14.

I vissa fall skall försäkringen enligt förslaget bära hela kostnaden enligt tandvårdstaxan. Det gäller under vissa förhållanden vid medfödda eller förvärvade missbildningar i ansiktet m. m.

Patientavgiften för viss oralkirurgisk behandling som utförs vid centraltandpoliklinik föreslås utgå som ett enhetsbelopp och ersättas som läkarvård, dvs. patienten skall enligt nuvarande bestämmelser erlägga 7 kr per besök (12 kr vid bifall till förslag i prop. 1972: 104). Bestämmelser härom föreslås intagna i läkarvårdstaxan.

11.8 *Tandvårdstaxans fastställande och giltighetstid*

Grunderna för tandvårdstaxan bör fastställas av Konungen med stöd av riksdagens beslut. I likhet med folktandvårdstaxan bör tandvårdstaxan äga giltighet under viss bestämd tid. Taxan bör förnyas med relativt korta mellanrum. Längsta giltighetstiden bör fastställas till två år.

Systemet bör fungera så, att förslag till ny tandvårdstaxa läggs fram av riksförsäkringsverket i god tid innan den gällande taxan utlöper. Förslaget bör utarbetas efter beredning i tandvårdsdelegationen (se kapitel 12). Härigenom skapas garantier för att taxan regelbundet omprövas i kontakt med berörda parter. Vid revisionen bör beaktas om taxan inneburit några förändringar av vårdens struktur och om taxans rubriker är anpassade till den odontologiska utvecklingen. Vidare bör det ekonomiska utfallet studeras vad beträffar såväl privat- som folktandvården. Taxans arvodesbelopp får också avvägas med beaktande av kostnadsutvecklingen inom tandvården och inkomstutvecklingen. Det bör vara en uppgift för tandvårdsdelegationen att bevaka dessa frågor och samla material till ändringar i taxan.

De i tabell 11: 1 angivna taxebeloppen avser 1970 års nivå. Utredningen bedömer att en aktualisering av beloppen kan ske genom förhöjning med en generell procentsats. Till denna fråga liksom till frågan om taxans utfärdande första gången återkommer utredningen i kap. 13.

12 Administration

12.1 *Organisation*

Utredningens förslag innebär att en allmän tandvårdsförsäkring fogas in i den allmänna försäkringen. Denna sköts på fältet av de allmänna försäkringskassorna. Försäkringskassornas verksamhetsområden sammanfaller med landstingskommunerna. Dessutom finns allmänna försäkringskassor för Göteborg, Malmö och Gotlands kommun. Kassorna är organiserade på ett centralkontor och ett antal lokalkontor. Riksförsäkringsverket är lednings-, tillsyns- och besvärsmyndighet.

Försäkringskassorna

Hos varje försäkringskassa finns vid centralkontoret en eller flera förtroendeläkare som tillhandagår kassorna i frågor som kräver medicinsk sakkunskap. Till förtroendeläkarens uppgifter hör också att söka främja samarbetet mellan kassan och inom dess område verksamma läkare. På motsvarande sätt bör förtroendetandläkare knytas till försäkringskassorna i samband med att tandvårdsförsäkringsreformen genomförs. Förtroendetandläkare behövs för att tillgodoföra kassorna odontologisk sakkunskap. Förtroendetandläkaren skall kunna biträda kassan i svårare ersättningsärenden och i de ärenden om förhandsprövning som, efter vad som utvecklas i det följande, bör ske såväl fakultativt som obligatoriskt.

Liksom förtroendeläkarna bör förtroendetandläkarna tjänstgöra ett visst antal timmar i veckan. I allmänhet torde varje försäkringskassa behöva anlita en förtroendetandläkare, men de större försäkringskassorna kan behöva flera.

Förtroendetandläkarna bör i likhet med förtroendeläkarna utses av socialstyrelsen. Givetvis bör såväl tjänstetandläkare som privatpraktiserande tandläkare kunna komma i fråga.

Till försäkringskassorna återkommer utredningen i kap. 13.2.

Riksförsäkringsverket

Det kommer att åvila riksförsäkringsverket att förbereda reformens genomförande och vidta åtgärder för en enhetlig tillämpning hos försäkringskassorna. Vidare bör verket kontinuerligt följa utvecklingen i olika avseenden i fråga om försäkringen och även t. ex. dess ev. inverkan på tandvårdens behandlingspanorama. Som angetts i kap. 11 skall verket med relativt korta mellanrum – minst vartannat år – lägga fram förslag rörande tandvårdstaxan. För dessa uppgifter kommer riksförsäkringsverket att behöva anlita odontologisk och annan expertis. Utredningen anser att ett särskilt beredningsorgan bör inrättas hos verket. Häri bör ingå representanter för socialstyrelsen, huvudmännen för folktandvården, tandläkarna och tandteknikerna. Som benämning på det särskilda

beredningsorganet föreslår utredningen riksförsäkringsverkets tandvårdsdelegation.

Riksförsäkringsverket bör vidare ha tillgång till en egen förtroendetandläkare. Dennes uppgifter blir främst att verka för enhetlighet i bedömningen bland försäkringskassornas förtroendetandläkare och att stå till förfogande för konsultationer från dessa. Till uppgifterna för riksförsäkringsverkets förtroendetandläkare bör också höra att biträda verket i besvärsärenden som rör tandvårdsförsäkringen.

Yrkesskadeförsäkringen

Yrkesskadeförsäkringen administreras nu helt av riksförsäkringsverket. För skaderegleringsverksamheten finns inom riksförsäkringsverket en särskild yrkesskadeavdelning. Försäkringskassorna biträder i viss omfattning verket i fråga om yrkesskadeförsäkringen. Tillsyn över yrkesskadeförsäkringen utövas av försäkringsrådet som också är första instans i besvärsmål som gäller yrkesskadeförsäkringen.

Yrkesskadeförsäkringen är för närvarande föremål för översyn av den år 1971 tillsatta yrkesskadeförsäkringskommittén. I ett delbetänkande Decentraliseringsåtgärder rörande yrkesskadeförsäkringen m. m. (Ds S 1972: 3) har kommittén föreslagit en utflyttning 1.7.1973 från riksförsäkringsverket till försäkringskassorna av skaderegleringen i sjukersättningsärenden enligt lagen om yrkesskadeförsäkring samt enligt militärersättningsförordningen. Beträffande tandvårdsärendena inom yrkesskadeförsäkringen har kommittén dock ansett det vara ändamålsenligt att dröja med att verkställa ett beslut om decentralisering till dess att frågan om försäkringskassornas förseende med tandläkarexpertis blivit löst. I detta avseende har man velat avvakta förslaget om en allmän tandvårdsförsäkring.

Utredningens förslag om förtroendetandläkare torde även tillgodose behovet av tandläkarexpertis inom yrkesskadeförsäkringen. Utredningen föreslår i annat sammanhang att yrkesskadeförsäkringen – i likhet med vad som gäller i förhållande till den nuvarande sjukförsäkringen – under den s. k. samordningstiden skall ersätta tandvård åt yrkesskadad i den mån ersättning inte utgår enligt den allmänna tandvårdsförsäkringen. Det är naturligt att en samtidig bedömning görs av rätten till ersättning från yrkesskadeförsäkringen och från den allmänna försäkringen. En utflyttning av tandvårdsärendena inom yrkesskadeförsäkringen till försäkringskassorna bör från nu nämnda utgångspunkter vara möjlig och lämplig i samband med att tandvårdsförsäkringen träder i kraft.

12.2 *Förfarande*

Som tidigare framgått av utredningens förslag skall tandvårdsförsäkringen gälla tandvård som utförs inom folktandvården, vid de odontologiska fakulteterna och tandsjukvårdscentralerna samt av privatpraktiserande tandläkare som anslutit sig till försäkringen. Taxan skall täcka alla former av tandvård och ersättning skall utgå för åtgärder som är ägnade att ge odontologiskt tillfredsställande resultat. Den försäkrade skall erlägga en patientavgift till tandläkaren. Ersättningen från försäkringen skall betalas ut direkt till tandläkaren.

Tandläkarförteckning

De privatpraktiserande tandläkare som förbinder sig att följa tandvårdstaxan bör upptas på en särskild förteckning hos försäkringskassans centralkontor. Från både kassornas och de försäkrades synpunkt torde det vara till fördel om förteckningen endast förnyas med vissa jämna mellanrum. Utredningen föreslår att förnyelse skall kunna ske vid varje kvartalsskifte, således fyra gånger om året. Tandläkare som vill bli upptagen på förteckningen bör ha anmält sin anslutning viss tid före kvartalsskiftet.

Tandläkarförteckningen för varje försäkringskasseområde – inkl. uppgifter om den offentliga tandvården inom området – bör

på lämpligt sätt mångfaldigas och göras tillgänglig för allmänheten.

Förhandsprövning

Det skall självfallet överlämnas åt tandläkaren att bedöma vilka tandvårdsåtgärder som för viss patient är erforderliga från odontologisk synpunkt. Tandvårdsförsäkringens syfte skall som tidigare framhållits vara att ge ersättning för en fullgod odontologisk behandling. Å andra sidan bör eventuell överbehandling inte ersättas av försäkringen. Om patienten önskar vad tandläkaren anser vara en överbehandling, bör patienten själv få stå för kostnaden. Vid mer omfattande behandlingar och i gränsfall där uppfattningen om vad som är den adekvata behandlingen kan väntas skifta mellan olika tandläkare kan det finnas behov för tandläkaren att på förhand veta om försäkringskassan finner den planerade vården vara i sin helhet ersättningsbar. Även den försäkrade kan understundom vilja få prövat i förväg av försäkringskassan om ersättning kan utgå från försäkringen för behandling som han eventuellt blivit nekad av tandläkaren med hänsyn till försäkringens normer för ersättning. Av dessa skäl föreslår utredningen att det i tandvårdsförsäkringen skall ingå ett förfarande med frivillig förhandsprövning. För behandlingar som beräknas bli mycket kostsamma för försäkringen bör det dessutom ges föreskrift om obligatorisk förhandsprövning. För folktandvården bör ett enklare förfarande komma till stånd. En stor del av förtroendetandläkarens arbete kan väntas bestå i att biträda försäkringskassan med förhandsprövningar.

Utbetalningen av tandläkararvoden

Privatpraktiserande tandläkare

Den försäkrade skall erlägga sin del av arvodet till tandläkaren i samband med behandlingen. Tandläkaren får själv se till att patientavgiften blir betald.

Försäkringsersättningen bör utbetalas direkt till tandläkaren efter framställning. Tandläkaren kan lämpligen skicka in räkning på utförd tandvård en gång i månaden och bör då bifoga kopia på patienternas kvitton. Försäkringskassorna bör på begäran tillhandahålla förskott. För att försäkringskassornas arbetsbelastning i fråga om utbetalningar av försäkringsersättning skall bli jämn bör kassorna se till att tandläkarnas räkningar skickas in vid olika tidpunkter under månaden. Räkningarna bör vara uppställda så att kassornas kontroll underlättas.

För utbetalning av ersättning från försäkringen för tandtekniska arbeten är två metoder tänkbara. Den ena är att tandläkaren fogar räkningen från teknikern till sin egen räkning och att försäkringen betalar ut hela försäkringsersättningen till tandläkaren som i sin tur vidarebefordrar teknikerns arvode till denne. Den andra metoden är att tandteknikern skickar in räkningen på det arbete han utfört efter tandläkarens beställning direkt till försäkringskassan och att kassan efter kollationering med tandläkarens räkning för dennes arbete tillställer teknikern hela hans ersättning, dvs. även den del som motsvarar patientandelen.

Enligt utredningens mening bör man ställa kravet att tandteknikerräkningen på något sätt vidimeras av tandläkaren, som ju både gentemot patienten och försäkringen svarar för den behandling vari teknikerarbetet ingår. Mot varje försäkringsandel skall i princip svara en patientavgift. Tandläkaren måste under alla förhållanden uppbära patientavgiften även till den del den avser teknikerkostnaden. Skulle försäkringskassan betala teknikerräkningen, måste en avräkning ske mellan kassan och tandläkaren för den patientavgift som avser teknikerarbetet. Redan att spåra upp denna kan bli tidsödande.

Administrativa skäl och däribland inte minst kontrollsynpunkter talar för att tandläkaren – som nu – betalar tandteknikern. Tandläkaren får på sin månadsräkning till försäkringskassan ta upp (den betalda eller ännu obetalda) kostnaden för teknikerarbetet. Det kan föreskrivas en viss tid inom vilken tandläkaren skall ha betalat tekniker-räkningen.

Den offentliga tandvården

Patientavgiften bör även inom folktandvården erläggas direkt av patienten. För försäkringsersättningens del är det emellertid tänkbart att tillämpa ett annat system än det som föreslagits för de privatpraktiserande tandläkarna.

Även om försäkringsersättningen också här skall utgå efter prestation enligt taxans regler, synes det ändamålsenligt att låta utbetalningen från försäkringskassorna till folktandvårdens huvudmän ske efter andra rutiner. Räkningarna bör exempelvis kunna utformas så att de bygger på sammanställningar över de arbeten som utförts åt försäkringen. Patientkvittona torde kunna ligga kvar hos huvudmännen och där utgöra underlag för såväl den egna statistiken som försäkringens.

Besvär

De fullföljdsregler som gäller i ärende angående försäkring enligt lagen om allmän försäkring blir tillämpliga på ärenden angående tandvårdsförsäkring när denna försäkring fogas in i den allmänna försäkringen. Utöver talan mot beslut om ersättning från försäkringen kommer talan att kunna föras mot beslut i ärende om förhandsprövning.

Fullföljdsrätten är knuten till den som ärendet angår, dvs. i allmänhet den försäkrade. Tandläkarna kan däremot inte utan vidare anses berättigade att föra talan i tandvårdsförsäkringsärende, eftersom rätten till ersättning tillkommer den försäkrade, låt vara att ersättningsbeloppet utbetalas direkt till tandläkaren.

Med den uppläggning som utredningen föreslår i fråga om reglerna för utbetalning kan det emellertid otvivelaktigt många gånger finnas ett intresse hos tandläkarna att kunna överklaga försäkringskassans beslut. Detta gäller såväl fastställandet av ersättning som besked i ärende om förhandsprövning. Utredningen föreslår därför att en regel införs om rätt för tandläkaren att föra talan i ärende angående tandvårdsförsäkring. Bestämmelsen härom torde kunna få sin plats i tandvårdstaxan.

Kvarstående utredningsfrågor

Gränsen mellan utredningens arbetsuppgifter och de administrativa förberedelser som i vanlig ordning ankommer på vederbörande centrala ämbetsverk är flytande. Utredningen avser att ytterligare undersöka bl. a. utformningen av de privatpraktiserande tandläkarnas arvodesräkningar – inkl. möjligheten till samordning med journalföringen – och formerna för utbetalning av ersättningar från försäkringen till huvudmännen för den offentliga tandvården. Även i övrigt kan detaljer i förfarandet vara förtjänta av en närmare belysning.

När tandvårdsreformen trätt i kraft, blir det nödvändigt att följa upp verkningarna av den nya försäkringsformen. Det ekonomiska utfallet för såväl försäkringen som folktandvården och de anslutna tandläkarna blir självklart av största betydelse. Följderna av försäkringen från odontologiska synpunkter och de eventuella styreffekter på behandlingarna som taxans uppläggning medför måste också bevakas. Jämförelser bör göras med de resultat som framgått av frekvensorundersökningen. Dessa och andra liknande uppgifter bör skötas av riksförsäkringsverket med hjälp av den tandvårdsdelegation som utredningen i det föregående föreslagit skall inrättas. Utredningen avser att ytterligare studera uppläggningen av detta arbete.

En rad administrativa bestämmelser som inte berörts här finns intagna i författningsförslagen, fr. a. i förslaget till tandvårdstaxa. Dessa kommenteras i kap. 14.

13 Ikraftträdande, kostnader och finansiering

13.1 *Försäkringens ikraftträdande*

I kap. 8 har närmare redogjorts för vilka tandvårdsresurser som finns att tillgå under resten av 1970-talet. Av där redovisade tabeller framgår att nettotillskottet av tandläkartimmar i och för sig räcker för att fram till 1980 bygga ut den organiserade barn- och ungdomstandvården inom folktandvården. I fråga om vuxentandvården visar en jämförelse mellan folktandvårdsutredningens antaganden om efterfrågan på tandvård och av utredningen framtagna tillgångsprognoser att balans i stort sett kan föreligga mellan efterfrågan på tandvård och tillgängliga vårdresurser. Därvid räknar utredningen även med att de privatpraktiserande tandläkarna kommer att kunna öka sin arbetsinsats med omkring 500 000 timmar under de första åren efter en tandvårdsförsäkrings införande. Enligt uppgifter från tandläkarförbundet har de privatpraktiserande tandläkarna p. g. a. bristande tillgång på patienter ledig kapacitet i sina praktiker. Denna möjliga ökning av arbetsinsatsen inom privattandvården jämte folktandvårdens successiva utbyggnad också i vad avser vuxentandvården torde enligt utredningens bedömning ge vuxentandvården en sådan vårdvolym att en tandvårdsförsäkring bör kunna införas med det snaraste.

Vid denna bedömning förutsätter utredningen – som angetts i kap. 11 och som ytterligare berörs i följande avsnitt – att den generella ersättningsnivån i den allmänna tandvårdsförsäkringen blir 50 %.

I fråga om den exakta tidpunkten för ikraftträdandet av tandvårdsförsäkringen vill utredningen peka på att allmänhetens reaktion efter ett riksdagsbeslut – och i viss mån redan dessförinnan – lätt kan bli att man skjuter upp sina tandläkarbesök i väntan på försäkringens införande. En långt utdragen dämpning av efterfrågan på tandvård leder till att patienternas tandskador kraftigt förvärras och vårdbehovet ökar. Det blir då under den närmaste tiden efter en försäkrings genomförande mycket svårt att tillgodose all den tandvård som man skjutit upp samtidigt som en sannolikt allmänt ökad efterfrågan på tandvård skall tillgodoses. Utredningen anser därför att en tandvårdsförsäkring bör införas snarast möjligt.

Statsmakterna kan fatta beslut om en tandvårdsförsäkring tidigast våren 1973. Med tanke på försäkringsreformens finansiering (se nedan) bör ikraftträdandet ske vid ett årsskifte. Utredningen föreslår att en allmän tandvårdsförsäkring införs fr. o. m. den 1 januari 1974.

Utredningen utgår från att folktandvårdens huvudmän från samma tidpunkt åläggs ett legalt ansvar för tandvård åt barn upp t. o. m. 16 års ålder enligt vad som anförts i 9.1.1.

13.1.1 Efterfrågan och ersättningsnivå

Den efterfrågestimulans i fråga om tandvård som en tandvårdsförsäkring kan tänkas innebära måste givetvis vägas mot de vårdresurser som finns tillgängliga. Den ekonomiska faktorns inverkan på tandvårdsvanorna har tidigare diskuterats bl. a. i kap. 3. Smedby kunde i sin undersökning påvisa att en högre inkomst motsvarades av ett bättre tandstatus och en lägre besöksfrekvens hos tandläkare. I sammanfattningen till undersökningen konstateras att införande av en tandvårdsförsäkring bör få betydelse för besöksfrekvensen. Låginkomstutredningen behandlade frågan om tandtillståndet inom olika socialgrupper och kunde därvid konstatera att tandtillståndet var sämst inom socialgrupp III.

Utredningen har även sökt att något belysa frågan om de ekonomiska faktorernas betydelse för tandvårdsvanorna och då främst besöksfrekvens och utgifter för tandvård. Vissa specialbearbetningar har beställts av den hushållsbudgetundersökning som statistiska centralbyrån lät utföra 1969. Undersökningen visade att varje hushåll 1969 betalade i genomsnitt 218,45 kr för sin tandvård (201,65 kr hos privatpraktiserande tandläkare och 16,80 kr hos folktandvården). Detta utgjorde 0,92 procent av den totala konsumtionen.

Utgifterna för tandvård har på utredningens begäran fördelats efter hushållens nettoinkomst varvid man skilt mellan hushåll med och hushåll utan utgifter för tandläkarbesök. Av tabell 13.1 framgår att antalet hushåll utan utgift för tandvård är högst inom de lägsta inkomstklasserna. Särskilt för privattandvården stiger antalet hushåll med utgift för tandvård kraftigt inom de högsta inkomstklasserna. Folktandvården utnyttjas inom alla inkomstskikt.

I tabellen anges även medelutgiften för tandvård dels per hushåll och dels per vuxen hushållsmedlem. Man finner då att de högsta inkomstklasserna uppvisar de högsta utgifterna i vad avser privattandvården, men även de två lägsta inkomstklasserna har höga utgifter. Det sistnämnda förhållandet torde delvis kunna förklaras med att i dessa summor inryms större saneringar p. g. a. att man tidigare inte kunnat söka tandläkare.

För att ytterligare belysa olika faktorers inverkan på tandvårdsvanor innefattade också den nyss omnämnda specialbearbetningen av hushållsbudgetundersökningen en fördelning av hushåll med utgift för tandvård efter kommunstorlek (tabell 13.2). Det visar sig därvid att antalet hushåll med utgift för privattandvård sjunker med kommunstorleken medan utgifter för folktandvård är mera jämnt fördelade. Resultaten sammanhänger givetvis med att privattandläkare är mer koncentrerade till städer och kommuncentra. Undersökningens uppgifter är visserligen baserade på ett för litet antal uppgifter för att någon detaljanalys skall kunna genomföras, men de pekar på det väsentliga i att till försäkringen anslutna tandläkare måste finnas över hela landet redan från början och att folktandvårdens vuxentandvård direkt anknyts till försäkringens bestämmelser.

Även i den s. k. mödratandvårdsundersökningen (bil. 5) belyses förhållandet mellan inkomst och bl. a. frekvensen av tandläkarbesök. Den lägsta inkomstklassen uppvisade en lägre frekvens av regelbundna tandläkarbesök. Försäkringsförmånen utnyttjades minst inom de lägsta inkomstgrupperna, dvs. mödratandvårdsförsäkringen verkar inte helt ha kunnat påverka tidigare tandvårdsvanor. Ca 14 procent av de mödrar som tidigare inte haft regelbundna tandvårdsvanor har dock utnyttjat försäkringsförmånen. Vid bedömning av resultaten måste man komma ihåg att mödratandvårdsförsäkringen erbjuder begränsad ersättning för tandvård och att det rör sig om en speciell grupp av patienter.

Förefintligt material visar inte några entydiga samband mellan efterfrågan på tandvård och de ekonomiska faktorerna. Attityden till tandvård påverkas givetvis av fler faktorer än de rent ekonomiska. Frekvensen av tandläkarbesök och typen av efterfrågad vård kommer dock säkerligen att påverkas av tillkomsten av en tandvårdsförsäkring. Det är ju också själva grundtanken bakom försäk-

Tabell 13.1 Hushåll med och utan utgifter för tandvård under bokföringskvartal 1969. Fördelning efter sammanräknad nettoinkomst.

	–10 000	10 000–15 000	15 000–20 000	20 000–25 000	25 000–30 000	30 000–35 000	35 000–40 000	40 000–50 000	50 000–60 000	60 000–	Samtliga
Hushåll i urvalet											
Med utg. för privattandvård	18	28	19	57	73	69	64	88	57	86	559
” folktandvård	11	10	6	21	21	13	19	19	12	10	142
” båda vårdformerna	0	0	0	1	4	5	3	4	4	2	33
Utan tandvård	241	195	195	271	301	244	225	314	174	221	2 381
Summa	270	233	220	350	399	331	311	425	247	319	3 105
Hushåll i populationen. Antal i 1 000-tal											
Med utg. för privattandvård	22	40	18	53	68	51	52	74	40	62	480
” folktandvård	19	11	6	17	16	7	14	13	8	5	116
” båda vårdformerna	0	0	1	0	2	2	1	3	3	1	13
Utan tandvård	451	263	278	276	257	200	199	277	122	160	2 483
Summa	492	314	303	346	343	260	266	367	173	228	3 092
Hushåll i populationen %											
Med utg. för privattandvård	4,5	12,7	5,9	15,3	19,8	19,6	19,5	20,2	23,1	27,2	15,5
” folktandvård	3,9	3,5	2,0	4,9	4,7	2,7	5,3	3,5	4,6	2,2	3,7
” båda vårdformerna	0,0	0,0	0,3	0,0	0,6	0,8	0,4	0,8	1,8	0,4	0,5
Utan tandvård	91,6	83,8	91,8	79,8	74,9	76,9	74,8	75,5	70,5	70,2	80,3
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tandvårdsutgifter											
Medelutgift i kr för tandvård för hushåll som redovisat tandvårdsutgift:											
privattandvård	292	292	203	125	154	173	387	257	314	507	272
folktandvård	60	129	109	110	77	59	121	144	89	80	98
D: o per vuxen hushållsmedlem (över 15 år)											
privattandvård	173	204	110	66	80	81	181	119	125	188	130
folktandvård	44	65	52	60	37	24	48	55	36	27	46

Tabell 13.2 Hushåll med och utan utgifter för tandvård under bokföringskvartal 1969. Fördelning efter kommunstorlek.

	Invånarantal							
	200 000–	50 000–200 000	20 000–50 000	5 000–20 000	1 000–5 000	200–1 000	i glesbygd[1]	Samtliga
Hushåll i urvalet. Antal								
Med utgifter för privattandvård	133	53	79	96	73	51	74	559
" folktandvård	19	14	13	22	30	15	29	142
" båda vårdformerna	(5)	(3)	(3)	(4)	(5)	(2)	(1)	23
Utan " någon tandvård	412	234	326	374	352	239	444	2 381
Summa	569	304	421	496	460	307	548	3 105
Hushåll i populationen. Antal i 1 000-tal								
Med utgifter för privattandvård	130	44	74	86	54	39	53	480
" folktandvård	21	11	13	17	24	11	18	116
" båda vårdformerna	3	2	2	3	3	1	1	13
Utan " någon tandvård	493	266	348	404	349	224	398	2 483
Summa	647	323	437	510	430	275	470	3 092
D:o procent								
Med utgifter för privattandvård	20,1	13,6	16,9	16,9	12,5	14,2	11,3	15,5
" folktandvård	3,2	3,4	3,0	3,3	5,6	4,0	3,8	3,8
" båda vårdformerna	0,5	0,6	0,5	0,6	0,7	0,4	0,2	0,4
Utan " någon tandvård	76,2	82,4	79,6	79,2	81,2	81,4	84,7	80,3
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Därav med utgifter för tandvård	23,8	17,6	20,4	20,8	18,8	18,6	15,3	19,7

[1] Utan hänsyn till invånarantal (hushållsbudgetundersökningens definition)

ringen att alltfler människor skall få tillgång till en god tandvård till ett överkomligt pris. Förändringarna av tandvårdsvanorna kan knappast väntas ske momentant bl. a. beroende på attitydernas starka inverkan. Att en ökande andel av befolkningen haft tillgång till regelbunden tandvård under uppväxttiden torde på sikt vara den faktor som kanske starkast påverkar efterfrågan.

Övervägande som gjorts rörande tandvårdsförsäkringens kostnader och deras finansiering har lett fram till att ersättningsnivån inte bör sättas högre än till 50 % under försäkringens inledningsskede. Svårigheterna att förutse försäkringens sannolika inverkan på tandvårdsefterfrågan ger enligt utredningens mening ytterligare stöd åt denna bedömning. Utredningen har därvid också beaktat att man, samtidigt som försäkringen införs, skall bygga ut folktandvårdens organiserade barn- och ungdomstandvård till att omfatta i stort sett samtliga barn och ungdomar i åldrarna 3–19 år.

13.1.2 Jämförelse med folktandvårdstaxan m. m.

En försäkringsersättning med hälften av kostnaderna för tandvård enligt en fastställd maximitaxa bör även granskas från synpunkten hur den påverkar tandvårdskostnaderna för personer som i dag åtnjuter tandvård till nedsatt pris.

Jämför man först den ersättning som via en återbäringstaxa kan utgå till blivande och nyblivna mödrar, finner man att ersättningen enligt utredningens förslag bör bli väsentligt högre. Den föreslagna tandvårdstaxans patientandelar ligger visserligen högre än den del som patienten skall betala enligt återbäringstaxan inom mödratandvården. Denna taxa har dock varit oförändrad sedan 1962. Den undersökning som riksförsäkringsverket genomförde 1968 beträffande mödratandvården visade, att ersättningsnivån redan då var 44 % inom privattandvården och 71 % inom folktandvården. Sedan undersökningen utfördes har taxehöjningar skett inom såväl privat- som folktandvård, varför återbäringen i dag torde ligga väsentligt under 50 %. Därtill kommer att mödratandvårdsförsäkringen innehåller en rad begränsningar ifråga om rätten till ersättning. Utredningens förslag till tandvårdsförsäkring kommer därför att innebära vidgad rätt till ersättning för blivande och nyblivna mödrar jämfört med nuvarande bestämmelser. På sikt kommer f. ö. mödrar under 20 år att erhålla helt avgiftsfri tandvård genom den organiserade ungdomstandvården.

Beträffande nuvarande folktandvårdstaxa visar en jämförelse mellan den föreslagna tandvårdstaxans patientandel och folktandvårdstaxans belopp, uppräknade till 1973 års nivå, att vissa höjningar kommer att ske. De uppgår till i genomsnitt ca 19 % uttryckt som ett mot behandlingsfrekvensen vägt medeltal och med en variation mellan − 38 % och + 115 %. Vid jämförelsen har inte beaktats att vissa arvoden i tandvårdstaxan är försedda med latituder och ej heller att tandvårdstaxan medger debitering av fler åtgärder än nuvarande folktandvårdstaxa.

Det är endast en begränsad del av den vuxna befolkningen som har kunnat utnyttja den av huvudmännen subventionerade vården inom folktandvården. Folktandvårdens vuxentandvård omfattar inte mer än ca 20 % av all vuxentandvård i landet. Som framgått av tabell 13.1 finns det ingalunda någon stark dominans av låginkomsttagare bland dem som anlitar folktandvården.

Mot denna bakgrund kan utredningen inte finna det orimligt att man generellt sett lägger patientavgifterna på en något högre nivå än i folktandvårdstaxan, när rätten till subventionerad tandvård genom försäkringen utsträcks till att omfatta alla vuxna patienter för alla former av tandvård. I detta sammanhang kan f. ö. erinras om att det har varit ett gammalt krav från huvudmännens sida att folktandvårdstaxan skulle höjas i sådan grad att folktandvården – såsom också från början avsetts – skulle bli självbärande.

På en punkt skulle dock höjningen av folktandvårdstaxans belopp bli särskilt drastisk, nämligen i fråga om behandling med helprotes. Tandvårdstaxans patientavgift blir

där närmast dubbelt så hög som folktandvårdstaxans uppräknad till 1973 års nivå. Med tanke på det stora antalet personer som saknar egna tänder anser utredningen att det här är påkallat att införa en specialbestämmelse av övergångskaraktär.

Utredningen föreslår att försäkringsersättning utgår med 75 % av kostnaden för helprotes. Därmed kommer patientandelen att t. o. m. något understiga vad patienten i dag betalar inom folktandvården. Vissa förarbeten blir i stället dyrare och därtill kommer inverkan av latitudarvoden. Bestämmelsen har getts formen av en övergångsbestämmelse som t. ex. kan ändras eller utgå då man i framtiden justerar ersättningsnivån.

En dylik ersättningsbestämmelse kan få en vårdstyrande effekt så att patienter med restbett önskar behandling med helprotes trots att en konserverande och protetisk vård av restbettet varit möjlig att genomföra. Detta måste dock vägas mot att en patientavgift utan särskild reduktion kan leda till att många människor inte förnyar sin helprotes eller överhuvud taget inte låter sätta in någon protes då det är påkallat. I de fall åter där behandling med helprotes inte kan anses vara den för patienten mest lämpliga behandlingen bör den särskilda subventionsregeln inte tillämpas.

Det anförda resonemanget torde även gälla hel över- eller underkäksprotes. Motsvarande bestämmelser bör införas för dessa.

Ungdomar mellan 17 och 19 år erhåller i dag 25 % nedsättning – i vissa fall 50 % – av avgifterna enligt folktandvårdstaxan. Under den övergångstid som ungdomarna kommer att tillhöra försäkringen skulle tandvårdskostnaderna väsentligt fördyras för dem, som söker folktandvården, jämfört med tidigare. Utredningen har därför utgått ifrån att huvudmännen under övergångsperioden kommer att tillämpa nuvarande patientavgifter för ungdomar i åldern 17–19 år.

13.1.3 Vissa initialåtgärder

Beslut om införande av en tandvårdsförsäkring kan, som inledningsvis påpekades, komma att medföra en kraftig nedgång av efterfrågan på tandvård under tiden närmast före ikraftträdandet. Om utredningens förslag genomförs kommer den förväntade dämpningen av vårdefterfrågan att slå igenom under 1973. Det finns då anledning att på bästa sätt tillvarata förefintliga vårdresurser och undvika att en alltför stor uppdämning av vårdbehovet sker.

Dämpningen av efterfrågan på tandvård kan beräknas bli extra hög i slutet av 1973 om försäkringen träder i kraft den 1 januari 1974. Utredningen har därför ansett att särbestämmelser bör utformas som möjliggör att försäkringen i praktiken ersätter en del av den tandvård som utförs under slutet av 1973. Enligt förslaget till tandvårdstaxa skall sålunda tandläkare som under oktober 1973 anmält att han vill ansluta sig till försäkringen ha möjlighet att tillämpa tandvårdstaxan och dess bestämmelser för vissa av sina patienter. Det gäller patienter som påbörjat sin behandling efter den 31 oktober 1973 och som fortfarande går under behandling efter den 1 januari 1974. Av olika skäl torde få föreskrivas att försäkringen därvid träder in endast då patienten faktiskt erlägger betalning för vården efter årsskiftet. Då kassans förtroendetandläkare ej kan förutsättas ha börjat fungera till fullo under 1973 har vidare den inskränkningen införts i förslaget att försäkringsersättning ej kan utgå för tandvård som enligt tandvårdstaxans bestämmelser måste underkastas förhandsgranskning.

Utredningen förordar att den i 12.1 föreslagna tandvårdsdelegationen inrättas vid riksförsäkringsverket redan 1 juli 1973 för att denna skall kunna medverka i förberedelsearbetet inför tandvårdsförsäkringen.

I kap. 8 angavs en modell för folktandvårdens utbyggnad där man redan under 1972 och 1973 antog att hela nettotillskottet av tandläkare tillfördes folktandvården. Som framhållits i kap. 8 bör finansiella resurser tillföras huvudmännen från försäkringen för utbyggnaden. Nettotillskottet av tandläkare under 1973 beräknas enligt socialstyrelsens prognos uppgå till ca 200. Från socialstyrel-

sen har vidare inhämtats att ett 60-tal nya tjänster avses bli inrättade inom folktandvårdens distriktstandvård under 1973, vilket är endast hälften av det antal tjänster som inrättats i år. Till bilden hör att reella vakanser på ca 40 tjänster rapporterats under första hälften av 1972. Etablering inom privattandvården torde bli ännu mera sällsynt under 1973 än under 1972.

Mot denna bakgrund har det inom utredningen diskuterats om ekonomiska möjligheter kan öppnas för folktandvårdens huvudmän att redan 1973 anställa ett större antal tandläkare än planerat. Utredningen har kommit fram till att – om en sådan åtgärd skall ge avsedd effekt – ett auktoritativt besked i frågan måste lämnas långt innan statsmakterna kan ta ställning till förslagen i föreliggande betänkande, helst redan vid årsskiftet 1972–1973. Utredningen har därför inte ansett sig böra gå närmare in på detta problem.

13.1.4 Tandvårdstaxans fastställande vid försäkringens ikraftträdande

Utredningen föreslår att tandvårdstaxan första gången fastställes att gälla tills vidare för en tid av högst två år. Biträdes utredningens förslag att tandvårdsförsäkringen införs den 1 januari 1974, kan det förhållandet inträffa att 1973 års avtalsrörelse ännu inte är avslutad vid försäkringens ikraftträdande. Tandvårdstaxan får då fastställas i 1973 års nivå, och sedan avtalsrörelsen väl är avslutad får en uppräkning till 1974 års kostnadsnivå komma till stånd. Den eftersläpning som kan ha inträffat torde i huvudsak kunna kompenseras exempelvis genom beaktande vid avvägningen av arvodesnivån för taxans återstående löptid.

I kap. 11 angavs taxans arvodestal i 1970 års nivå p. g. a. att de undersökningar som arvodesnivån baserar sig på hänför sig eller är omräknade härtill. För att kunna ange taxan i 1973 års omkostnadsnivå – dvs. med de arvoden som övergångsvis torde få gälla vid försäkringens ikraftträdande – har utredningen genomfört vissa beräkningar av utvecklingen 1970–73 med avseende på kostnaderna. Samråd har därvid ägt rum med företrädare för landstingsförbundet och tandläkarförbundet.

Personalkostnaderna påverkas i första hand av de under 1971–1973 löpande treårsavtalen.

Efter en jämförelse av uppgifterna från de båda sektorerna har utredningen stannat för att räkna med en inkomstökning för såväl tjänste- som privattandläkare på 6 % för 1971, samt 4 % för vardera 1972 och 1973.

Även beträffande utvecklingen av övriga kostnader har utredningen gjort vissa beräkningar. Tillsammans med nyss angivna kalkyler ger detta följande indexserie för hela kostnadsökningen.

	1970	1971	1972	1973
Index	100	108	114	122

Slutsatsen blir att tandvårdstaxans arvodesnivå, som i kap. 11 (tab. 11.1) uttryckts i 1970 års kostnadsläge, bör räknas upp med ca 22 %. Så har skett i författningsförslaget. Arvodena för teknikerarbeten har räknats upp med 7 % av skäl som redovisats i kap. 11.6. I samband med uppräkningarna har även vissa avrundningar och jämkningar skett.

13.2 *Kostnader*

Utredningen har genomfört kalkyler beträffande kostnaderna för de framlagda förslagen.

De framlagda kostnadskalkylerna avser den vårdvolym som försäkringen kan komma att få ersätta under 1974. Redan inledningsvis bör understrykas att bedömningen härav är synnerligen vansklig att göra särskilt för privattandvårdens del.

13.2.1 Kostnader avseende privattandvården

Både när det gäller att beräkna tandvårdstaxans arvodesbelopp och själva utfallet av denna taxa har uppgifter från frekvensorundersökningen använts. Svårigheten därvid är

att med någon större säkerhet kunna bestämma storleken av den produktion som ryms inom de 5,2 milj. timmar som privattandvården beräknades omfatta år 1970. Vid beräkningarna för att fastställa arvodesbeloppen har de justerade tiderna använts (se tabell 11.1). De innehåller som tidigare påpekats ett påslag för olika spilltider. Utför en tandläkare flera behandlingsåtgärder samtidigt på en patient och lägger upp sitt praktikarbete på ett rationellt sätt, kommer ett större antal behandlingar att rymmas inom den antagna tidsramen samtidigt som kalkylen visar en för låg kostnad. Som ett exempel på denna osäkerhet i beräkningssättet har utredningen även låtit genomföra en kostnadskalkyl varvid de ursprungliga tiderna för frekvensorundersökningen använts för att beräkna produktionens storlek.

En annan faktor som berör kalkylerna över de ersättningsbelopp som skall utgå från försäkringen för den privata tandvården är den anslutning av privattandläkare som kommer till stånd. Utredningen har förutsatt att i stort sett samtliga privatpraktiserande tandläkare ansluter sig till försäkringen redan från början. De här redovisade kalkylerna är baserade på ett sådant antagande.

Utredningens förslag innebär också att en individuell taxebindning kommer till stånd för de privatpraktiserande tandläkare vilka för 1972 kan uppvisa en högre arvodesnivå än vad förslaget till tandvårdstaxa är baserat på. Utredningen har uppskattat att ca 40 % av tandläkarna kan komma att använda den individuella taxebindningen. De kan i stort sett anses svara för 50 % av de totala vårdkostnaderna i vuxentandvården. Vid genomförda kostnadskalkyler har därför halva vårdkostnaden exkl. tandteknikerarbeten inom privattandvården räknats upp med ca 12 %.

Vårdvolymen 1970 inom privattandvården uppskattades som nämnts till 5,2 milj. timmar. Utredningen har antagit att denna vårdvolym förblir konstant t. o. m. 1973 för att under 1974 stiga med 0,5 milj. timmar. Det är dock mycket svårt att uppskatta den vårdvolym som privattandvården kan komma att omfatta 1974 bl. a. med tanke på att efterfrågan detta år till en del kan vara uppdämd sedan 1973.

Utredningens förslag att försäkringen ersätter tandvårdskostnader över 1 000 kr med 3/4 av kostnaderna har antagits få betydelse i första hand vid behandling med fast och avtagbar protetik. Med utgångspunkt i frekvensorutredningens uppgifter om arbetstidens fördelning kan vissa antaganden göras om storleken på de patientavgifter som påverkas av denna högre ersättningsnivå. Försäkringens merkostnader kan uppskattas under förutsättningen att vårdens struktur förblir oförändrad.

Ytterligare en särskild ersättningsnivå föreslås av utredningen i vad avser behandling med helprotes. Även där har en uppskattning av merkostnaden för försäkringen skett med utgångspunkt i frekvensorundersökningens uppgifter och antagandet om en oförändrad vårdstruktur.

Volymen av tandtekniska arbeten har räknats upp i proportion till den uppskattade vårdvolymökningen 1974.

1970 års omkostnadsnivå har räknats upp enligt vad som anförts under 13.1.4.

Med de ovan nämnda utgångspunkterna har utredningen uppskattat att försäkringens kostnader för privattandvården 1974 kommer att uppgå till minst 465 milj. kr. Vid användande av det förutnämnda högre alternativet för produktionens storlek blir försäkringens kostnader närmare 500 milj. kr. De angivna beloppen förutsätter att i stort sett samtliga privattandläkare ansluter sig till försäkringen och att den angivna maximitaxan tillämpas som en normaltaxa. De angivna försäkringskostnaderna är uttryckta i 1973 års omkostnadsnivå.

13.2.2 Kostnader avseende folktandvården

I utredningsdirektiven anför socialministern bl. a. följande: "Den ersättning till landstingen som vid en tandvårdsförsäkring kan finnas motiverad utöver patientavgifterna bör så långt möjligt ges en schablonmässig utformning. – – – I redovisningen bör ingå

kostnadskalkyler och förslag rörande formerna för finansiering av de kostnader som följer av förslagen. Därvid bör utredningsmannen även ha möjlighet att ta upp finansieringsreglerna för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården."

I kap. 8 har utredningen redovisat en modell för folktandvårdens utbyggnad under 1970-talet (tab. 8.1 och 8.4). Därav framgår schematiskt hur man från resurssynpunkt kan fram till 1980 genomföra organiserad vård för åldersgrupperna 3–19 år och samtidigt bygga ut folktandvårdens vuxensida till att omfatta ca 1/3 av vuxentandvården i landet. Här belyses vilka bruttokostnader denna utbyggnad skulle medföra. Endast en mindre justering har gjorts av proportionerna mellan distriktstandvård och specialtandvård för tiden efter 1971 och före 1980. På grund av bristande tillgång på utbildade specialister beräknas utbyggnaden av specialistvården inte komma igång fullt så snabbt som schematiskt antagits i kap. 8. Kostnaderna anges här – liksom i övrigt i detta avsnitt om inte annat sägs – i 1971 års kostnadsläge och exklusive sådan vård vid centraltandpoliklinik som föreslås jämställd med läkarvård i ersättningshänseende.

	1971	1973	1974	1977	1980
Barntandvård	211	243	257	319	366
Vuxentandvård	189	224	236	263	376
Spec.-tandvård	42	51	54	84	106
Summa	442	518	547	666	848

Som framgår av tablån utgjorde bruttokostnaden 442 milj. kr 1971. I stats- och kommunbidrag hade huvudmännen ca 20 milj. kr i intäkter för barn- och ungdomstandvården. Patientavgifterna inom vuxen- och specialisttandvården inbringade ca 62 milj. kr. Om man räknar som om den fr. o. m. 1972 höjda folktandvårdstaxan hade gällt även 1971, skulle patientavgifterna ökat med ca 30 milj. kr. De sammanlagda intäkterna skulle då vara ca 112 milj. kr och nettokostnaden (442–112=) 330 milj. kr.

När – som förutsättes – huvudmännen åläggs vårdansvar för barn- och ungdomstandvården kan denna ses som en form av allmän tandvårdsförsäkring för dessa åldersgrupper. Skäl kan då anföras för att den allmänna försäkringen bidrar till täckande av kostnaderna för denna tandvård. I samband därmed torde nuvarande stats- och kommunbidrag kunna upphöra.

Försäkringen bör således bidra till barn- och ungdomstandvården även sedan denna vård blivit fullt utbyggd, vilket beräknas kunna ske till år 1980. Då bör också försäkringen lämna ersättning i full omfattning till vuxentandvården enligt tandvårdstaxan.

Under uppbyggnadstiden bör försäkringens sammanlagda ersättning till folktandvårdens huvudmän avvägas så, att folktandvårdens utbyggnad i princip inte åsamkar huvudmännen några merkostnader. Huvudmännens nettokostnader för folktandvården bör med andra ord inte bli större än tidigare.

Som förut nämnts kan nettokostnaderna för folktandvården anges till ca 330 milj. kr 1971. Även om det kunde ligga nära till hands att som utgångspunkt ta nettokostnaderna året närmast före reformens ikraftträdande, vill utredningen förorda att merkostnaderna i princip räknas i förhållande till nettokostnaderna 1971. Kostnaderna för den utbyggnad som skett och sker under 1972 och 1973 skulle ju ändå ha fått bäras av försäkringen om utbyggnaden i stället kommit till stånd 1974.

Av kap. 4 framgår att huvudmännen hunnit olika långt med folktandvårdens utbyggande. I ersättningshänseende bör en viss utjämning mellan huvudmännen komma till stånd. Det torde kunna ske därigenom att man övergångsvis låter försäkringen ersätta vård utöver en vårdvolym, som motsvarar en för alla huvudmän gemensam minsta utbyggnadsgrad.

Grund för försäkringsersättning och patientavgift skall vara den tandvård som meddelas. För folktandvårdens vuxentandvård innebär detta att samma ersättningsprinciper skall gälla som för privatpraktiserande tandläkare. Tandvårdstaxans arvodesbelopp är riksbelopp. Även för barntandvården bör

försäkringsersättning – i likhet med vad som sker enligt 7-kronorssystemet – utgå med samma belopp för hela landet. En ersättning som bygger på en medelkostnad kan uppenbarligen bli otillräcklig bl. a. för huvudmän med högre kostnadsnivå. För att under sådana förhållanden säkerställa att försäkringsersättningarna verkligen bereder ett kostnadsskydd åt flertalet landsting torde man få sikta på att huvudmännen tillsammans bär en nettokostnad som ligger lägre än förut nämnda ca 330 milj. kr. Verkställda beräkningar pekar på att den sammanlagda nettokostnaden bör sänkas med ca 10 % eller till ca 290 milj. kr.

De försäkringsersättningar som står till förfogande under 1970-talet bör tas i anspråk för att stimulera utbyggnaden av vården.

Från dessa utgångspunkter föreslås följande fördelningsprinciper för försäkringens ersättning till folktandvårdens huvudmän under uppbyggnadsskedet.

Inom distriktstandvårdens barntandvård svarar huvudmannen själv för 70 % av barnen i åldern 6–16 år. För varje fullständigt behandlat barn därutöver utgår ersättning med ca 115 kr för barn 3–5 år och ca 230 kr för andra barn och ungdomar. Att ersättningen får formen av ett belopp per barn kan bl. a. väntas stimulera till ytterligare profylax.

Försäkringsersättning till vuxentandvården utgår enligt vanliga regler sedan ett belopp undantagits som 1974 motsvarar 0,15 vårdtimmar (9 min.) per vuxen inom huvudmannaområdet. Karensbeloppet avvecklas successivt på 5 år och upphör sålunda med utgången av 1978.

Enligt dessa riktlinjer kan huvudmännens intäkter beräknas bli följande.

	1974	1977	1980
Försäkringsersättning för barn	68	124	170
Försäkringsersättning för vuxna	65	117	205
Patientavgifter för vuxna	119	132	191
Summa	252	373	566

Då dessa intäkter dras från de förut redovisade bruttokostnaderna erhålles huvudmännens nettokostnader.

	1974	1977	1980
Bruttokostnad	547	666	848
Avgår intäkter	252	373	566
Nettokostnad	295	293	282

I medeltal för perioden blir den beräknade nettokostnaden 290 milj. kr. Jämfört med 1971 innebär det en minskning med 40 milj. kr. Kostnadsminskningen kommer i första hand sådana huvudmän till godo som har en högre utbyggnadsgrad eller lägre timkostnad för sin tandvård.

Det kan vara av intresse att redovisa utvecklingen av nettokostnaderna för distriktstandvården och specialisttandvården var för sig.

	1974	1977	1980
Nettokostnad för distriktstandvård	246	217	188
Nettokostnad för spec.-tandvård	49	76	94
Summa	295	293	282

De ökande kostnaderna för specialisttandvården (främst tandreglering) uppvägs i stort sett av minskande nettokostnader för distriktstandvården.

Härutöver bör en särskild garantiregel införas för försäkringsersättningen till folktandvården. Om nettokostnaderna för någon huvudman – trots att ersättningen avvägs enligt de förut angivna riktlinjerna – skulle bli större än före reformen, bör försäkringen skjuta till mellanskillnaden. Härvid torde jämförelsen få avse huvudmannens faktiska nettokostnader och övriga förhållanden 1973.

Enligt gjorda kalkyler torde endast ett fåtal huvudmän 1974 behöva ett visst tillskott för att vara garanterade en nettokostnad som inte överstiger 1973 års. Försäkringens sammanlagda kostnader för den särskilda garantiregeln uppskattas till ca 5 milj. kr.

Därmed minskas huvudmännens sammanlagda nettokostnader ytterligare något.

Utredningen föreslår att statsmakterna tar principiell ställning till förslaget om försäkringens ersättning till folktandvårdens huvudmän t. o. m. utbyggnadsperiodens slut. De för varje period gällande bestämmelserna torde dock lämpligen tas in i en särskild författning med samma giltighetstid som tandvårdstaxan, vilken första gången avses gälla 1974 och 1975. Den nyssnämnda särskilda garantiregeln bör således omfatta vartdera av dessa båda år. Huruvida behov föreligger av en sådan regel för tid därefter, torde få bedömas sedan utfallet kunnat studeras.

Kostnaderna för försäkringens ersättning avseende folktandvården 1974 i enlighet med det här anförda beräknas till ca 155 milj. kr i 1973 års kostnadsläge. Därvid har de förut nämnda ersättningsbeloppen för barn räknats upp från ca 115 till ca 130 kr resp. från ca 230 till ca 260 kr.

Härtill kommer följande. Enligt utredningens förslag skall större delen av den polikliniska vården vid centraltandpoliklinikerna ersättas enligt det s. k. 7-kronorssystemet. Antalet patientbesök i öppen vård år 1970 vid centraltandpoliklinikerna har uppskattats till 105 000. Om man tillämpar de ersättningsregler som från och med 1973 avses gälla för den öppna läkarvården kommer försäkringen att få betala 48 kr per besök eller sammanlagt ca 5 milj. kr.

Försäkringens ersättning till folktandvårdens huvudmän 1974 kan alltså beräknas till 160 milj. kr totalt.

13.2.3 Försäkringens samlade ersättning för tandvårdskostnader

Av de båda föregående avsnitten framgår att försäkringens ersättning 1974 för privat- och folktandvård kan beräknas till minst (465 + 160 =) 625 milj. kr. Härav avser drygt 75 milj. kr folktandvårdens barntandvård. Vuxentandvården kan således beräknas kosta försäkringen minst ca 550 milj. kr. Om sammansättningen av denna kostnad kan följande ytterligare nämnas.

Tandvårdsförsäkringens baskostnad består i att försäkringen enligt förslaget ersätter 50 % av tandläkar- och tandteknikerarvodena enligt tandvårdstaxan. Denna kostnad har beräknats till ca 470 milj. kr för hela vuxentandvården (med beaktande även av den individuella taxebindningen).

När hela kostnaden för en behandlingsomgång överskrider 1 000 kr skall försäkringen enligt förslaget bära 75 % av den överskjutande kostnadsdelen. Försäkringens merkostnad till följd av denna regel uppskattas till ca 40 milj. kr. Övergångsvis föreslås beträffande behandling med helprotes m. m. att försäkringen ersätter 75 % av hela kostnaden. Merkostnaden på grund härav uppskattas till ca 15 milj. kr.

Kostnaden för de ädla metaller, prefabricerade tänder och speciella förankringselement som fordras för framställandet av tandtekniska arbeten skall enligt förslaget i sin helhet falla på försäkringen. Denna kostnad har i kalkylen upptagits med ca 20 milj. kr.

Viss vård vid centraltandpoliklinik m. m. föreslås jämställd med läkarvård i ersättningshänseende, vilket medför en kostnadsökning med ca 5 milj. kr.

Det kan påpekas att kostnadsberäkningarna inte innefattar försvars- och fakultetstandvård, som nu helt eller i huvudsak bekostas anslagsvägen.

Full ersättning från försäkringen skall slutligen ges under vissa förhållanden vid behandling av medfödda eller förvärvade ansikts- och käkmissbildningar. Med ledning av viss statistik från käkcentralen i Malmö samt riksförsäkringsverkets bidrag till tandvård för nämnda patientgrupp kan kostnaderna under försäkringens första år uppskattas till 500 000 kr.

13.2.4 Reseersättning

I kap. 10 redogörs för vissa kalkyler som utredningen låtit utföra beträffande antalet ersättningsberättigande resor till allmäntand-

läkare. Därtill kommer ersättning för resor till special- eller specialisttandläkare. Kostnaderna för dessa båda former av reseersättning kan uppskattas till ca 1 à 2 milj. kr.

13.2.5 Försäkringens administrationskostnader

En rad förslag som kan komma att påverka försäkringskassornas arbetssituation redan nästa år prövas f. n., däribland genomförande av beskattad sjukpenning, överflyttning på försäkringskassorna av de allmänna barnbidragens administration och successiv utflyttning till kassorna av yrkesskadeärenden.

Enligt föreliggande planer kommer kassornas arbete med uträkningen av kommunala bostadstillägg till folkpensioner att ske med hjälp av databehandling i slutet av 1973. Från årsskiftet 1973–74 skall också en del andra pensionsuträkningar automatiseras. Som en följd av detta beräknas personalbehovet vid försäkringskassornas centralkontor minska med ca 350 tjänstemän fram till våren 1974.

Trots att försäkringskassorna inför årsskiftet 1973–74 ändå kan bli hårt belastade med förberedelser för nya och ändrade uppgifter, har utredningen ansett förutsättningar finnas för genomförande av tandvårdsförsäkringen vid denna tidpunkt. Detta underlättas av att personal, som genom rationaliseringsåtgärder friställs från pensionsverksamheten, efter utbildning torde kunna omdisponeras för dessa uppgifter.

Införandet av tandvårdsförsäkringen kommer att medföra en ökning av personalbehovet främst vid försäkringskassornas centralkontor, vilka bl. a. kommer att administrera avräkningsförfarandet mellan tandläkare och försäkringskassa. Ökningen kan preliminärt beräknas till omkring 60 årsarbetare för hela landet (genomsnittligt ca 2 per centralkontor). Utbildningen av denna personal måste genomföras under hösten 1973.

En eller flera förtroendetandläkare behöver vidare knytas till varje centralkontor, i regel på deltid för visst antal veckotimmar.

För lokalkontoren väntas tandvårdsförsäkringen främst medföra upplysningsverksamhet rörande ersättningsreglerna. Utbildning för detta ändamål krävs i viss omfattning.

Administrationskostnaderna hos försäkringskassorna beräknas preliminärt till ca 6 milj. kr per år. Därvid har ca 1 milj. kr avsatts för uppföljning av försäkringen. Som förut framhållits avser utredningen att ytterligare undersöka vissa hithörande frågor.

För central administration beräknas inte uppkomma några större kostnader.

13.2.6 Ersättning för pågående vård vid årsskiftet 1973–1974

Utredningen föreslår att försäkringsersättning skall kunna utgå för de patienter som påbörjat sin behandling hos privatpraktiserande tandläkare under de två sista månaderna 1973 och som ej avslutat den förrän 1974. Storleken av denna försäkringsersättning är svår att uppskatta då den helt beror på antalet patienter som söker tandläkare månaderna innan försäkringen träder ikraft och på hur många tandläkare som hinner anmäla sin anslutning till försäkringen under oktober 1973. Maximalt torde försäkringen komma att bli ersättningsskyldig för kostnader motsvarande normalvårdvolym under mindre än en månad. Försäkringens kostnad uppskattas till ca 30 milj. kr.

13.2.7 Sammanfattande kostnadskalkyl

De förut angivna beräkningarna av försäkringens kostnader 1974 har ställts samman i en tablå på följande sida.

Nettokostnaden för reformen under första året kan beräknas till ca 630 milj. kr varav ca 30 milj. kr härför sig till särskilda anordningar i samband med tandvårdsförsäkringens ikraftträdande den 1 januari 1974. Som framgår av det förut anförda är kostnadsberäkningarna vanskliga att göra. De här utförda torde få betraktas som minimikalkyler.

Försäkringens generella ersättningsnivå är som tidigare framhållits 50 procent av arvodena enligt tandvårdstaxan. Av kostnadsskäl

Kostnadsslag	Milj. kr (avrundat)	
Ersättning för vuxentandvård	550	
Reseersättning	2	
Försäkringsadministration	6	558
Bidrag till folktandvårdens barntandvård		75
Summa		633
Avgår:		
Ers. för mödratandvård m. m.	14	
Statsbidrag till barntandvården	15	
Primärkommunala bidrag till barntandvården	4	– 33
Tillkommer:		
Säranordningar 1973–1974		+ 30
Nettokostnad		630

synes det orealistiskt att tänka sig en högre nivå i varje fall i inledningsskedet, förutsatt att man avser att införa en tandvårdsförsäkring som är allmän i fråga om både personkrets och ersättningsbara åtgärder. I kap. 9 har anförts att tandvårdskostnaderna skulle kunna minskas med ca 20 procent om man övergångsvis undantar fast protetik, delproteser m. m. från ersättningsrätten. Därigenom skulle den ovan angivna kostnaden av ca 630 milj. kr kunna reduceras med ca 110 milj. kr till ca 520 milj. kr.

Emellertid är det angeläget att understryka, att de nämnda beräkningarna måste betraktas som minimikalkyler. Under vissa förutsättningar beträffande beräkningsunderlaget (berörda under 13.2.1) kan försäkringens kostnader komma att ligga ca 45 milj. kr högre än nyss angivna kostnad på ca 630 milj. kr, dvs. på ca 675 milj. kr. Det kan nämnas, att en sådan avvikelse i stort sett motsvarar 5 procentenheter av den 50-procentiga ersättningsnivån. En ännu större försäkringskostnad kan inte heller uteslutas.

Slutligen bör ånyo påpekas att här angivna kalkyler bl. a. bygger på antagandet att samtliga privatpraktiker från starten är anslutna till försäkringen.

13.3 *Finansiering*

13.3.1 Gällande regler

Som anförts i det föregående utgår f. n. ersättning för tandvårdsutgifter i viss, begränsad omfattning inom ramen för den allmänna sjukförsäkringen.

Sjukförsäkringen finansieras genom avgifter från de försäkrade, arbetsgivaravgifter och statsbidrag. Reglerna härom återfinns huvudsakligen i 19 kap. lagen om allmän försäkring (AFL).

Den försäkrades avgifter

Den försäkrades avgift (sjukförsäkringsavgiften), som till storleken bl. a. är beroende av vilken försäkringskassa den försäkrade är inskriven i, tas ut i samband med uppbörd av direkt skatt och uträknas av försäkringskassan efter den sjukpenningklass den försäkrade tillhör. Avgiften avser kassans utgifter för sjukvårdsersättning, grundsjukpenning och tilläggssjukpenning. Sjukförsäkringsavgiften fastställs av riksförsäkringsverket efter försäkringskassans hörande.

Avgift för sjukvårdsersättning, beräknad för helt år, skall erläggas av inskriven försäkrad, för vilken beräknats till statlig inkomstskatt beskattningsbar inkomst vid taxeringen året efter det år avgiften avser. Avgiften skall dock inte erläggas om den försäkrade vid utgången av det år avgiften avser upphört att vara inskriven i kassan eller fyllt 67 år eller om denne för december månad samma år åtnjutit ålderspension eller förtidspension (sjukbidrag) enligt AFL.

Avgift för grundsjukpenning, som skall avse jämväl barntillägg och moderskapspenning, beräknas månadsvis. Avgiften erläggs under förutsättning dels att den försäkrade under det år avgiften avser varit placerad i sjukpenningklass, dels att det för honom beräknats till statlig inkomstskatt beskattningsbar inkomst för det år avgiften avser.

Avgifterna för sjukvårdsersättning och grundsjukpenning skall var för sig vara lika stora för samtliga avgiftspliktiga försäkrade i

Tabell 13.3 Sjukförsäkringsavgifter, genomsnitt för år 1972, 1 000-tal kr.

Årsinkomst av förvärvsarbete	Egenavgifter till sjukförsäkringen			
	Avgift för			
	Sjukv.– förs.	Grundsjukp.-förs.	Tilläggssjukp.-förs.	Summa
Ensamstående anställd och gift anställd med hemmamake				
20 000 kr	161	135	165	461
25 000 kr	161	135	204	500
30 000 kr	161	135	244	540
40 000 kr	161	135	303	599
50 000 kr	161	135	303	599
Två förvärvsarbetande anställda makar tillsammans (vardera har hälften av här angiven inkomst)				
20 000 kr	322	270	132	724
25 000 kr	322	270	210	802
30 000 kr	322	270	250	842
40 000 kr	322	270	330	922
50 000 kr	322	270	408	1 000
Ensamstående företagare				
20 000 kr	161	135	660	956
25 000 kr	161	135	818	1 114
30 000 kr	161	135	976	1 272
40 000 kr	161	135	1 214	1 510
50 000 kr	161	135	1 214	1 510

den allmänna försäkringskassan. De båda avgifterna får tillsammans inte överstiga en tiondel av den försäkrades till statlig inkomstskatt beskattningsbara inkomst. I första hand nedsättes avgiften avseende utgifter för sjukvårdsersättning.

F. n. varierar storleken av sjukförsäkringsavgiften mellan försäkringskassorna beroende främst på regionala variationer i utgifterna för försäkringsförmånerna men också på varierande förvaltningskostnader. Exempel på genomsnittsavgifter finns i tabell 13.3.

Statsbidrag

Statsbidrag utgår med 55 % av kostnaderna för sjukvårdsersättning (exkl. sjukhusvård inom riket), grundsjukpenning, barntillägg och moderskapspenning. Vidare utgår statsbidrag med 1:15 kr per försäkrad till försäkringens kostnader för läkemedelsersättning.

Till försäkringens kostnader för tilläggssjukpenning, sjukhusvård inom riket och förvaltningskostnader utgår inte statsbidrag.

Arbetsgivaravgift

Arbetsgivaravgiften utgår på summan av utbetalda löner med bortseende från den del av varje arbetstagares lön som för år räknat överstiger sju och en halv gånger det vid årets ingång gällande basbeloppet. Hänsyn tas ej heller till arbetstagare, vars lön under året understigit 300 kr. Avgiften utgår med 3,1 % av det löneunderlag, som beräknats på ovan nämnda sätt. Därav går 10/31 till täckande av försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning inklusive läkemedel. Återstoden används till bestridande av utgifter för tilläggssjukpenning i vad den svarar mot inkomst av anställning.

I prop. 1972:104 har föreslagits en höjning av arbetsgivaravgiften från och med

1973 till 3,2 % och en höjning av relationstalet 10/31 till 12/32.

Översikt av sjukförsäkringens kostnader och finansiering

I det följande redovisas en schematisk översikt över beräknade kostnader och däremot svarande finansiering inom den obligatoriska sjukförsäkringen år 1972.

Kostnader, milj. kr		
Sjukvårdsförsäkring	1 091	
(därav tandvård 15 mkr)		
Läkemedelsersättning	750	
Grundsjukpenning, barntillägg och moderskapspenning	698	
Tilläggssjukpenning	2 440	
D:o för moderskap	345	
Förvaltningsutgifter	420	
Summa	5 744	
Finansiering, milj. kr		
Egenavgifter		
sjukvårdsförsäkring	550	
grundsjukpenningförsäkring	454	
tilläggssjukpenningförsäkring	945	
summa		1 947
Arbetsgivaravgifter		
sjukvårdsförsäkring	956	
tilläggssjukpenningförsäkring	1 982	
summa		2 938
Statsbidrag		
sjukvårdsförsäkring	468	
(därav tandvård 8 mkr.)		
läkemedelsersättning	7	
grundsjukpenning, barntillägg och moderskapspenning	384	
summa		859
Totalt		5 744

13.3.2 Finansieringsalternativ och förslag

Enligt direktiven skall utredningen redovisa inte endast kostnadskalkyler utan också förslag rörande formerna för finansiering av kostnaderna.

Författningsmässigt har tandvårdsersättningen jämte vissa reseförmåner i samband med tandvård lagts in i sjukvårdsförsäkringen. Det kan ligga nära till hands att göra en jämförelse med de finansieringsregler som gäller för läkarvårdsersättningen resp. resor till och från läkare. Dessa kostnader bestrids nu i princip genom de försäkrades avgifter jämte statsbidrag i den mån det behövs med hänsyn till utgående arbetsgivaravgift till sjukvårdsförsäkringen.

Tabell 13.4 visar vilket belopp i milj. kr som försäkringen kan tillföras i intäkter om de försäkrades sjukvårdsförsäkringsavgifter och/eller arbetsgivaravgiften förändras. Antalet egenavgifter har därvid beräknats till i stort sett 3,5 milj. Löneunderlaget för arbetsgivaravgiften har för år 1974 beräknats till ca 110 miljarder kr.

Av den första vågräta raden i tabellen (efter sjukvårdsförsäkringsavgift +0 kr) framgår hur många miljoner kr försäkringen skulle tillföras om man uteslutande höjde arbetsgivaravgiften. En höjning med t. ex. 0,5 procentenheter skulle inbringa 550 milj. kr.

Den första lodräta kolumnen (under arbetsgivaravgift +0,0 %) visar å andra sidan vad försäkringen skulle tillföras enbart genom olika höjningar av de försäkrades avgifter. En avgiftshöjning med 100 kr skulle ge 350 milj. kr. Tabellen visar vidare försäkringens intäkter om både sjukvårdsförsäkringsavgiften och arbetsgivaravgiften höjs. Om man t. ex. höjer den förra med 30 kr och den senare med 0,5 procent inbringar detta sammanlagt 655 milj. kr.

När det gäller finansieringen av tandvårdsförsäkringen torde man varken principiellt eller praktiskt vara bunden i vidare mån än att man bör anlita en eller flera av finansieringskällorna egenavgift, statsbidrag och arbetsgivaravgift.

Tabell 13.4 Intäkter i milj. kr vid höjning av sjukförsäkringsavgift och (eller) arbetsgivaravgift 1974.

Sjukvårds-försäkrings-avgift	Arbetsgivaravgift									
	+0,0 %	+0,1 %	+0,2 %	+0,3 %	+0,4 %	+0,5 %	+0,6 %	+0,7 %	+0,8 %	+0,9 %
+ 0 kr	–	110	220	330	440	550	660	770	880	990
+ 10 kr	35	145	255	365	475	585	695	805	915	1 025
+ 20 kr	70	180	290	400	510	620	730	840	950	1 060
+ 30 kr	105	215	325	435	545	655	765	875	985	1 095
+ 40 kr	140	250	360	470	580	690	800	910	1 020	1 130
+ 50 kr	175	285	395	505	615	725	835	945	1 055	1 165
+ 60 kr	210	320	430	540	650	760	870	980	1 090	1 200
+ 70 kr	245	355	465	575	685	795	905	1 015	1 125	1 235
+ 80 kr	280	390	500	610	720	830	940	1 050	1 160	1 270
+ 90 kr	315	425	535	645	755	865	975	1 085	1 195	1 305
+ 100 kr	350	460	570	680	790	900	1 010	1 120	1 230	1 340

Om hela den beräknade minimikostnaden för reformen, 630 milj. kr, läggs på de försäkrades avgifter till sjukvårdsförsäkringen, innebär detta en avgiftshöjning med ca 180 kr om året eller med ca 360 kr i en familj med två förvärvsarbetande makar.

Om i stället hela reformkostnaden skulle läggas på statsbudgeten, torde den genom sin storlek inte kunna undgå att inverka på uttaget av direkt eller indirekt skatt till staten.

Slutligen kan kostnaden läggas på arbetsgivaravgifterna. Vid den beräknade minimikostnaden kräver en totalfinansiering denna väg en höjning av avgiftsprocenten med närmare 0,6 enheter.

En uppdelning av finansieringen på arbetsgivaravgift och egenavgift är också tänkbar. I tabell 13.4 kan olika kombinationer sökas upp. Vill man dessutom anlita statsbidrag, kan avgiftsfinansieringen reduceras.

Sättet för tandvårdsförsäkringens finansiering är givetvis en politisk fråga. Enligt direktiven har dock utredningen att lägga fram förslag även på denna punkt.

Det förefaller skäligt att åtminstone en mera begränsad höjning av de försäkrades avgifter kommer till stånd i samband med att tandvårdsförsäkringen införs. I huvudsak synes emellertid kostnadsökningen böra falla på arbetsgivaravgiften till sjukförsäkringen.

Utredningen föreslår, att arbetsgivaravgiften fr. o. m. 1974 höjs med 0,5 procentenheter. Det innebär att arbetsgivaravgiften till sjukförsäkringen ökar från (i prop. 1972: 104 föreslagna) 3,2 % till 3,7 %. Enligt tabell 13.4 kan en sådan höjning beräknas inbringa ca 550 milj. kr. Resten av reformkostnaden bör täckas genom höjd egenavgift. Om denna håller sig inom minimikalkylen, fordras en avgiftshöjning med drygt 20 kr per år eller med ca 45 kr för en familj med två förvärvsarbetande makar. Skulle totalkostnaden – enligt en förut angiven alternativ kostnadskalkyl – komma att gå upp till 675 milj. kr, behöver egenavgiften i stället höjas med ca 35 kr (ca 70 kr för en familj med två inkomsttagare).

Sjukpenningutredningen har nyligen lagt fram ett betänkande om beskattad sjukpenning m. m. (SOU 1972: 60). En beskattning av sjukpenningen aktualiserar frågan om en omläggning av finansieringsreglerna för sjukförsäkringen. Övervägandena i samband därmed bör innefatta formerna för tandvårdsförsäkringens finansiering, varvid det här redovisade förslaget bör beaktas.

14 Kommentarer till författningsförslagen

14.1 *Inledning*

I 2 kap. lagen (1962: 381) om allmän försäkring (AFL) ges huvudreglerna för rätt till sjukvårdsersättning. Ersättning kan utgå för utgifter för läkarvård, tandläkarvård och sjukhusvård, för viss annan vård eller behandling i anledning av sjukdom och för resor som företagits i samband med vården. För utgifter för *läkarvård* utgår ersättning enligt grunder som Konungen fastställer vid sjukdom som enligt läkares utsago kräver sådan vård samt vid förlossning (2 §). Ersättning för utgifter för *tandläkarvård* utgår dels för sådan av sjukdom föranledd behandling som anges i en av Konungen fastställd förteckning och som av tandläkare meddelas vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus, dels för sådan, kvinnlig försäkrad meddelad behandling som anges i en av Konungen fastställd förteckning och som utförts under den tid då den försäkrade var havande eller inom 270 dagar efter förlossningsdagen (3 §). I läkarvårdstaxan (1969: 657) har givits närmare bestämmelser om grunderna för rätt till ersättning för utgifter för läkarvård och tandläkarvård och om vilka tandläkarbehandlingar som ersätts av försäkringen.

Utredningen har vid utformningen av författningsförslagen funnit det lämpligt att föra in bestämmelserna om den allmänna tandvårdsförsäkringen i AFL. De grundläggande förutsättningarna för rätten till ersättning för utgifter för tandvård har angetts i 2 kap. 3 § AFL. Särskilda bestämmelser har därvid givits om vissa, i nuvarande 2 kap. 3 § 1 st. reglerade tandläkarbehandlingar som meddelas vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus. Dessa behandlingar har i ersättningshänseende jämställts med läkarvård. Någon motsvarighet till de gällande reglerna om ersättning för utgifter för tandläkarvård som ges kvinnlig försäkrad under havandeskap eller efter barnsbörd har inte upptagits i utredningens förslag. Den allmänna tandvårdsförsäkringen täcker i stället även dessa fall. Vid bifall till detta förslag och familjepolitiska kommitténs förslag om en föräldraförsäkring (se SOU 1972:34) upphör moderskapsförsäkringen så när som på betalningen för förlossningsvården.

Folktandvårdsutredningen har i sitt slutbetänkande Särskilda anordningar för vissa patientgrupper (SOU 1971:38) lagt fram synpunkter på och förslag till särskilda tandvårdsanordningar för personer som för längre tid omhändertagits för sluten vård eller undervisning eller eljest på grund av fysiskt eller psykiskt handikapp är förhindrade eller har betydande svårigheter att för sin tandvård anlita konventionella tandpolikliniker. Utredningen framhöll att det inte ingick i dess uppdrag att avväga tandvårdskostnadernas fördelning inom ramen för en vidgad

tandvårdsförsäkring. Utredningen betonade dock att starka sakliga skäl talade för att särskild hänsyn togs till dessa kostnader vid utformningen av en tandvårdsförsäkring.

1970 års utredning finner att, under den i kap. 8 i betänkandet uppställda förutsättningen att barn- och ungdomstandvården skall bedrivas utan avgift för patienten genom landstingens försorg, frågan om handikapptandvårdens finansiering endast kommer att avse vuxentandvård.

Försäkringsersättning skall enligt utredningens uppfattning utgå i lika mån oberoende av om patienten är handikappad eller inte och oberoende av om han vårdas på institution eller ej. Om sedan en patientavgift slutligen bör falla på patienten eller om anstaltshuvudmannen eller den primärkommunala socialvården bör stå för denna avgift är en fråga som det inte ankommer på utredningen att ta ställning till. Det angivna synsättet påverkas i princip inte om anstaltshuvudmannen vid vårdens meddelande anlitar folktandvården eller privatpraktiserande tandläkare.

Det bör tillfogas att utredningen likväl tagit särskild hänsyn till en grupp med dentalt handikapp. Som närmare framgår vid kommentaren till 9 § tandvårdstaxan har nämligen vissa behandlingar av ansikts- och käkmissbildning erhållit en särställning i fråga om rätt till ersättning från försäkringen.

De som fullgör värnpliktstjänstgöring erhåller i dag i viss utsträckning avgiftsfri behandling inom den militära fredstandvården. Tandvårdsförsäkringen kommer enligt utredningens förslag också att omfatta värnpliktiga. Detta innebär å andra sidan inte att utredningen tagit ställning till vem som i så fall skall svara för patientavgifterna.

Liksom övriga förmåner enligt AFL kommer tandvårdsförsäkringen att administreras av de allmänna försäkringskassorna med riksförsäkringsverket som tillsyns- och besvärsmyndighet.

De närmare bestämmelserna om ersättning för utgifter för tandvård ges i förslaget till tandvårdstaxa. Denna taxa blir således en motsvarighet till läkarvårdstaxan. Förslagen innebär vidare ändringar i AFL, läkarvårdstaxan, lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring, sjukreseförordningen (1962:385) och kungörelsen (1962:386) med tillämpningsföreskrifter till sjukreseförordningen. De föreslagna bestämmelserna kommenteras närmare i det följande.

14.2 *Förslaget till lag om ändring i lagen om allmän försäkring*

2 kap.

1 §

Utredningen har valt *tandvård* i stället för tandläkarvård som sammanfattande benämning på de åtgärder av tandläkare som skall vara ersättningsgilla inom den föreslagna tandvårdsförsäkringen. Vilka dessa åtgärder är framgår av tandvårdstaxan. En del av åtgärderna får utföras av tandhygienist. Tandläkaren skall dock vara den ansvarige gentemot försäkringen liksom han är det gentemot patienten.

Beträffande ersättning för resor i samband med tandvård se 5 §.

3 §

Första stycket innehåller i sin nya utformning de centrala bestämmelserna för tandvårdsförsäkringen. Till skillnad från övrig sjukförsäkring omfattar tandvårdsförsäkringen bara vuxna försäkrade. Fram till det år försäkrad fyller tjugu år skall han erhålla kostnadsfri tandvård inom folktandvården. Som framgår av övergångsbestämmelserna skall tandvårdsförsäkringen dock tills vidare gälla även försäkrad från och med det år han fyller sjutton år i avvaktan på att folktandvården byggs ut.

Utöver vård vid de uppräknade institutionerna föreslås försäkringen ersätta tandvård som meddelas av privatpraktiserande tandläkare som upptagits i en av allmän försäkringskassa fastställd förteckning. Formerna för anslutning till försäkringen liksom de förutsättningar under vilka ersättning utgår och ersättningarnas storlek framgår av

en tandvårdstaxa. Tandläkare som är upptagen på förteckning hos försäkringskassa skall vara skyldig att följa taxans bestämmelser. Taxan skall vidare gälla för de uppräknade institutionerna och därmed för de hos institutionerna anställda tandläkarna.

I ersättningshänseende utgör taxan dock endast en maximitaxa. Grunderna för tandvårdstaxan skall fastställas av Konungen med stöd av riksdagens beslut. Den föreslagna tandvårdstaxan har karaktären av bindande taxa. Som framgår av kap. 11 i betänkandet bör tandvårdstaxan följa den ekonomiska och odontologiska utvecklingen. Utredningen föreslår att taxan skall fastställas efter förslag av riksförsäkringsverket för högst två år i sänder.

Enligt det föreslagna andra stycket skall de tandläkarbehandlingar som avses i nuvarande 3 § 1 st. ersättas enligt de bestämmelser som gäller för läkarvård. Behandlingarna kommer således att kosta den försäkrade 7 kr enligt nuvarande taxa (i framtiden 12 kr). Denna avgift avser såväl tandläkarens åtgärder som tandtekniska arbeten. Behandlingarna kommer att finansieras på samma sätt som den öppna läkarvården.

För behandling vid centraltandpoliklinik krävs remiss enligt rådande praxis. Utredningen har ansett att detta krav bör komma till direkt uttryck i lagen. Vid de odontologiska fakulteterna och tandsjukvårdscentralerna är motsvarande spärr inte erforderlig. Under senare år har tillkommit institutioner vilka i fråga om nu avsedda behandlingar har samma uppgifter som centraltandpoliklinikerna. Se vidare under 14.4. Ifrågavarande institutioner har genom uttrycket jämförbar institution jämställts med centraltandpoliklinik. Den förteckning som avses i nuvarande 3 § 1 st. finns intagen i 10 § läkarvårdstaxan. Förteckningen har omarbetats av utredningen.

Svenska medborgare samt de som utan att vara svenska medborgare är bosatta i riket är försäkrade enligt AFL. Från och med den månad då försäkrad fyller sexton år skall han vara inskriven i försäkringskassa, om han är bosatt i riket. Enligt bestämmelserna i 8 § äger försäkrad som inte är bosatt i riket rätt till sjukvårdsersättning endast om vårdbehovet uppkommit under vistelse här. Ersättning kan således inte utgå om försäkrad reser till Sverige för att söka vård för en sjukdom han fått utomlands. Att fastställa när behov av tandvård uppkommit torde ofta inte vara svårare än i fråga om behov av läkarvård. Utredningen har därför inte funnit anledning att föreslå någon särreglering för tandvården. Det är emellertid inte meningen att försäkringen skall bekosta annat än den oundgängliga vården åt en försäkrad som inte är bosatt i landet. En sådan försäkrad skall exempelvis kunna få ersättning för åtgärder mot tandvärk. Tandvård som inte avser att avhjälpa ett trängande vårdbehov bör han själv få bekosta. En restriktiv prövning kan i högre grad vara påkallad vid tandvård än vid övrig sjukvård. Det kan påpekas att taxans bestämmelser gäller för anslutna tandläkare även när patienten själv betalar den del av arvodet som annars belöper på försäkringen.

Enligt den föreslagna tandvårdstaxan förutsätts patientavgiften bli erlagd direkt till tandläkaren (huvudmannen beträffande folktandvården m. m.) medan en försäkringsandel, här kallad tandvårdsersättning, utbetalas av försäkringskassan. För att veta att en patient har rätt till ersättning från försäkringen kan tandläkaren begära att få se hans försäkringsbesked. Vid tvivel om försäkrad fortfarande är bosatt i landet kan tandläkaren vända sig till försäkringskassan och få besked därifrån.

Det kan nämnas att Sverige har konventioner med vissa länder om att dess medborgare skall vara likställda med svenska medborgare i fråga om hälso- och sjukvård.

5 §

Vid läkarvård och sådan tandläkarvård som utredningen enligt 3 § 2 st. vill jämställa med läkarvård i ersättningshänseende samt vid sjukhusvård utgår f. n. ersättning för utgifter i anledning av resor till och från läkaren, tandläkaren och sjukvårdsinrättningen. När-

mare bestämmelser härom finns i sjukreseförordningen.

Som framgår av kap. 10.4 i betänkandet har utredningen härutöver i sitt förslag begränsat sig till att föreslå att reseersättning skall utgå när den försäkrade på grund av långa reseavstånd haft större utgifter för resorna till och från tandläkaren eller besökt specialist- eller specialtandläkare efter remiss. Bestämmelserna har upptagits i 3 § sjukreseförordningen.

10 §

I den föreslagna nya 10 § hänvisas till att det är särskilt stadgat om viss ersättning för kostnader för folktandvård. Utredningen har avstått från att ge författningsmässig utformning åt de i kap. 13.2.2 föreslagna ersättningsreglerna. Kungörelsen (1961: 278) ang. statsbidrag till folktandvård och förordningen (1950: 606) om kommuns bidrag till kostnaderna för folktandvården föreslås upphävda.

18 kap.

12 §

Utredningen föreslår att det skall finnas en eller flera förtroendetandläkare hos försäkringskassan för att biträda kassan när det gäller granskning av räkningar från anslutna tandläkare och sådan förhandsprövning som enligt tandvårdstaxan skall kunna ske vid bl. a. mer omfattande behandlingar. När yrkesskadeförsäkringen decentraliseras till försäkringskassorna får förtroendetandläkaren medverka i handläggningen av ärenden enligt denna lagstiftning. Förtroendetandläkaren skall också verka för ett gott samarbete mellan kassan och inom dess område verksamma anslutna tandläkare.

Förtroendetandläkarna bör liksom förtroendeläkarna utses av socialstyrelsen.

19 kap.

4 §

Motiven för ändringarna i denna paragraf framgår av kap 13 i betänkandet.

Övergångsbestämmelserna

1–2.

Tandvårdsförsäkringen föreslås träda i kraft 1.1.1974. Vid denna tidpunkt har dock folktandvården inte blivit tillräckligt utbyggd för att kunna bereda alla ungdomar under 20 år avgiftsfri tandvård. Försäkringen föreslås därför tills vidare få omfatta även försäkrade fr. o. m. det år de fyllt 17 år. Det bör ankomma på Konungen att förordna när denna övergångsanordning skall upphöra att gälla. Det är tänkbart att detta får ske successivt så att den ifrågavarande övergångsbestämmelsen exempelvis fr. o. m. 1977 förordnas upphöra att gälla försäkrade födda 1960, fr. o. m. 1978 försäkrade födda 1961 eller senare etc.

3.

Som framgår av 7 § 2 st. tandvårdstaxan skall privatpraktiserande tandläkare under vissa förutsättningar, efter särskilt beslut av försäkringskassan, kunna få tillämpa en högre arvodessättning. För att beslut i denna fråga skall kunna fattas i god tid, torde försäkringskassorna behöva biträde av förtroendetandläkare före tandvårdsförsäkringens ikraftträdande. Utredningen har föreslagit att förtroendetandläkare skall vara anställda hos kassorna fr. o. m. 1.10.1973.

14.3 *Förslaget till tandvårdstaxa*

Inledande bestämmelser

1 §

Tandvårdstaxan gäller sådan tandvård som ersätts av den allmänna försäkringen enligt 2 kap. 3 § 1 st. AFL. Utanför taxans bestämmelser faller, som framgår av hänvisningen i andra stycket, vissa behandlingar som utförs

vid bl. a. centraltandpoliklinik och som enligt 2 kap. 3 § 2 st. AFL i ersättningshänseende skall jämställas med läkarvård. För dessa behandlingar gäller läkarvårdstaxan.

Att tandvårdstaxan avser tandvård inom den allmänna försäkringen innebär emellertid inte att taxan saknar betydelse för annan tandvård. Som framgår av 5 § gäller arvodesbestämmelserna vid all tandvård som utförs av tandläkare som är ansluten till försäkringen. Detsamma är fallet med bestämmelsen i 6 § om skyldighet att lämna behandlings- och kostnadsförslag. Även ersättning för tandvård enligt lagen (1954: 243) om yrkesskadeförsäkring grundas på tandvårdstaxan.

Folktandvårdstaxan (1957: 634), som gäller till utgången av år 1973, blir i fortsättningen ersatt av tandvårdstaxan och den skall givetvis ej förnyas. Tandvårdstaxan ersätter också 11 § läkarvårdstaxan (1969: 657) medan 10 § i denna taxa omarbetats.

Folktandvårdstaxan skall enligt en däri intagen bestämmelse vara anslagen på en för allmänheten väl synlig plats inom polikliniken. Utredningen har inte velat föreslå att en motsvarande bestämmelse skall införas i tandvårdstaxan. Det bör emellertid ankomma på riksförsäkringsverket att sörja för att taxans innehåll på lämpligt sätt görs bekant för allmänheten. Det bör hos varje ansluten tandläkare finnas förteckningar av vilka framgår de högsta patientavgifter som tandläkaren har rätt att ta ut av de försäkrade. Hans patienter bör beredas tillgång härtill.

2 §

Taxan skall tillämpas på tandvård som bedrivs vid folktandvårdspoliklinik, odontologisk fakultet och tandsjukvårdscentral och av de privatpraktiserande tandläkare som anslutits till försäkringen genom att bli upptagna på förteckning hos allmän försäkringskassa enligt 3 §. Med privatpraktiserande tandläkare får här också förstås t. ex. studenttandläkare och industritandläkare.

Av andra stycket i förevarande paragraf framgår att vad som sägs om tandläkare i tillämpliga delar skall gälla annan anordnare av tandvård. För exempelvis folktandvårdens del är det således huvudmannen som ytterst svarar för att taxans bestämmelser efterlevs. Det är uppenbart att vissa bestämmelser i taxan inte alltid kan tillämpas på den tandvård som bedrivs vid de nämnda institutionerna. Skyldigheten i 4 § att i mån av möjlighet mottaga försäkrad för tandvård kan t. ex. inte appliceras på de odontologiska fakulteterna. I 7 § 2 och 3 st. samt punkt 3 i övergångsbestämmelserna har särskilt angetts att bestämmelserna endast gäller för privatpraktiserande tandläkare.

3 §

Privatpraktiserande tandläkare ansluts individuellt till försäkringen. Den som vill bli ansluten får vända sig till den försäkringskassa där han bedriver eller avser att bedriva praktik och begära att bli upptagen på kassans förteckning över anslutna tandläkare. Förteckningen skall föras av försäkringskassans centralkontor. Om tandläkare har mottagning inom olika försäkringskasseområden, skall anmälan göras där den huvudsakliga verksamheten bedrivs. För att komma med på förteckningen skall tandläkaren enligt förslaget förbinda sig att följa taxans bestämmelser. Detta bör ske skriftligen enligt formulär som fastställs av riksförsäkringsverket. Förteckningen föreslås av administrativa skäl bli förnyad vid varje kvartalsskifte, således fyra gånger om året. För att bli upptagen på förteckningen vid visst kvartalsskifte skall tandläkaren ha anmält sin anslutning minst två månader i förväg.

I vissa delar av landet, särskilt i Göteborgs- och Malmöområdena, torde det vara vanligt att försäkrade anlitar tandläkare som har sin mottagning inom ett annat försäkringskasseområde än där de själva bor. Utredningen föreslår inga särregler i fråga om kassornas befattning med tandvårdsärenden i dessa fall. Tandläkaren är följaktligen i all den tandvård

han bedriver knuten till den kassa på vars förteckning han blivit upptagen. Riksförsäkringsverket får följa utvecklingen och i samråd med försäkringskassorna föranstalta om ett avräkningsförfarande av kostnader mellan kassorna om det skulle visa sig behövligt.

Det ligger i sakens natur att endast av socialstyrelsen legitimerade tandläkare skall kunna komma i fråga för anslutning. Beslut om återkallelse av legitimation torde genast delges riksförsäkringsverket som i sin tur får underrätta försäkringskassorna.

Tandläkare vid folktandvårdspoliklinik, odontologisk fakultet och tandsjukvårdscentral behöver inte upptas på förteckning hos försäkringskassa. Tjänstetandläkare har enligt gällande bestämmelser ej rätt att bedriva enskild tandläkarpraktik. I vissa fall kan dock särskilt medgivande lämnas till sådan praktik. Det kan erinras om att 1967 års folktandvårdsutredning föreslagit att förbudet skall utmönstras ur lagstiftningen (Folktandvårdens utbyggande och reglering, SOU 1970: 11).

Folktandvårdsutredningen ansåg att de betänkligheter som tidigare anförts mot att kombinera folktandvård med privattandvård alltjämt krävde beaktande men att deras praktiska betydelse till en del minskat med tandläkarkårens tillväxt. Utredningen räknade med att det skulle visa sig möjligt för berörda parter att nå en överenskommelse som garanterade huvudmännen erforderligt förhandsinflytande på bisyssleinnehavet.

I den händelse tandläkare som är anställd hos folktandvården kommer att bedriva privatpraktik vid sidan av tjänsten är han, som en följd av att taxan utan vidare är tillämplig på folktandvården, bunden av samma regler som den anslutne privatpraktiserande tandläkaren. Tandläkare som arbetar åt folktandvården genom särskilt avtal är däremot inte bunden av taxan i sin övriga privata praktik om han inte anslutit sig till försäkringen. För tandläkarna vid de odontologiska fakulteterna råder varierande tjänstgörings- och anställningsförhållanden. Kommittén för ökad intagningskapacitet vid de odontologiska fakulteterna m. m. (KIOF) har nyligen framlagt förslag till vissa ändringar i dessa hänseenden. Utredningen finner det under dessa omständigheter inte möjligt att nu gå in på frågan i vad mån tandläkarna vid fakulteterna skall anses bundna av taxan vid utövande av privatpraktik.

Av punkt 5 i övergångsbestämmelserna framgår att antalet förtecknade tandläkare under en övergångstid skall kunna begränsas vid viss försäkringskassa när synnerliga skäl föreligger. Se vidare kommentaren till dessa bestämmelser.

Det skall vara ansluten tandläkare obetaget att åter få arbeta utanför försäkringen. Ett sådant utträde bör emellertid bl. a. av hänsyn till patienterna inte få verkan omedelbart. Utredningen har ansett att taxans bestämmelser bör gälla fram till det första kvartalsskifte som inträffar två månader efter det begäran om utträde kom in till försäkringskassan. Behandling som påbörjats dessförinnan skall enligt förslaget avslutas efter taxans bestämmelser. Tandläkaren bör åläggas att lämna uppgift till försäkringskassan om vilka försäkrade som är under behandling när fristen löper ut. Det bör ankomma på riksförsäkringsverket att utfärda anvisningar härom.

Allmänna bestämmelser

4 §

Enligt 3 § allmän tandläkarinstruktion (1963: 666) åligger det varje tandläkare – vare sig han är i allmän tjänst eller enskilt utövar tandläkaryrket – att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet meddela patient de råd och såvitt möjligt den behandling som patientens tillstånd fordrar. Den föreslagna bestämmelsen i 4 § första stycket tandvårdstaxan är tänkt som ett komplement till den allmänna regeln i instruktionen. Den är samtidigt ett uttryck för att den försäkrade inte är bunden till en viss tandläkare. Till försäkringen ansluten tandläkare skall å sin sida i princip vara skyldig att erbjuda vård åt varje försäkrad som uppsöker honom. Skyldigheten kan helt

naturligt inte vara ovillkorlig. Inskränkningen "i mån av möjlighet" syftar i första hand på tidsmässiga hinder. Liksom i fråga om den återgivna regeln i tandläkarinstruktionen begränsas tandläkarens skyldighet också av den förmåga han besitter. När den förevarande regeln i tandvårdstaxan föreskriver skyldighet att *mottaga* försäkrad för vård ligger däri samtidigt att den försäkrade skall kunna gå till en ansluten tandläkare som – om han inte själv kan utföra erforderlig behandling – hänvisar till någon annan sådan som har möjlighet att ge behandlingen.

Instruktionen (1961: 279) för tandläkare inom folktandvården ålägger tandläkaren att enligt anvisningar av socialstyrelsen på lämpligt sätt meddela råd och upplysningar rörande tändernas vård och inskärpa vikten av regelbunden tandvård och omsorgsfull munhygien (10 §). En av grundlinjerna i utredningens förslag om tandvårdsförsäkring är att verka för ökade profylaktiska åtgärder. Ett viktigt inslag i dessa åtgärder är att de försäkrade erbjuds regelbunden tandkontroll. Avsikten är att få den större delen av patienterna att bli revisionsfall. Andra stycket av förevarande paragraf innebär en rekommendation till den anslutne tandläkaren att sörja för att alla hans patienter får kallelse till ny undersökning inom lämplig tid. Tandläkaren får själv avgöra på vilket sätt kallelsen skall ske. Det torde redan i dag vara ett vanligt förfarande bland tandläkarna att patienten får kallelse till nytt besök i allmänhet inom ett år. Utredningen har avstått från att rekommendera någon särskild tidsrymd inom vilken ny kontroll bör göras. Behovet av tandvård kan skifta starkt, och möjligheterna att erbjuda vård med täta mellanrum kan lokalt väntas vara begränsade i varje fall under de närmaste åren.

5 §

Första stycket innehåller förbud för tandläkaren att ta högre betalning för sin behandling än som medges av taxan. I 7 § 1 st. anges att arvode för tandvården utgår till tandläkaren med vissa maximibelopp. Regeln i 5 § 1 st. innebär emellertid dessutom att ansluten tandläkare inte heller får ta högre betalning än som anges i taxan av patienter som står utanför försäkringen, dvs. huvudsakligen barn och ungdom under 20 år. I dessa fall får således tandläkaren av patienten kräva högst det arvode som är tillåtet enligt taxan. Regelns vidgade innebörd framgår av att uttrycket patient används i texten i stället för, som i t. ex. 4 §, försäkrad.

I andra stycket har upptagits ett hinder mot att försäkringen ersätter överbehandling. Syftet med tandvårdsförsäkringen är att göra det möjligt för alla försäkrade att erhålla en fullgod odontologisk behandling. Förevarande regel har ansetts nödvändig endast för att förhindra missbruk av försäkringen. Enligt de allmänna regler som – med olika formuleringar – gäller för tandläkaren i det tidigaste återgivna stadgandet i den allmänna tandläkarinstruktionen likaväl som i etiska regler för tandläkare som fastställts av Svenska tandläkarsällskapet och Sveriges tandläkarförbund har tandläkaren att meddela patienten den behandling som är motiverad från odontologisk synpunkt. Det kan emellertid förekomma att patienten vill ha en behandling som tandläkaren t. ex. finner onödigt påkostad utan att den för den skull kan sägas vara odontologiskt omotiverad. I dessa fall innebär regeln om överbehandling att den försäkrade ensam får svara för merkostnaden. Det bör dock observeras att bestämmelsen förutsätter att tandläkaren ändå tillämpar högst det arvode som finns angivet i taxan för behandlingen.

Det är inte möjligt att ge allmänna riktlinjer för när en viss åtgärd skall anses medföra ett odontologiskt tillfredsställande resultat. Således kan i enstaka fall patientens psykiska konstitution eller hans ålder medföra att viss behandling även bör ersättas av försäkringen fastän den allmänt sett kan betraktas som mindre lämplig. För att få hjälp med de ibland svåra avvägningar som måste göras kan tandläkaren vända sig till försäkringskassan med begäran om förhandsprövning. Även den försäkrade har möjlighet att vända sig till försäkringskassan om han vill ha

annan behandling än den tandläkaren är beredd att ge. Reglerna om förhandsprövning finns i 11 §.

6 §

Stadgandet innebär att tandläkaren är skyldig att utan anmaning uppge för patienten vilken behandling han ämnar vidta liksom de ungefärliga kostnaderna för denna. Kostnadsberäkningen skall vara fullständig och således också innefatta kostnaderna för efterkontroll. Uppgifterna torde i allmänhet kunna ges mycket enkelt. I vissa fall blir dock ett omsorgsfullt utarbetat behandlingsförslag nödvändigt. Bestämmelsen gäller alla patienter och inte uteslutande sådana som den anslutne tandläkaren behandlar inom den allmänna försäkringens ram. I de nämnda etiska reglerna för tandläkare finns en rekommendation att, i synnerhet då arvode för behandling kan väntas uppgå till större belopp, underrätta patienten om de beräknade ungefärliga kostnaderna. Den föreslagna regeln om en allmän skyldighet att lämna uppgift om de väntade kostnaderna för behandlingen kan enligt utredningens mening få betydelse när det gäller att förebygga missförstånd mellan tandläkare och patient.

Det ligger i sakens natur att en del av de uppgifter tandläkaren lämnar kommer att vara behäftade med viss osäkerhet. Komplikationer som inte gått att förutse kan inträffa, och under behandlingens gång kan tandskadorna visa sig vara av större omfattning än som kunnat upptäckas vid den första undersökningen. Tandläkaren har därför inte gjorts bunden av de behandlingsförslag och kostnadsuppskattningar han gjort. Enligt andra stycket är han emellertid skyldig att underrätta patienten när han ändrar en planerad behandling så att kostnadsberäkningen blir en annan.

Ersättningsbestämmelser

7 §

De olika slag av tandvårdande åtgärder som kan förekomma har upptagits i en särskild förteckning som bifogats taxan. De i förteckningen upptagna arvodesbeloppen utgör – med de tillägg som är möjliga enligt andra och tredje styckena – maximiersättningar, och de får således väl underskridas men inte överskridas.

Förteckningen kommenteras från odontologisk synpunkt under 14.8.

Enligt en särskild bestämmelse i förteckningen får tandläkaren höja sitt arvode med 50 % vid akuttandvård som han meddelar på obekväm tid utan samband med sin ordinarie mottagningstid. Akuttandvård som utförs på ordinarie mottagningstid medför ej rätt till förhöjd ersättning.

Bakgrunden till bestämmelserna i andra stycket om individuell arvodesbindning har givits i kap. 11 i betänkandet. De arvodesbelopp som anges i förteckningen bygger på att tandläkaren i sin tandvård skall kunna erhålla en viss genomsnittlig bruttointäkt per timme vilken skall motsvara hans direkta omkostnader jämte egen förtjänst m. m. Denna bruttointäkt har upptagits till 100 kr/timme för år 1970 och – efter uppjustering med hänsyn till den beräknade allmänna inkomstutvecklingen – till 114 kr för år 1972 och 122 kr för år 1973. Förteckningens maximibelopp är uträknade efter bruttointäkterna 122 kr/timme.

Tandläkare som kan visa att han under 1972 haft en arvodesnivå som, exklusive ersättning för tandtekniska arbeten, överstiger en arvodesnivå som är beräknad på en bruttointäkt om 114 kr/timme får tillämpa en högre arvodessättning efter beslut av försäkringskassan. Detta högre arvode får med högst 5, 10, 15 eller 20 % överstiga förteckningens maximibelopp beroende på hur mycket högre tandläkarens arvodesnivå varit under 1972 i förhållande till en arvodesnivå som är beräknad på beloppet 114 kr. För arvodestillägget 5 % fordras således ett arvode som legat minst 5 % över 114 kr etc.

Tillägget får aldrig bli större än 20 %.

Det åligger tandläkaren att för försäkringskassan styrka att han uppfyller förutsättningarna för att få tillämpa en högre arvodesnivå. Riksförsäkringsverket skall enligt utredningens förslag utfärda närmare anvisningar om vad som krävs för att få rätt till individuell arvodesbindning. Vid bedömningen av tandläkarens arvodesnivå under jämförelseåret torde man kunna begagna sig av arvodessättningen vid ett visst antal typåtgärder. Det finns inte anledning att medge individuell arvodesbindning för en tandläkare med samma arvodesnivå i fråga om enskilda tandvårdsåtgärder som den som förteckningens maximiarvoden bygger på, även om han skulle ha haft högre bruttointäkter än genomsnittstandläkaren beroende på att han arbetat mycket snabbt och rationellt. En sådan tandläkare kommer ju att få högre bruttointäkter än flertalet även när han tillämpar de i förteckningen generellt medgivna maximiarvodena.

Den högre arvodessättningen avses bara komma den tandläkare till del som arbetar i sin privatpraktik på heltid. Det har därför föreskrivits att tandläkaren under 1972 skall ha utfört minst 1 600 arbetstimmar i enskild tandvård. Detta motsvarar ungefär 36 timmar i veckan under 44 veckor. Försäkringskassan skall kunna göra undantag från detta krav när särskilda skäl föreligger. Sådana skäl kan vara sjukdom, militärtjänst och havandeskapsledighet. Man bör även räkna ifrån tid som tandläkaren ägnat åt att vid sidan om privatpraktiken uppehålla en deltidstjänst som lärare vid odontologisk fakultet eller som försvarstandläkare eller att fullgöra allmänna eller andra förtroendeuppdrag.

Tandläkaren får styrka att han uppfyller de krav som ställs för individuell arvodesbindning på det sätt han finner lämpligt, t. ex. genom att förete självdeklaration, journaler, tidbok och bokföring såsom dagbok, huvudbok m. m. Innan kassan fattar sitt beslut, är det naturligt att förtroendetandläkaren hörs i ärendet.

Försäkringskassans beslut skall gälla i fortsättningen när tandläkaren utför tandvård inom försäkringen. Kassans beslut skall kunna överklagas till riksförsäkringsverket och i sista hand försäkringsdomstolen. Tandläkaren har i 14 § tandvårdstaxan tillagts besvärsrätt i ärende enligt taxan.

I tredje stycket har tandläkare med specialistkompetens i någon av de där angivna specialiteterna fått rätt att generellt tillämpa en arvodessättning som med högst 20 % överstiger förteckningens maximibelopp. Bestämmelsen gäller all tandvård som en sådan specialist utför och således inte bara arbete inom specialiteten. Som framgår av kap. 11 i betänkandet har utredningen ansett en sådan högre arvodessättning vara motiverad med hänsyn till den investering specialisten gjort i en längre utbildning och ibland i dyrare utrustning samt till att han i betydande omfattning får ta hand om svåra behandlingsfall.

Regeln gäller specialist som sedan 1972 varit verksam i enskild praktik. Även den allmänpraktiker som skaffar sig specialistkompetens efter taxans ikraftträdande kommer i fråga under förutsättning att han arbetat i privatpraktik sedan 1972. Bestämmelsen är avfattad med hänsyn till sådana tandläkare som fullbordar sin specialistutbildning under de närmaste åren efter taxans ikraftträdande, eftersom dessa påbörjat och hunnit relativt långt med sin specialistutbildning när taxan träder i kraft. Den angivna regeln är avsedd att gälla i avvaktan på resultatet av den pågående specialistutredningens arbete.

8 §

Som en huvudregel gäller att försäkringen betalar halva arvodet genom tandvårdsersättning och den försäkrade återstoden genom patientavgift. I 9 § har givits särskilda bestämmelser för en mindre patientgrupp.

Som framgår av det i kap. 11 anförda är det en viktig uppgift för försäkringen att skydda patienterna mot mycket stora tandvårdsutgifter. Överstiger det sammanlagda arvodet för tandvård – inkl. arvode för tandtekniskt arbete – under en behandlings-

omgång 1 000 kr, skall därför enligt andra stycket tandvårdsersättning utgå med tre fjärdedelar av överskjutande belopp. Av hela tandläkararvodet betalar med andra ord försäkringen 50 procent upp till och med 1 000 kr och därefter 75 procent av högre belopp. Skulle det sammanlagda tandläkararvodet uppgå till exempelvis 2 000 kr, blir tandvårdsersättningen 1 250 (500 + 750) kr och patientavgiften 750 (500 + 250) kr.

Enligt tredje stycket skall försäkringen svara helt för ädla metaller m. m. Utöver metaller är det fråga om prefabricerade tänder och speciella förankringselement. Utredningen föreslår att en särskild prislista skall gälla för dessa material. Prislistan bör fastställas av riksförsäkringsverket.

De föreslagna bestämmelserna innebär att den försäkrade skall betala patientavgiften till tandläkaren i samband med behandlingen. Tandvårdsersättningen erhåller tandläkaren genom att med jämna mellanrum, lämpligen en gång i månaden, sända in räkning till försäkringskassan på utförda behandlingar. Andra alternativ är också tänkbara. Hur räkningen skall se ut och vilka handlingar som skall bifogas avser utredningen att återkomma till senare.

Om en patient underlåter att betala patientavgiften för utförd behandling har tandläkaren rätt att få tandvårdsersättningen utbetald men står sedan risken för att han inte lyckas indriva patientavgiften. Utredningen återkommer i den särskilda kommentaren till förteckningen över taxerubriker och arvoden till vad som gäller när patienten uteblir från avtalat tandläkarbesök.

Enligt folktandvårdstaxan är vårdsökande skyldig att erlägga betalning för varje gång i den mån behandling fortskrider, om inte huvudmannen medger annat. Utredningen har inte velat föreslå att en motsvarande skyldighet skall inskrivas i tandvårdstaxan. Det bör ändå stå varje huvudman och ansluten tandläkare fritt att tillämpa detta betalningssätt gentemot sina patienter.

Av ersättningsreglernas konstruktion följer att såväl tandvårdsersättningen som patientavgiften blir lägre om tandläkaren tillämpar mindre arvode än vad han har rätt till enligt förteckningens priser. Inom läkarvården förekommer det att patientavgiften 7 kr inte tas ut av vissa patienter utan att för den skull huvudmannen går miste om ersättningsbeloppet 31 kr från den allmänna försäkringen. På motsvarande sätt bör det vara möjligt för den offentliga vården – folktandvården och de odontologiska fakulteterna – att tillämpa lägre patientavgifter i vissa fall utan att samtidigt gå miste om någon del av tandvårdsersättningarna.

Till sist bör påpekas att ersättning från försäkringen till folktandvårdens huvudmän under en övergångstid kommer att få en särskild reglering som sammanhänger med utredningens förslag i 13.2.2 om bidrag till folktandvård. Särskilda bestämmelser avses bli utfärdade med stöd av den nya 2 kap. 10 § AFL.

9 §

Från huvudregeln att tandvården skall bekostas av såväl försäkringen som den försäkrade har i förevarande paragraf gjorts undantag för en liten grupp patienter. Det är här fråga om patienter med medfödd eller förvärvad ansikts- eller käkmissbildning inberäknat vissa tandanomalier. För en del av dessa fall skall försäkringen enligt förslaget betala hela arvodet för behandlingen. Bakgrunden framgår av vad som anförts i kap. 9. Reglerna tillgodoser önskemål som framfördes i motionerna I: 769 och II: 901 till 1969 års riksdag om vidgad rätt till ersättning enligt AFL i hithörande fall. Andra lagutskottet anslöt sig i utlåtande nr 77 år 1969 till motionernas syfte och ansåg i likhet med riksförsäkringsverket i avgivet remissyttrande att frågan borde utredas. Sedan utlåtandet vunnit riksdagens bifall och Kungl. Maj:t uppdragit åt riksförsäkringsverket att utreda frågan, har uppdraget övertagits av utredningen.

De medfödda defekterna inbegriper i första hand läpp-, käk- och gommissbildningar. Hit hör också vissa svåra käkställningsanomalier i form av för liten eller stor haka eller

annan ansiktsasymmetri. Käkställningsanomalierna visar sig vanligen först i samband med puberteten. I en del fall är dessa anomalier förvärvade genom skador eller sjukdomstillstånd i ansikts- eller käkregionen. Det kan då röra sig om frakturer eller svåra inflammationer i ansiktsskelettet samt i enstaka fall om tumörsjukdomar. Sammanfattningsvis kan sägas att de medfödda eller förvärvade defekterna leder fram till ett mer eller mindre vanställt ansikte i förening med tal- och tuggsvårigheter.

Behandlingen av de medfödda och förvärvade ansiktsmissbildningarna är långvarig och omfattande där både medicinska och odontologiska experter deltager. För en del av patienterna sker behandlingen vid de käkcentraler som riksdagen beslöt om 1960. Sedan väl en omfattande käkortopedisk och plastikkirurgisk behandling utförts på dessa patienter behövs som ett led i den medicinska vården att omfattande protetiska konstruktioner utförs för att återställa bettets funktion och säkerställa uppnådda resultat. Enligt utredningens mening bör denna tandvård betraktas som ett led i den medicinska vården och försäkringen bör därför bära hela kostnaden. Om den protetiska behandlingen inte utförs på den käkcentral, odontologiska fakultet eller centraltandpoliklinik där patienten f. ö. får sin behandling, torde den med fördel kunna skötas av tandläkare på patientens bostadsort. Utredningen föreslår därför att dylik behandling även skall kunna ersättas om den sker efter remiss från någon av de nämnda institutionerna. Det förutsätts därvid att remiss utfärdas antingen till specialtandläkare i protetik eller till allmäntandläkare som är väl förfaren i protetisk vård.

För en del av patienterna med medfödda eller förvärvade ansikts- eller käkmissbildningar ger redan käkortopedisk och plastikkirurgisk behandling ett sådant resultat att ett funktionsdugligt bettillstånd uppnås utan att protetiska konstruktioner behöver tillgripas. Dessa patienter får i fråga om sitt tandvårdsbehov anses vara jämställda med vanliga patienter. Utredningen har därför stannat för att begränsa tillämpningen av förevarande paragraf till sådana patienter som p. g. a. sin ansikts- eller käkmissbildning har behov av protetisk vård i form av antingen avtagbar eller fastsittande konstruktion. För dessa patienter ersätts hela tandvårdskostnaden, dvs. även konserverande och övrig vård såväl i över- som underkäken. Utredningen har inte ansett det vare sig möjligt eller lämpligt att göra några andra avgränsningar.

Har en omfattande protetisk vård utförts på en patient p. g. a. en ansikts- eller käkmissbildning torde en sådan patient även i framtiden få vidkännas en förhöjd tandvårdskostnad för att underhålla de utförda konstruktionerna. Det är också av synnerlig vikt att den insatta vården följs upp så att den utförda behandlingen inte spolieras t. ex. genom sekundära kariesangrepp eller tandlossning. Utredningen har därför i andra stycket föreslagit att försäkringen även framdeles skall stå för dessa patienters vårdkostnader. Ett villkor är att patienten blir revisionspatient, dvs. söker tandläkare minst en gång per år. Dessa revisioner behöver inte ske hos den tandläkare som utförde den protetiska vården.

Behovet av revisionstandvård torde för övrigt vara mycket stort även för övriga patienter med ansikts- eller käkmissbildningar. Såväl inom folktandvård som hos privatpraktiserande tandläkare bör därför särskild vikt läggas vid rekommendationen i 4 § när det gäller denna patientgrupp.

Under bestämmelserna i 9 § får också anses falla en liten grupp patienter som helt eller delvis saknar tandanlag eller vars tandanlag är defekta (bl. a. amelogenesis resp. dentinogenesis imperfecta). Även i dessa fall gäller att försäkringen svarar för hela arvodet endast när patienternas vårdproblem måste lösas med fasta eller avtagbara protetiska konstruktioner. Vårdbehovet måste konstateras av tandläkare som är anställd vid någon av de institutioner som utfärdar remiss.

Det torde ibland bli svårt att avgöra om en patient tillhör den grupp som enligt 9 § skall få hela tandvårdskostnaden betald av försäkringen. I 11 § har det därför uppställts ett

krav på förhandsprövning i fall som avses i 9 § 1 st. Det får ankomma på riksförsäkringsverket att utfärda närmare anvisningar om de behandlingar som hör till 9 §.

10 §

Möjligheterna till överbehandling gör det nödvändigt för försäkringskassorna att pröva storleken av begärda tandvårdsersättningar. I första stycket av denna paragraf har det därför uttryckligen angetts att försäkringskassan bestämmer den tandvårdsersättning som skall utgå för utförd behandling. I svårbedömda fall kan tandläkare begära förhandsprövning enligt 11 § och därigenom undvika bakslag.

Skulle försäkringskassan besluta om en lägre tandvårdsersättning än den tandläkaren debiterat, skall enligt bestämmelsen i andra stycket tandläkaren själv stå för den kostnad han inte får ersatt av försäkringen. Tandläkaren har således inte rätt att ta ut mellanskillnaden av den försäkrade. Denne har ju mestadels ingen möjlighet att kontrollera om en behandling t. ex. är onödigt påkostad eller ej. Har den försäkrade däremot i medvetande härom påyrkat en dyrare behandling än som varit nödvändig för att uppnå ett odontologiskt tillfredsställande resultat, skall han som framgår av 5 § 2 st. ensam svara för merkostnaden.

Utredningen har med formuleringen "på grund av särskilda omständigheter" velat understryka att tandläkarens bedömning av vad som behövts för att uppnå ett odontologiskt tillfredsställande resultat inte får frångås annat än i undantagsfall. Särskilt i reformens inledningsskede finns det anledning för försäkringskassorna att iaktta varsamhet när det gäller prövningar av hithörande slag. Det är tänkbart att mer enhetliga normer utvecklas efter hand åtminstone vid ofta förekommande behandlingar och att därmed en något restriktivare prövning blir motiverad.

Det torde vara praxis bland privatpraktiserande tandläkare att i viss utsträckning själv svara för den extra kostnad som det innebär att ibland behöva göra om en behandling. Ofta tar tandläkaren inte betalt om han t. ex. inte kan utesluta att han gjort ett misstag vid den första behandlingen. I andra fall får patienten betala kostnaden för den nya behandlingen, t. ex. om behandlingen varit komplicerad eller patienten inte följt tandläkarens anvisningar. Inom folktandvården förekommer det i större utsträckning att huvudmannen tar på sig kostnaden för ett omgjort arbete. Vederbörande tjänstetandläkare går vanligen miste om sitt tantiem när det gäller omgörning av egna arbeten. Problemet uppkommer vanligen endast när protetiska arbeten av större omfattning behöver göras om.

Utredningen har ansett att nu rådande praxis bör gälla även inom försäkringen. Alltefter omständigheterna i det enskilda fallet får tandläkaren således ta ut såväl patientavgift som tandvårdsersättning motsvarande hela kostnaden för den nya behandlingen eller själv svara för den extra kostnaden.

I tredje stycket av förevarande paragraf har det emellertid öppnats möjlighet till ett tredje fördelningssätt, vilket mera ansluter till den inom folktandvården tillämpade ordningen. Om det med hänsyn till behandlingens beskaffenhet ej kan anses skäligt att den försäkrade skall betala patientavgift, får försäkringskassan bestämma att tandvårdsersättning skall utgå under förutsättning att den försäkrade ej debiteras patientavgift. De behandlingar som åsyftas är främst större protetiska arbeten men också t. ex. komplicerade rotbehandlingar. Regeln innebär ett avsteg från den princip som enligt 8 § eljest gäller, nämligen att tandvårdsarvode skall betalas genom såväl tandvårdsersättning som patientavgift. Av 11 § framgår att den nu behandlade regeln endast får tillämpas efter förhandsprövning av försäkringskassan. Förtroendetandläkaren har då möjligheter att på förhand bilda sig en uppfattning om behandlingen behöver göras om och om vad som varit anledningen till att den första behandlingen inte lyckats.

Förhandsprövning

11 §

Av bestämmelser i 5 och 10 §§ följer att tandläkaren inte får ersättning för annan behandling än sådan som kan anses nödvändig för att uppnå ett odontologiskt tillfredsställande resultat. Merkostnaden för en dyrare behandling får patienten betala om han själv begärt den. I annat fall skall tandläkaren själv stå för den. De avvägningar som måste göras kan vara svåra. För att inte riskera att försäkringskassan efteråt vägrar att godtaga hans bedömning har tandläkaren enligt första stycket möjlighet att begära en prövning i förhand av den behandling han ämnar utföra. Även den försäkrade kan begära förhandsprövning om han inte vill åtnöja sig med den behandling som tandläkaren anser sig böra utföra inom försäkringens ram.

Enligt andra stycket skall förhandsprövning ske i vissa fall om inte riksförsäkringsverket beslutar om undantag för viss tandvård. Prövning skall således ske om den före behandlingen beräknade kostnaden för tandvården uppskattas till mer än 2 000 kr. Skulle 2 000-kronorsgränsen överskridas under behandlingens gång utan att förhandsprövning skett, får detta anmälas till försäkringskassan. Förhandsprövningen är, som tidigare framgått, också obligatorisk för de i 9 § 1 st. behandlade fallen och för att tandvårdsersättning för en omgjord behandling enligt 10 § 3 st. skall kunna utgå utan att patientavgift erläggs.

Utredningen förutsätter att den obligatoriska förhandsprövningen skall ske efter riksförsäkringsverkets anvisningar. Verket har i förslaget givits rätt att besluta om undantag för viss tandvård. Det bör vara möjligt att exempelvis undanta kliniker inom folktandvården från 2 000-kronorsregeln. Det är därvid tänkbart att för dessa i stället tillämpa en mer schablonartad ordning. Detsamma gäller tandvården vid de odontologiska fakulteterna. I viss mån bör också privatpraktiserande specialister kunna undantas.

Det kan inte med någon säkerhet förutses hur de föreslagna bestämmelserna kommer att verka i praktiken. Riksförsäkringsverket har därför i förslaget fått möjlighet att besluta om förhandsprövning även i andra fall än de uppräknade. Skulle det t. ex. visa sig önskvärt med en något lägre eller en med hänsyn till olika behandlingstyper mer varierad gräns än 2 000-kronorsregeln innebär, bör därför verket kunna bestämma om en sådan.

Det beslut försäkringskassan fattar vid sin förhandsprövning måste helt naturligt vara bindande för kassan i fråga om behandlingens uppläggning och omfattning. Någon exakt bindning i kostnadshänseende är däremot inte möjlig. För att undvika att samma behandling underkastas två prövningar, i förhand och när ersättningen skall bestämmas, har utgången av förhandsprövningen gjorts bindande även för den försäkrade och tandläkaren. Det kan emellertid inträffa komplikationer under behandlingen som inte varit möjliga att förutse. Dessa kan någon gång vara av den arten att förutsättningarna för det ursprungliga behandlingsförslaget radikalt ändrats. Det kan också vara fråga om att ett visst moment i behandlingen, t. ex. lagningen av en enskild tand, måste göras med en annan metod än som var tänkt från början. Det har därför införts en möjlighet till omprövning i fråga om rätt till ersättning från försäkringen när det efter förhandsprövningen framkommit omständigheter som utgör skäl för ändrad bedömning.

Särskilda bestämmelser

12 §

Enligt 20 kap. 8 § AFL åligger det den som är försäkrad eller eljest äger rätt till ersättning enligt AFL att i enlighet med särskilda föreskrifter lämna de uppgifter som är av betydelse för tillämpningen av lagen. Vidare kan nämnas att försäkringsdomstolen har att föranstalta om bevisning enligt regler i 10–16 §§ lagen (1961: 262) om försäkringsdomstol. Inom yrkesskadeförsäkringen finns regler som bl. a. innebär att förhör under

sanningsförsäkran får äga rum med den som saken rör.

Bestämmelsen i förevarande paragraf om skyldighet för försäkrad att ställa sig till förfogande för undersökning utgör ett komplement till de regler som gäller generellt inom den allmänna försäkringen. Den är tillkommen för att ge främst förtroendetandläkaren möjlighet att i svåra fall bilda sig en uppfattning om en föreslagen eller utförd behandling genom egen undersökning. Sådan undersökning skall endast behöva ske undantagsvis.

Enligt förslaget skall undersökningen ske vid tandvårdsmottagning inom kassans verksamhetsområde. Uppkommer kostnader för den försäkrade, skall ersättning kunna utgå från försäkringen om särskilda skäl föreligger, t. ex. att dryga resekostnader varit förenade med undersökningen. Kostnaderna bör i så fall beräknas med ledning av bestämmelserna i sjukreseförordningen (1962: 385). Även ersättning för förlorad arbetsförtjänst bör kunna komma ifråga.

13 §

Enligt 2 § allmänna tandläkarinstruktionen är tandläkare pliktig att bl. a. avgiva infordrade förklaringar, utlåtanden, upplysningar och rapporter till socialstyrelsen och länsläkarorganisationen. Det har ansetts påkallat att inom försäkringen föreskriva en liknande skyldighet för ansluten tandläkare gentemot försäkringskassan, riksförsäkringsverket och försäkringsdomstolen. Skyldigheten är helt påkallad av försäkringens intresse och den gäller i ärende om förhandsprövning och ersättning enligt taxan.

Besvär m. m.

14 §

De för den allmänna försäkringen gemensamma bestämmelserna om bl. a. talan mot beslut i ärende angående försäkring är utan särskilda regler i tandvårdstaxan tillämpliga på försäkrads rätt till tandvårdsersättning. Med den föreslagna utformningen av tandvårdsförsäkringen har emellertid även tandläkaren behov av att kunna överklaga beslut i ärende som berör honom. Detta gäller särskilt beslut enligt 7 § 2 st om rätt att tillämpa förhöjd arvodessättning men också beslut i mer renodlade försäkringsärenden. I förevarande paragraf har därför tandläkaren givits rätt att föra talan mot beslut i ärende enligt tandvårdstaxan. Bl. a. avses beslut i ärenden om förhandsprövning och bestämmande av tandvårdsersättning. Enligt 11 § förvaltningslagen (1971: 290) får talan föras av den som beslutet angår, om det gått honom emot. Fullföljdsreglerna i 20 kap. 10, 12 och 13 §§ AFL blir direkt tillämpliga på talan som förs av tandläkare.

Utredningen har övervägt att föreslå en begränsning av rätten till fullföljd i ärende om förhandsprövning så att riksförsäkringsverket skulle vara sista instans i dessa ärenden. Skälet härtill skulle framför allt vara att i möjligaste mån hindra att behandlingar fördröjs i avvaktan på slutligt beslut i förhandsprövningsärende. För närvarande finns emellertid inga fullföljdsbegränsningar inom den allmänna försäkringen, trots att en sådan begränsning skulle kunna vara motiverad i vissa typer av ärenden. Utredningen har därför stannat för att undantag inte nu bör göras för förhandsprövningsärendena. Frågan om en begränsning torde i stället få tas upp i samband med en allmän översyn av den allmänna försäkringens fullföljdsregler. Utredningen utgår från att överklaganden till försäkringsdomstolen av beslut i ärende om förhandsprövning inte skall ske i någon större utsträckning, och att brådskande behandlingar trots förhandsprövning kommer att utföras utan dröjsmål.

Enligt 15 § tandvårdstaxan kan tandläkare avföras från förteckning hos försäkringskassa. För detta fall gäller en särskild besvärsregel i nämnda paragraf.

AFL innehåller bestämmelser (20: 4) om skyldighet för försäkrad att återbetala ersättning som utgått obehörigen eller med för högt belopp. Några motsvarande föreskrifter har inte ansetts erforderliga i fråga om

tandvårdsersättning som utbetalts till tandläkare. En återbetalningsskyldighet i hithörande fall torde följa av allmänna rättsregler.

15 §

Tandläkare som bryter mot bestämmelse i allmänna tandläkarinstruktionen kan enligt denna ådömas straff av allmän domstol. Enligt lagen (1963: 251) om behörighet att utöva tandläkaryrket äger socialstyrelsen återkalla tandläkares legitimation bl. a. om han ådagalagt grov oskicklighet vid utövning av tandläkaryrket eller eljest visat sig uppenbart olämplig som tandläkare. Talan mot beslut om återkallelse av legitimation kan föras hos kammarrätten. Regeringsrätten är högsta instans.

Enligt tandvårdstaxan har tandläkaren att följa vissa bestämmelser om behandling av försäkrad och rätt till ersättning för utförd tandvård. Dessa bestämmelser är betingade av de förutsättningar under vilka tandvårdsförsäkringen skall fungera och går endast undantagsvis in under de allmänna bestämmelser som gäller för utövningen av tandläkaryrket. För att säkerställa efterlevnaden av taxans bestämmelser har det därför ansetts nödvändigt att knyta särskild påföljd till brott mot taxan av tandläkare. I förevarande paragraf har sålunda införts en regel om att riksförsäkringsverket efter försäkringskassans hörande kan avföra tandläkare från förteckning hos allmän försäkringskassa och alltså ställa honom utanför rätten att utföra arbete inom försäkringens ram, om han bryter mot bestämmelse i taxan. Denna påföljd kan få högst ingripande verkningar på den enskilda tandläkarens möjligheter att försörja sig genom utövning av sitt yrke, i synnerhet om, som utredningen förutsätter kommer att ske, de privatpraktiserande tandläkarna allmänt ansluter sig till försäkringen. Bestämmelsen bör därför användas med stor försiktighet och endast vid flagranta brott mot taxan. I allmänhet torde tandläkare en eller flera gånger erinras om sin skyldighet att följa taxans bestämmelser, innan beslut fattas om att han skall avföras från förteckningen. Det har ansetts ligga i sakens natur att tandläkare som avförts från förteckning inte har rätt att utan vidare på nytt bli uppförd på förteckning. En viss tid bör således förflyta innan detta kan ske.

Påföljd enligt denna paragraf har vissa likheter med den i sista hand av regeringsrätten handlagda frågan om återkallelse av legitimation. Men hänsyn till att påföljden tillgrips i försäkringens intresse och endast sällan rör förhållande som är ägnat att påverka rätten till legitimation har utredningen föreslagit att försäkringsdomstolen skall vara högsta instans i ärende enligt denna paragraf.

Skulle en tjänsteman vid t. ex. folktandvården bryta mot bestämmelse i taxan, gäller förevarande paragraf inte honom. I stället torde ansvar för tjänstefel komma i fråga om han i tjänsten gjorts bunden av taxans regler. Det förutsättes att huvudmannen underrättar försäkringskassan om åtgärd som vidtagits mot tjänsteman som brutit mot taxan.

Det kan till sist också erinras om att vissa brott mot taxans ersättningsbestämmelser kan vara av den arten att de skall anses som bedrägeribrott enligt brottsbalken.

Beslutar riksförsäkringsverket att avföra tandläkare från förteckning, skall bestämmelserna i 20 kap. 13 § AFL tillämpas på beslutet. Av tredje stycket i detta lagrum framgår att beslut av försäkringskassa eller riksförsäkringsverket skall lända till omedelbar efterrättelse, om inte annat föreskrivits i beslutet eller bestämmes av myndighet som har att pröva beslutet. Beslut enligt 15 § tandvårdstaxan har en annan karaktär än beslut i vanliga försäkringsärenden. De bör inte gå i omedelbar verkställighet annat än när så bedöms nödvändigt.

Utredningen förutsätter att ärende enligt denna paragraf skall behandlas med förtur av försäkringsdomstolen.

Övergångsbestämmelserna

1–2.

Som framgått vid behandlingen av de föreslagna ändringarna i AFL skall tandvårdsförsäkringen träda i kraft 1.1.1974 och taxan gälla för högst två år i sänder. För att underlätta genomförandet av reformen har i punkt 2 föreslagits att privatpraktiserande tandläkare skall få anmäla sin anslutning fr. o. m. 1.10.1973. För att komma med i förteckningen redan från starten skall han i överensstämmelse med regeln i 3 § ha gjort anmälan senast 1.11.1973. Det får ankomma på riksförsäkringsverket – som enligt bemyndigande i 18 kap. 2 § AFL har att utfärda anvisningar för försäkringskassorna – att meddela närmare föreskrifter i samband med ikraftträdandet.

3.

Som framgått av kap. 13 i betänkandet föreslår utredningen att ersättning från försäkringen i viss utsträckning skall kunna utgå även för pågående behandlingar, dvs. behandlingsomgångar, som påbörjats före ikraftträdandet 1.1.1974. Härigenom motverkas den dämpning av efterfrågan på tandvård som väntas under i varje fall senare hälften av 1973. Reglerna i första stycket av förevarande punkt är tillämpliga på privatpraktiserande tandläkare som senast 1.11.1973 anmält sin anslutning till försäkringskassa. Rätt till tandvårdsersättning skall föreligga för tandvård som inte beräknas kosta över 2 000 kr. Detta är gränsen för obligatorisk förhandsprövning och sådan prövning avses inte ske förrän efter 1.1.1974. Behandlingen skall vidare ha påbörjats efter 31.10.1973, dvs. efter den dag då privatpraktiserande tandläkare skall ha anmält sin anslutning till försäkringskassa för att vara med från början. Behandlingen skall slutligen inte vara avslutad före årsskiftet 1973–74 och tandläkaren skall ej ha tagit ut slutgiltigt arvode av patienten för tandvården. Rätten till ersättning bör däremot inte påverkas av att tandläkaren tar emot à conto-betalningar under behandlingens gång.

Blir tandläkaren ansluten till försäkringen senare än 1.1.1974, skall taxan enligt andra stycket vara tillämplig på tandvårdsåtgärd som påbörjas sedan tandläkaren vunnit anslutning. Med behandlingsåtgärd avses sådan åtgärd för vilken arvode är särskilt angivet i förteckningen. Har behandlingen inletts före anslutningen, utgår ingen ersättning från försäkringen för tidigare utfört arbete. Tandläkaren får därför i sådana fall noga specificera arten och omfattningen av det arbete som nedlagts före respektive efter det han vunnit anslutning till försäkringen. I detta hänseende kan det visa sig nödvändigt med anvisningar av riksförsäkringsverket.

4.

Bakgrunden till denna bestämmelse har lämnats i kap. 13. Avgifterna i folktandvårdstaxan är i fråga om protetiska arbeten låga i jämförelse med andra behandlingar. För att patientavgifterna inom försäkringen inte skall skilja sig för mycket från de avgifter som f. n. tas ut inom folktandvården föreslår utredningen i denna punkt att tandvårdsersättning tills vidare skall utgå med 3/4 av arvodet för behandling, inkl. tandtekniskt arbete, som anges i rubrikerna nr 59a, 59b och 60 i förteckningen. Dessa avser behandling med avtagbar hel överkäksprotes, hel underkäksprotes och helprotes. För att undvika olämpliga styreffekter som skulle kunna bli följden av den högre nivån på ersättningen från försäkringen är det angeläget att bestämmelsen endast vinner tillämpning i de fall då behandling med hel protes är den adekvata vården. Särregeln föreslås inte gälla vid övriga protetiska arbeten. Även förarbete till behandling med angivet slag av protes skall behandlas efter de vanliga försäkringsreglerna. Av naturliga skäl skall inte bestämmelsen i 8 § 2 st. om högre tandvårdsersättning vid ett sammanlagt arvode som överstiger 1 000 kr kunna tillämpas samtidigt.

5.

Utredningen räknar med anslutning till försäkringen från det absoluta flertalet

privatpraktiserande tandläkare. Det är emellertid ovisst i vad mån tandvårdsreformen kan få till följd att nyutexaminerade tandläkare i ökad utsträckning väljer att öppna privatpraktik framför att söka tjänst vid folktandvården eller att tjänstetandläkare går över till privatpraktik. För att inte tillgången på tandläkare inom folktandvården skall bli eftersatt har det i förevarande punkt öppnats en möjlighet att under ett övergångsskede – som en yttersta garanti – begränsa antalet anslutna privatpraktiserande tandläkare under en tid av högst två år. Sådan begränsning får bara ske lokalt för försäkringskassans verksamhetsområde, vilket överensstämmer med huvudmannaområdet. Åtgärden skall föregås av överläggning med vederbörande huvudman för folktandvården inom området och Sveriges tandläkarförbund. Utredningen utgår från att riksförsäkringsverkets beslut skall fattas efter samråd med den tandvårdsdelegation som utredningen föreslår inrättad och att tandläkarförbundet kommer att inhämta den berörda lokalföreningens mening.

14.4 *Förslaget till ändring av läkarvårdstaxan*

Ersättning för viss tandläkarvård som meddelas vid centraltandpoliklinik, odontologisk fakultet eller allmänt sjukhus utgår efter en återbäringstaxa som finns intagen i 10 § läkarvårdstaxan. Viss tandbehandling är därför redan nu i fråga om rätt till ersättning från sjukförsäkringen jämställd med läkarvård. Sedan 1970 gäller för läkarvård som ombesörjs av staten, landstingskommun eller stad att av den försäkrade uttas en avgift på 7 kr per besök samtidigt som ersättning från försäkringen utgår med 31 kr till den som meddelat vården.

Centraltandpoliklinik skall enligt kungörelsen (1961:278) angående statsbidrag till folktandvård finnas inrättad vid ett av huvudmannens lasarett för att motta mer komplicerade fall. Vanligen är centraltandpoliklinikerna belägna vid ett centrallasarett. De har tidigare fungerat som remissinstanser för mer komplicerade fall inom odontologins samtliga specialiteter. Utvecklingen går emellertid i den riktningen att dessa polikliniker alltmer blir remissinstanser för oral kirurgi, dvs. man tar hand om komplicerade fall inom specialistområdet tandsystemets kirurgiska sjukdomar. Dit räknas också behandling av käkskador. Övriga delar av centraltandpoliklinikernas tidigare verksamhet, som alltså ej är oral kirurgi, överförs mer och mer till andra specialist- eller specialtandpolikliniker.

I och med denna utveckling har centraltandpoliklinikerna kommit att bli en integrerad del av lasaretten och därvid i första hand anknutna till öron-, näs- och halsavdelningarna. Den övervägande delen av patienterna kommer dock på remiss från tandläkare. Vid behandlingen på centraltandpoliklinikerna behöver man ibland remittera patienterna vidare inom lasarettet för undersökningar och konsultationer. Bl. a. när det gäller käkskadebehandlingar skulle patientens vårdkostnader vid centraltandpoliklinïken komma att bli betydande jämfört med om motsvarande behandling utförs inom den slutna vården vid någon av lasarettets avdelningar. Utredningen föreslår att 10 § läkarvårdstaxan ändras så att ersättning för en stor del av centraltandpoliklinikernas behandlingar skall utgå enligt bestämmelserna för läkarvård.

Inom vissa huvudmannaområden fungerar en odontologisk fakultet eller tandsjukvårdscentral som centraltandpoliklinik. Inom vissa regioner har käkcentraler byggts upp för att ta hand om bl. a. käkskadevården. Slutligen har vissa huvudmän inrättat tandpolikliniker vid lasarett där en del av vårduppgifterna överensstämmer med centraltandpoliklinikerna. I förslaget till ny utformning av 10 § läkarvårdstaxan har dessa institutioner jämställts med centraltandpolikliniker.

I förslaget finns uppräknat de oralkirurgiska behandlingar och andra åtgärder som skall jämställas med läkarvård ur ersättningssynpunkt. Med de nya formuleringarna görs ett försök att mer koncentrerat och med användande av moderna termer avgränsa de behandlingar som skall ersättas enligt be-

stämmelserna för läkarvård. Förteckningen överensstämmer till sitt innehåll med nuvarande bestämmelser i läkarvårdstaxan utom i ett avseende. Parodontalkirurgi och övrig parodontalvård föreslås inte bli ersatta enligt bestämmelserna för läkarvård utan får i stället ersättas enligt bestämmelserna i tandvårdstaxan.

Parodontalvård har tidigare hört till oralkirurgernas ämnesområde. Parodontologin är numera ett självständigt ämnesområde och självständig odontologisk specialitet. I dag utförs dock alltjämt rätt mycket parodontalkirurgi vid centraltandpoliklinikerna. Själva det kirurgiska ingreppet är dock bara en liten del av parodontalvården och de vid centraltandpoliklinikerna verksamma tandläkarna har endast i undantagsfall specialistbehörighet i parodontologi. En strävan är därför hos huvudmännen att inrätta speciella kliniker – ej belägna i anslutning till lasarett – för en mer total behandling av avancerade och svåra parodontalfall. Flera huvudmän har redan inrättat specialistkliniker för parodontalvård. Tanken är således att från centraltandpoliklinikerna föra ut parodontalvården i första hand till allmänpraktikerna och i andra hand till specialkliniker. Den parodontala (parodontalkirurgiska) behandlingen bör medföra samma kostnad för patienten vare sig den utförs vid centraltandpoliklinik eller vid specialklinik för tandlossningssjukdomar. Parodontalvården bör därför inte ingå i 7-kronorssystemet.

Ingen av de åtgärder som inryms under punkterna 1–4 i förslaget innefattar profylaktiska åtgärder. Sådana åtgärder ersätts f. n. inte heller i 7-kronorssystemet.

Hänvisningen till bestämmelserna om ersättning i 1 § läkarvårdstaxan medför att hela kostnaden för stödförband och tandprotetiska arbeten i samband med käkskadebehandling eller käkprotetisk vård ersätts mot en patientavgift av 7 kr vid sådan tandvård som sägs i någon av punkterna 2 och 3 i förslaget.

Riksförsäkringsverket har utfärdat vissa anvisningar beträffande 1 § läkarvårdstaxan. Utredningen förutsätter att dessa ses över och i tillämpliga delar görs giltiga för tandläkarvård som jämställts med läkarvård.

14.5 *Förslaget till lag om ändring i lagen om yrkesskadeförsäkring*

Om någon som är omfattad av sjukförsäkringen enligt AFL drabbas av yrkesskada, har han enligt nuvarande bestämmelser i 11 § 1 st. lagen om yrkesskadeförsäkring (YFL) rätt att under den så kallade samordningstiden, dvs. i allmänhet under 90 dagar efter det skadan inträffade, få samma ersättning från försäkringskassan som vid annan sjukdom. Detta innebär i fråga om rätten till läkarvårdsersättning att han vanligen måste betala 7 kr själv för varje läkarbesök och att ersättningen för resekostnad är begränsad till belopp som överstiger 6 kr. Motsvarande regler gäller också för den som inte är omfattad av sjukförsäkringen (11 § 3 st.). Efter samordningstidens utgång får enligt 4 kap. 5 § AFL sjukvårdsersättning ej utges från den allmänna försäkringen. I stället ersätter yrkesskadeförsäkringen alla erforderliga kostnader för läkarvård liksom nödiga utgifter för resor (12 § YFL). Enligt fjärde stycket i 11 § YFL ersätter yrkesskadeförsäkringen vidare erforderliga kostnader för bl. a. tandläkarvård i den mån ersättning inte utgår enligt AFL.

Enligt förslaget till allmän tandvårdsförsäkring skall försäkringen endast till en del ersätta utgifterna för tandvård, och den försäkrade kommer i många fall att själv få betala tämligen betydande belopp i patientavgift. De föreslagna ändringarna i 11 § YFL är utformade så att förmånerna enligt yrkesskadeförsäkringen inte skall försämras under samordningstiden i förhållande till vad som gäller nu. I första och tredje styckena har sålunda tandvården undantagits från de bestämmelser som gäller i övrigt för sjukersättning. Tandvården ersätts i stället enligt nuvarande regler i fjärde stycket av YFL i den mån ersättning inte utgår enligt AFL. Detta innebär att patientavgiften för tandvården skall erläggas av yrkesskadeförsäkringen och

tandvårdsersättningen av den allmänna försäkringen.

Vid tandvård efter samordningstidens utgång skall liksom nu alla erforderliga kostnader ersättas av yrkesskadeförsäkringen. I direktiven till den sittande yrkesskadeförsäkringskommittén ges uttryck för den principiella inställningen att yrkesskadeförsäkringen på längre sikt bör bringas att i högre grad smälta samman med den allmänna försäkringen. Enligt direktiven bör den allmänna försäkringens förmåner i framtiden – i motsats till vad nu gäller – vara de grundläggande även i yrkesskadefallen och speciella yrkesskadeförmåner utgå där det är särskilt motiverat. Kommer en åsyftad sammansmältning till stånd, är det enligt utredningens uppfattning naturligt att detta sker även i förhållande till den allmänna tandvårdsförsäkringen.

Yrkesskadeförsäkringen ersätter endast erforderliga kostnader för tandvård som yrkesskadan medfört behov av. Kostnader för annan tandvård som kan ha utförts samtidigt får den yrkesskadade själv nu stå för. Sedan den allmänna tandvårdsförsäkringen genomförts, får i villkoret om erforderliga kostnader också anses ligga att tandvården skall ha utförts enligt de bestämmelser som gäller i tandvårdstaxan om att högre priser än de där angivna inte ersätts. Den prövning som sker inom yrkesskadeförsäkringen bör samordnas med den granskning som skall göras inom tandvårdsförsäkringen. Det är naturligt att den samordnade prövningen får åvila förtroendetandläkaren. Det kan erinras om att yrkesskadeförsäkringskommittén i delbetänkandet Decentraliseringsåtgärder rörande yrkesskadeförsäkringen m. m. (Ds S 1972: 3) föreslagit en utflyttning 1.7.1973 från riksförsäkringsverket av ärenden enligt YFL, såvitt angår obligatorisk försäkring, samt enligt militärersättningsförordningen. Utflyttningen bör dock enligt förslaget anstå i fråga om tandvårdsärendena inom yrkesskadeförsäkringen i avvaktan på regler bl. a. om hur frågan om försäkringskassornas förseende med erforderlig tandläkarexpertis lämpligen bör lösas när en allmän tandvårdsförsäkring införs. Utredningen förutsätter att en utflyttning av tandvårdsärendena sker i samband med att tandvårdsförsäkringen träder i kraft.

14.6 *Förslaget till lag om ändring i sjukreseförordningen*

Genom en ny utformning av 3 § sjukreseförordningen ges förslag till bestämmelser om resekostnadsersättning vid tandvård. Som närmare framgått av avsnittet om resor i kap. 10 i betänkandet föreslås att ersättning för resekostnad vid vanlig tandvård skall kunna utgå med vissa begränsningar. Sålunda utgår enligt förslaget ersättning med hälften av utgifterna i den mån dessa för varje tandläkarbesök överstiger 15 kr. Ersättning får heller inte utgå med högre belopp än som skulle ha utgått vid besök hos närmaste anslutna tandläkare eller folktandvårdspoliklinik. Detta innebär att den försäkrade i allmänhet skall ha haft minst omkring 3 mils resa till närmaste tandläkare. Endast under förutsättning att den försäkrade kan visa att närmaste tandläkare inte varit tillgänglig, kan ersättning utgå för resa till längre bort boende tandläkare.

Det ligger i sakens natur att uttrycket tillgänglig inte får tolkas så att tandläkaren skall ha stått till omedelbart förfogande för den försäkrade. Det förutsättes att den försäkrade inte kunnat få tandvård av den närmaste tandläkaren ens efter en på orten normal väntetid. Endast vid akuta tandbesvär, t. ex. tandvärk, får den försäkrade anses från reseersättningssynpunkt ha varit berättigad att anlita annan tandläkare än den närmaste för att få snar hjälp.

En ytterligare inskränkning i rätten till reseersättning gäller vid återresa, då ersättning högst får ges till den plats varifrån resan till tandläkaren företogs. Med nu nämnda undantag föreslås reseersättning kunna utgå efter samma regler som enligt 2 § gäller vid läkarvård.

Undantagen från de ersättningsregler som annars gäller för läkarvård har bara avseende

på allmäntandvård. Liksom hittills skall vid sådan oralkirurgisk behandling eller annan åtgärd som meddelas vid bl.a. centraltandpoliklinik och som regleras i det föreslagna 2 kap. 3 § 2 st. AFL reseersättning utgå efter samma regler som gäller vid läkarvård. Detsamma skall vidare vara fallet vid annan behandling av specialist- eller specialtandläkare när den ges efter remiss. Ersättning utgår här högst för resa till närmaste specialist- eller specialtandläkare. I övrigt gäller samma reseersättningsbestämmelser som vid läkarvård.

14.7 *Övriga författningsförslag*

Ändringarna i sjukreseförordningens tillämpningskungörelse är av formell natur.

I kommentaren till 2 kap. 10 § AFL har berörts förslagen om upphävande av kungörelsen angående statsbidrag till folktandvård och förordningen om kommuns bidrag till kostnaderna för folktandvården.

14.8 *Särskilda kommentarer till tandvårdstaxans förteckning över taxerubriker och arvoden*

Avdelning A

I det följande ges en odontologisk kommentar till de två avdelningarna inom tandvårdstaxans bilaga. Avdelning A innehåller en förteckning över de åtgärder av tandläkare för vilka taxan anger arvoden. För flertalet åtgärder anges därvid ett enda belopp som det högsta arvode tandläkaren får betinga sig. För ungefär en fjärdedel av rubrikerna har angetts tre eller flera alternativa högsta belopp, s. k. latitudarvoden. Latitudarvoden används för de behandlingar där variationen beträffande behandlingens svårighetsgrad är stor. Tidsåtgången varierar därmed också ofta. Inom varje latitud finns angivet ett arvode för normalfallet. Detta avses bli tillämpat i det övervägande antalet av behandlingstillfällena. I enstaka fall skall man dock för behandlingar med latitudarvoden ha möjlighet att tillämpa ett lägre eller högre arvode med utgångspunkt från det aktuella fallets svårighetsgrad och komplexitet vad avser behandlingen.

Odontologiska behandlingar avviker oftare i riktning mot ökad svårighetsgrad – vilket vanligen medför en längre behandlingstid – än mot en snabbare behandling räknat från vad som kan anses vara en normalbehandling. De åtgärder som har latitudarvoden är därför försedda med fler steg över normalarvodet än under detsamma. Det kan diskuteras att man i en maximitaxa anger ett reducerat arvode i taxan. Utredningen har dock ansett att man bör särskilt markera att det i vissa fall är skäligt med ett arvode som ligger lägre än vad "normalarvodet" anger. Ytterligare överväganden kring latitudarvodena finns angivna i kap. 11. I det följande ges några exempel på avvikelser i fråga om svårighetsgrad och behandlingsinnehåll som kan motivera att man använder de olika stegen inom latitudarvodet. Utredningen anser f. ö. att det tillkommer tillsynsmyndigheten att utge tillämpningsföreskrifter till taxan där bl. a. användandet av latitudstegen mer detaljerat blir exemplifierade.

I taxan finns också angivet tidsdebitering för vissa behandlingar. Arvodet för tidsdebitering är beräknat efter behandlingstimme dvs. det är tänkt att patienten debiteras efter den tid som ett behandlingsmoment tar. Vid tidsdebitering för en sammanhängande behandling t. ex. vissa kirurgiska ingrepp skall man beräkna arvodet efter den tid som patienten vistas i behandlingsrummet.

I den följande genomgången hänför sig siffrorna inom parentes till rubrikernas nummer.

I. Rådfrågning, undersökning m. m.

Undersökningsmomentets fundamentala betydelse för planering av terapin samt utformningen av en ändamålsenlig vård och profylax understryks i taxeförslaget genom att de fyra första rubrikerna hänför sig till ren undersökning av patienten. Undersökningen hos tandläkaren skall inte bara omfatta tänderna utan även omgivande vävnader och

slemhinnor i munhålan. Omfattningen av undersökningen varierar dock från patient till patient och beror till en del på om tandläkaren tidigare behandlat patienten. Detta återspeglas i taxans rubriker där en indelning skett efter undersökning av akut-, saneringS- och revisionspatienter. Vid undersökning av akutpatienter (1) kan tandläkaren ofta koncentrera sig på en viss region även om patientens allmänna tandstatus måste bedömas rent översiktligt. Tidsåtgången för att utröna orsakerna till akuta besvär varierar så kraftigt att utredningen ansett tidsdebitering vara den enda acceptabla arvoderingsprincipen. I fråga om undersökning av saneringspatienter (2) varierar givetvis också tidsåtgången beroende på i vilken omfattning som man behöver ta upp patientens sjukhistoria samt i vilket tillstånd som bettet befinner sig. Utredningen har för dessa fall ansett att latitudarvode bör tillämpas där latitudens lägre arvode skall återspegla den situationen att man har en patient med ett mindre restbett. Det högre arvodet torde bli aktuellt när patienten har ett fullt betandat bett där tandvård utförts i omfattande utsträckning och man behöver underkasta den tidigare terapin en noggrann undersökning. Utbredda tandskador hos saneringspatienter kan också behöva bli penetrerade beträffande sin orsak varvid en ingående utfrågning av patienten kan bli aktuell. Även i dylika fall torde det vara berättigat att tillämpa det högre arvodet.

Revisionspatient har av tidigare utredningar definierats som en patient som inom den närmast föregående 24-månadersperioden genomgått fullständig tandvårdsbehandling. Denna avgränsning torde ha använts för att återspegla en viss regelbundenhet i patientens tandvårdsvanor. När begreppet revisionspatient skall användas för att beskriva tidåtgången för en fullständig undersökning av patienten är emellertid denna avgränsning för vid och stämmer ej med praxis inom tandvården. Rubriken undersökning av revisionspatient (3) bör i stället bli tillämplig vid undersökning av patienter som erhållit fullständig behandling hos den ifrågavarande tandläkaren inom den föregående 12-månadersperioden. Om tandläkaren erhåller en ny patient bör den första undersökningen vara så omfattande att arvodet för undersökning av saneringspatient blir tillämpbart även om patienten erhållit tandvård inom föregående 12-månadersperiod hos annan tandläkare. Undersökning av revisionspatient kan bl. a. vara beroende på antalet tänder, föregående tandvård och variera tidsmässigt i en sådan omfattning att utredningen även i detta fall vill föreslå latitudarvode.

I vissa fall söker en patient sin tandläkare för vissa diffusa besvär t. ex. smärtor i käklederna varvid en omfattande undersökning och utredning behövs för att säkerställa ett samband med patientens bettstatus. I andra fall kan skadorna i bettet vara så utbredda, inte minst vid tandlossningssjukdomar, att en mycket noggrann kartläggning måste ske t. ex. i form av mätning av tandköttsfickornas djup. För dessa och liknande fall har en särskild rubrik (4) införts. Arvodesprincipen föreslås bli tidsdebitering.

För de tre först nämnda typerna av undersökning (1–3) är avsikten att det angivna arvodet inte bara skall avse ersättning för undersökning utan även för terapi- och kostnadsförslag såvida inte terapiplaneringen blir mycket omfattande. Varje försäkrad skall vidare ha möjlighet att uppsöka valfri tandläkare för att få sina tänder undersökta och i anslutning härtill få förslag om behandling och ungefärlig kostnad för vården. Tandvårdsersättning utgår för undersökning även om patienten inte fullföljer behandlingen hos tandläkaren i fråga.

I 11 § tandvårdstaxan finns införda bestämmelser om förhandsgranskning av behandlingsförslag som avser mer omfattande tandvård. Dylika behandlingsförslag som måste föregås av en omfattande terapiplanering och där en kortfattad, skriftlig motivering ibland kan erfordras bör arvoderas särskilt. En särskild rubrik (5) har därför införts i taxan för sådana terapi- och kostnadsförslag. Rubriken torde även få användning när tandläkaren skall insända omfattande terapiförslag till försäkringsbolag, sociala

myndigheter etc.

Ytterligare rubriker som kan behöva kommenteras inom taxans första avdelning är recept och remiss. Receptet (7) har ansetts böra arvoderas särskilt eftersom utfärdandet omfattar ej bara själva utskrivandet av en recepthandling utan även utfrågning av patienten beträffande övrig medicinering, eventuella läkemedelsallergier etc. När det gäller remiss (8) avses rubriken endast komma till användning för remisshandlingar som innefattar noggranna anamnes- och statusuppgifter om patienten. Vid remittering av en patient till en specialist är det väsentligt att den mottagande tandläkaren får detaljerade uppgifter om fallet för att snabbt kunna sätta in adekvat behandling.

Ersättning för röntgenundersökning (9 a, b) har knutits till antalet bilder och ej som i nuvarande folktandvårdstaxa till antalet röntgenundersökta tänder eller tandgrupper. Det behövs nämligen ofta flera röntgenbilder av en tand för att kunna ställa en riktig diagnos. Någon motsvarighet till folktandvårdstaxans maximiregler beträffande kostnaderna för röntgenundersökning har ej upptagits i tandvårdstaxan då detta inte ansetts vara nödvändigt.

En samlingsrubrik (9 c) har införts för röntgenundersökning omfattande bägge käkarna. Härmed avses ett s. k. helstatus, vilket skall omfatta minst 14 bilder och täcka samtliga betandade eller tidigare betandade områden i käkarna.

De upptagna arvodena för röntgenundersökning avser de primära röntgenbilderna. De kontrollröntgen som tas under en behandling i samband med t. ex. rotbehandling, konserverande eller protetisk behandling får ej debiteras särskilt. Kontrollröntgen tagna vid en senare behandlingsomgång får däremot debiteras särskilt.

II. Förebyggande åtgärder m. m.

För att särskilt framhäva profylaxens stora betydelse när det gäller att komma till rätta med tandsjukdomarna har de åtgärder som direkt eller indirekt är av förebyggande natur förts samman till en särskild avdelning inom taxan. Då dessa åtgärder varierar kraftigt mellan olika patienter beträffande erforderlig tidsåtgång föreslås genomgående tidsdebitering som arvoderingsprincip.

I fråga om den första rubriken, information om profylax med instruktion och övning (11), förutsätts tandläkaren ge en kort och allmän information om tandsjukdomarnas uppkomst, mekanism samt vilka möjligheter till förebyggande som f. n. står till buds. Största delen av denna information bör kunna utföras och förstärkas med hjälp av broschyrer och AV-program. Patientens egen bettsituation klarläggs därefter varvid tandläkaren med hjälp av infärgning av beläggningar på tänderna, röntgenbilder, modeller etc. pekar på brister i fråga om munhygien samt demonstrerar uppkomna skador. Möjligheterna att hejda tandsjukdomarnas fortskridande bör noga understrykas. Med utgångspunkt i de förhållanden som tandläkaren funnit vid sin undersökning föreslås patienten lämpliga munhygieniska åtgärder. Mycket viktigt är därvid att användandet av tandstickor, tandtråd, olika specialtandborstar m. m. demonstreras för patienten liksom den föreslagna tekniken för tandborstning. Patienten måste därefter få möjlighet att själv under tandläkarens (tandhygienistens) ledning öva de munhygieniska åtgärderna.

Den föreslagna gången för ett genomförande av information och instruktion beträffande munhygieniska åtgärder har erfarenhetsmässigt mycket låg genomslagskraft om inte en reinstruktion kommer till stånd. Patienten behöver också få ett ingående besked om hur väl han lyckats genomföra de föreslagna munhygieniska åtgärderna. I taxan har därför införts en särskild rubrik (12) för förnyad instruktion i munhygienisk teknik. En sådan reinstruktion förutsätts bli ersättningsberättigande om den sker inom ett år från det att den föregående informationen lämnades. Omfattningen av informationen och instruktionen den andra gången varierar givetvis kraftigt från patient till patient.

I en del fall spelar kostfaktorn en så dominerande roll vad beträffar kariessjukdomens utbredning att allmänna kostråd, munhygieninstruktion och föreslagen fluorprofylax som avses ingå under de två tidigare nämnda rubrikerna ej förmår nedbringa kariesfrekvensen i någon större omfattning. I dylika fall måste en kartläggning av patientens kostvanor komma till stånd vilket vanligen sker genom att patienten skriftligen får redovisa sitt kostintag under ett antal dagar. Tandläkaren får därefter analysera insamlat material och utarbeta individuellt utformade kostråd för patienten. Taxans rubrik om kostrådgivning (13) avses således enbart få användas när det gäller sådan individuellt utformad kostinformation.

Till de förebyggande åtgärderna har även förts avlägsnande av tandsten, en behandlingsåtgärd som har stor betydelse för förebyggandet av tandlossningssjukdomar. Rubriken (14) avser avlägsnandet av samtliga tandstensbeläggningar med hjälp av ultraljudsapparat eller handinstrument. Samtidigt avlägsnas vanligen överskott varefter tänderna putsas och gamla fyllningar poleras. Samtliga dessa åtgärder inbegrips i en rubrik och debitering sker efter den tid som åtgått. Någon maximering av tidsåtgången under en behandlingsomgång föreslås ej.

Slutligen har en rubrik avseende behandling med kariesprofylaktiskt preparat (15) tagits upp i denna avdelning av taxan. Här avses i första hand pensling med fluorlösning men då det kan tänkas att även andra kariesförebyggande preparat kan komma till användning har rubriken fått en allmän utformning.

Det kan förefalla överflödigt att de förebyggande åtgärderna spaltas upp på fem olika rubriker med samma debiteringsprincip och ersättningsnivå. Denna uppdelning har dock tillkommit för att patienten lättare skall kunna avläsa sin nettoavgift i taxan samtidigt som försäkringskassan får möjligheter att lättare få ett begrepp om innehållet i meddelad vård.

III Tandkirurgisk behandling m. m.

Rubriken tanduttagning (16) inrymmer de mer okomplicerade uttagningarna av en eller flera tänder med hjälp av tång och/eller hävel. I folktandvårdstaxan används separering av rötter före extraktionen som en definition på svårare tanduttagning. Separering av rötter kan många gånger påskynda och underlätta uttagandet av en tand med tång. Någon särskild rubrik har det därför inte ansetts befogat att införa för själva separeringen.

Vid de fall då tandens rotanatomi eller andra förhållanden omöjliggör ett avlägsnande av tanden utan operativa ingrepp i omgivande mjukvävnader och täckande ben har en särskild rubrik (17) införts. Detta operativa avlägsnande av en tand avser således en direkt uppklaffning. Svårighetsgraden för dessa fall varierar så kraftigt att tidsdebitering föreslås.

I nästföljande rubrik (18) – tand- och käkkirurgisk behandling – inryms ett stort antal behandlingar. Tillsammans med de parodontalkirurgiska ingreppen torde minst ett 15-tal olika behandlingar ingå under denna samlingsrubrik. Med tanke på deras låga frekvens inom allmäntandvården och att de samtliga bör arvoderas efter tid har särskilda rubriker ej ansetts befogade att införa i taxan. Till denna rubrik torde även ingrepp som incision m. m. få föras.

Efterbehandling i form av suturborttagning, kontroll av sårläkning etc. som sker efter en tanduttagning eller oralkirurgiskt ingrepp har erhållit en särskild rubrik i taxan (19 a) och föreslås bli arvoderad med ett rent styckepris. Ibland behövs en mer omfattande efterbehandling med byte av kirurgisk packning över stora operationsområden, urspolningar av större operationsdefekter, byte av tamponader etc. Dylika efterbehandlingar varierar i fråga om tidsåtgång på ett sådant sätt att en särskild rubrik (19 b) införts med möjlighet till tidsdebitering.

IV Pulpakirurgisk behandling

Tidsåtgång och svårighetsgrad varierar inom mycket vida gränser i fråga om olika pulpakirurgiska ingrepp eller rotbehandlingar. Att därför i taxan återge olika, fullt genomförda behandlingar har ej ansetts kunna leda till en adekvat arvodessättning. Tre olika principer för debitering tillämpas för närvarande: styckepris för avslutad rotbehandling, styckepris för delåtgärd och ren tidsdebitering. Utredningen har ansett principen styckepris för delåtgärd vara den mellanform, som i sig rymmer ett visst hänsynstagande till de båda andra debiteringsprinciperna, och därför stannat för denna. Tandvårdstaxan återger därför de behandlingsmoment som är gemensamma för såväl behandling av den vitala tandpulpan som den med gangränöst sönderfall. Tidsåtgången för dessa arbetsmoment vad avser primärupprensning och rotfyllning är till en del knuten till antalet rotkanaler. För dessa arbetsmoment är taxerubrikerna därför uppdelade med utgångspunkt från antal rotkanaler (20 a–c, 22 a–c). För tänder med tre rotkanaler eller fler varierar tidsåtgången så kraftigt att latitudarvoden föreslås. Det lägre steget i latitud avser bl. a. att återspegla det förhållandet att samtliga kanaler ej går att rensa upp utan en amputation måste tillgripas. Fortsatt rensning jämte medikamentöst inlägg (21) – avsett framför allt för gränsfallen och vid revision av rotfyllningar – har ej ansetts behöva bli uppdelad per rotkanal utan här har ett genomsnittsarvode beräknats.

Till de pulpakirurgiska behandlingarna har även pulpaöverkappningen (24) förts. Vad som här avses är den direkta pulpaöverkappningen dvs. fall där en direkt öppning in till pulpavävnaden ägt rum.

Det finns även vissa delmoment vid pulpakirurgisk behandling som ej direkt inryms i taxans rubriker. Som exempel kan nämnas devitalisering och provisoriska rotfyllningar med calciumhydroxidpreparat. I stället för att ange dylika arbetsmoment finns inom denna del av taxan en sammanfattande rubrik för övriga behandlingsmoment i samband med pulpakirurgisk behandling (25). Arvoderingsprincipen är tidsdebitering. En sådan lösning föreslås också beträffande de följande avdelningarna av taxan.

V Konserverande behandlingar

I fråga om amalgamfyllningar har en uppdelning genomförts med utgångspunkt från om fyllningen utförts på hörn- och kindtand eller oxeltand. Denna uppdelning finns ej genomförd i nuvarande folktandvårdstaxa men föreslås här som ett uttryck för den större svårighetsgrad som en amalgamfyllning på en oxeltand vanligen uppvisar. Amalgamfyllning omfattande en yta (26) föreslås erhålla ett latitudarvode där det nedre steget i latituden t. ex. kan användas för en fyllning av minimal utsträckning. Latitudens övre gräns kan t. ex. komma till användning som ett arvode för en lingual amalgamfyllning på en oxeltand i underkäken, en fyllning som erfarenhetsmässigt erbjuder svårigheter att utföra. Latitudarvoden föreslås även för amalgamkronorna där en stor spridning torde föreligga beträffande svårighetsgrad och tidsåtgång.

Beträffande silikatfyllning (33–34) har ett särskilt arvode (34) införts för de fall att flera silikatfyllningar utförs samtidigt. Detta torde vara praxis redan i dag inom privattandvården och avser fånga in den tidsvinst man gör vid utförandet av flera silikatfyllningar samtidigt.

I ökande omfattning börjar framtandsfyllningar utföras i något compositematerial. Då dessa material skiljer sig från silikatmaterialet i fråga om behandlingssätt och tidsåtgång för stelning har det ansetts lämpligt att införa en särskild rubrik (35). Samma tidsvinst som ifråga om silikaten torde ej föreligga vid utförande av flera fyllningar vid samma behandlingstillfälle varför en särskild rubrik för flera fyllningar med compositematerial ej föreslås. Däremot medger dessa nya material att man utför två-ytsfyllningar framför allt i frontpartiet. En särskild rubrik (36) för dylika fyllningar finns medtagen i

taxan. Större fyllningar av compositematerial prövas visserligen f. n. men erfarenheterna är ännu ej så stora att det ansetts befogat att införa en särskild rubrik i taxan.

Speciella retentionsstift placeras ibland i vitala tänder för att förankra amalgam-, silikat- eller compositefyllningar av större omfattning. Ett särskilt arvode per stift föreslås (37). Denna rubrik avses däremot ej bli använd när det gäller stift- eller skruvförankring av amalgamkronor på rotfyllda tänder. I dessa fall är nämligen stiftförankringen redan inkluderad i arvodet.

VI. Behandling med fast protes

Samtliga rubriker inom denna avdelning tar sikte på att beskriva en varierande teknik eller en större eller mindre svårighetsgrad vad avser själva tandläkararbetet. De olika utformningar som sedan det tandtekniska arbetet kan uppvisa återfinns i motsvarande rubriker inom avdelning B i taxan.

I fråga om guldinläggen (40–45) har en uppdelning skett efter tandgrupp och antalet ytor som inlägget omfattar. Som yta räknas därvid ej skärkanten på framtänder men däremot den linguala ytan. Guldinlägg, speciellt om de ingår i brokonstruktioner, förses ibland med extra retentionsstift s. k. pinledgekonstruktioner. Preparationen för dylika retentionsstift är ett av motiven för att använda det högre arvodet inom latituden.

I folktandvårdstaxan talas det om Davies- resp. Richmondkronor. Då en dylik uppdelning är baserad på olika kostnader för det tandtekniska arbetet är den obehövlig i tandvårdstaxan som, endast upptar en rubrik för stiftkronor (47).

Guldkrona med fasad utförd i metallbundet porslin (50) har erhållit en särskild rubrik då preparation för en dylik krona skiljer sig något från en med fasad av porslin eller plast. Någon uppdelning på olika tandgrupper har därför ej skett samtidigt som antalet steg inom latituden minskats.

Tandläkarens arbete när det gäller hängande broled (53) varierar mycket kraftigt beroende på antal broled, det hängande ledets utformning m. m. I förslaget till tandvårdstaxa har man försökt beakta detta genom ett latitudarvode med fyra steg. Bakgrunden till dessa steg får närmare beskrivas i tillämpningsföreskrifter till taxan. För brostöden avses taxans arvoden för olika kronor och inlägg komma till användning.

Vid större broarbeten behöver vanligen en provisorisk bro utföras för att både funktionella och estetiska krav skall upprätthållas under arbetets gång. Särskilt arvode (55) för dessa provisoriska broar föreslås i taxan. Vid utförandet av enstaka kronor avses däremot arvodet inkludera den eventuella provisoriska krona som behöver bli utförd. Taxans rubrik (56) för provisorisk krona avser de fall då man t. ex. i samband med akutmottagning utför en provisorisk krona på en tand som sedan skall behandlas av en annan tandläkare.

Taxans rubriker inom den fasta protetikens område är givetvis inte uttömmande. För mer sällsynta former av konstruktioner får rubrik 57 tillgripas och debitering ske efter tidsåtgång. Ibland tillkommer ett enstaka arbetsmoment som ej kan sägas ingå i den normala arbetsgången för att utföra någon av taxans angivna behandlingar. Som exempel kan nämnas bortborrning av ett gammalt rotkanalsstift, separering av tidigare broarbeten m. m. I dylika undantagsfall – men inte annars – medger taxan att utöver de angivna arvodena en debitering sker efter åtgången tid för det speciella arbetsmomentet som tillkommer.

VII. Behandling med avtagbar protes

I folktandvårdstaxan anges olika arvoden för partiella proteser beroende på omfattningen av delproteser. Detta torde till en del bero på varierande storlek på teknikerarvodet. I tandvårdstaxan föreslås enbart en rubrik (58) medan variation i fråga om svårighetsgrad och tidsåtgång återspeglas genom stegen i latitudarvodet. Partiella proteser såväl med som utan gjutna skelett innefattas i denna rubrik.

Hel över- resp. underkäksprotes (59 a, b) torde skilja sig åt genom att behandling med

underkäksprotes innehåller en större spännvidd i fråga om svårighetsgrad. Tandvårdstaxan skiljer därför mellan dessa två typer av plattprotes och latitudarvode föreslås för den hela underkäksprotesen.

Behandling med helprotes (60) är även försett med latitudarvode. Det lägre steget inom latituden avser framför allt de fall där man av olika anledningar tvingas att med en förenklad metod utföra en temporär protes. Utförandet av immediatprotes kan vara ett av skälen till att man får tillämpa ett högre arvode än normalarvode. Mycket svåra anatomiska förhållanden som fordrar både speciell avtrycks- och bettregistreringsteknik kan motivera att det högsta steget inom latituden tillämpas.

I de föreslagna arvodena för behandling med avtagbar plattprotes avses samtliga justeringar ingå. Den rubrik för justering av protes (61) som finns intagen i taxan får bara tillämpas vid justeringar av äldre proteser. Då tidsåtgången för justering av en äldre protes, som tandläkaren själv kanske inte utfört, kan variera kraftigt, föreslås tidsdebitering som arvoderingsprincip.

Många äldre proteser kan förbättras väsentligt genom en basning. Ibland kan den utföras direkt i munnen och ibland måste avtryck tas och en stor del av protesbasen bytas ut. Detta återges i taxan genom att två rubriker (63, 64) för protesbasning finns införda. Även här gäller att föreslagna arvoden skall omfatta erforderliga efterjusteringar.

Delproteser förankras ibland genom speciella förankringselement till restbettets kronor. Olika arbetsmoment tillkommer vid utförandet av dylika konstruktioner. Detta är ett fall då tidsdebitering för ett visst arbetsmoment medges enligt rubrik 66 i taxan.

VIII. Diverse behandlingar

Inom en särskild avdelning i taxan har några relativt lågfrekventa behandlingar sammanförts. De går samtliga att väl beskriva till sitt innehåll, varför det ansetts lämpligt att direkt ange behandlingarna som rubriker i taxan. Omfattningen av behandlingarna varierar dock så kraftigt att tidsdebitering eller latitudarvoden föreslås.

IX. Övrig terapi

Trots att tandvårdstaxan innehåller åtta avdelningar och ett 70-tal rubriker kan den ändå inte täcka samtliga de olika behandlingstyper som modern odontologi inrymmer. En generell rubrik (72) för övrig terapi har därför införts och dit får de behandlingar eller behandlingsmoment föras som ej direkt passar in under de olika avdelningarnas allmänna rubriker. Som exempel kan nämnas ortodontisk behandling, behandling av patienter med tandvårdsrädsla m. m. I det sistnämnda fallet avses endast att rubrik 72 skall användas för den avslappnande behandling som behöver ske med en tandvårdsrädd patient innan själva tandbehandlingen kan påbörjas. Den allmänna rubriken möjliggör även att nya behandlingsformer som ännu ej hunnit få en särskild rubrik i taxan går in under taxans bestämmelser.

Inom utredningen har även diskuterats hur man skall förfara med tandvård som meddelas under narkos. I den mån som sådan tandvård utförs poliklinisk anser utredningen att ersättning för kostnader för själva narkosen inte skall utgå från tandvårdsförsäkringen. För den tandvård som utförs under narkos skall dock tandvårdstaxans bestämmelser gälla.

Särskilda bestämmelser

Efter rubrikerna i avdelning A finns vissa särskilda bestämmelser intagna. Den första gäller ersättning för uteblivande. Bestämmelsen är tillkommen för att möjliggöra för en tandläkare att debitera en patient vid uteblivande från avtalat tandläkarbesök om patienten ej lämnat återbud i så god tid att annan patient kunnat bli inbokad. Bestämmelsen är avsedd att brukas med urskiljning och endast då man ej kunnat utnyttja tiden för arbete på föregående eller efterkommande patient.

Någon försäkringsersättning föreslås ej utgå för dessa fall. Utredningen förutsätter att riksförsäkringsverket utfärdar närmare anvisningar om tillämpningen av denna bestämmelse.

När det gäller framför allt förebyggande åtgärder kan en tandläkare biträdas av en tandhygienist som kan utföra en stor del av denna behandling. Då omkostnaderna per hygienisttimme är lägre än för tandläkare, föreslås ett reducerat timarvode. I den angivna ersättningen är inräknad ersättning för den tid tandläkaren behöver för att sätta in tandhygienisten i patientens behandlingsproblem och för den kontroll tandläkaren skall utföra av hygienistens arbete. Reducerat timarvode föreslås också gälla för taxans rubrik nr 4, omfattande undersökning och utredning. Det som i första hand ifrågakommer därvid är när hygienisten tar upp ett s. k. fickstatus.

Slutligen har regler för s. k. jourtillägg införts i anslutning till taxans rubriker. Dessa har kommenterats i anslutning till genomgången av bestämmelserna i själva taxan. Härutöver kan givetvis tillägg förekomma enligt lokala avtal för att reglera tandläkarens ersättning vid upprätthållandet av organiserad jourmottagning.

Avdelning B

I denna avdelning har tandtekniska arbeten upptagits under särskilda rubriker. Rubrikernas numrering inom avdelning A och B motsvarar varandra för att underlätta läsningen av taxan för såväl patient, tandtekniker som tandläkare. Patienten skall betala hälften av arvodet för tandtekniskt arbete. Beträffande hel över- eller underkäksprotes samt helprotes skall som framgår av punkt 4 i övergångsbestämmelserna patientandelen dock tills vidare vara 25 % av arvodet. Den särskilda regeln om högre försäkringsersättning vid tandvård över 1 000 kr griper givetvis även in vad gäller arvoden för tandtekniskt arbete.

De maximiarvoden som anges i taxans avdelning B innefattar ej kostnaderna för ädla metaller, prefabricerade tänder och speciella förankringselement. Dessa ersätts helt av försäkringen efter en speciell prislista, som enligt utredningens mening bör utarbetas och hållas aktuell av tillsynsmyndigheten. Uppgifter om den mängd som åtgått, typ av guld, använda proteständer m. m. förutsätts bli noga specificerade på följesedeln från det tandtekniska laboratoriet. Denna följesedel bör sändas in till försäkringskassan av tandläkaren.

De högsta arvoden som anges i taxans B är beräknade utan påslag av moms. Frågan om mervärdeskatt på tandtekniska arbeten ingår i den översyn av mervärdeskatten som en särskild utredningsman inom finansdepartementet f. n. arbetar med.

Arvodena i avdelning B avser ersättning för ett färdigt arbete, dvs. ett paketpris. Tandläkaren har där möjlighet att arbeta efter en varierande teknik vad avser själva avtryckstagningen. Man kan använda avtryck med kopparring varvid preparationsmodell samt överföringshätta ingår i priset. Man kan också använda ett elastiskt avtrycksmaterial varvid en sektionerad arbetsmodell ingår i priset.

I vissa fall utför tandläkaren själv en del av det tandtekniska arbetet. Han får då debitera försäkringen dess kostnadsandel för dessa partier av det tandtekniska arbetet – patienten betalar den andra delen – och insända räkningar därför tillsammans med den reducerade följesedeln från tandteknikerna. De arbetsdelar, som vissa tandläkare själva brukar utföra, finns angivna under avdelning X i förteckningen. Särskild debitering av dessa arbetsdelar kan också komma i fråga när de beställts i samband med tandtekniska arbeten där de ej är inkluderade.

Att tandläkaren debiterar försäkringskassan för tandtekniska arbeten kan också komma ifråga när tandläkaren själv utför hela det tandtekniska arbetet eller när han har en tandtekniker anställd hos sig.

Avdelning B avser att täcka de vanligaste formerna av tandtekniska arbeten. Genom att en lång rad tillägg gjorts för flera rubriker

bör det även vara möjligt att debitera individuellt utformade arbeten enligt taxan. För vissa mycket sällsynta arbeten har angetts att priset lämnas efter särskild specifikation. I de flesta fall torde det här röra sig om arbeten som faller in under den obligatoriska förhandsgranskningen. Tandläkaren får då begära kostnadsuppgift från laboratoriet och bifoga sitt eget terapi- och kostnadsförslag.

Bilaga 1 Frekvensorundersökningen

Rapport om

FREKVENSORUNDERSÖKNING

En statistisk arbetsstudie

bland tandläkare åren 1970–71. På uppdrag av 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring utförd av socialstyrelsen under medverkan av Sveriges Tandläkarförbund.

Av fil. kand. Ingemar Egelstedt och tandläkare Hans Sundberg

De statistiska avsnitten är granskade av docent Gunnar Eklund

Innehåll

1. Undersökningens bakgrund och syfte 235
1.1 Inledning 235
1.2 Rapportens innehåll 235
1.3 Syfte med undersökningen . . . 235
1.4 Tidigare undersökningar 236
1.5 Val av undersökningsmetod . . . 237
1.5.1 Självredovisning 238
1.5.2 Direkta tidsstudier 238
1.5.3 Tidsstudier via filmupptagning 238
1.5.4 Tidsstudier med hjälp av en TV-kamera 238
1.5.5 Frekvensormetoden . . . 238

2. Provundersökning 238
2.1 Syfte 238
2.2 Uppläggning 239

3. Undersökningspopulation, urvalsram och urval 239
3.1 Undersökningspopulation 239
3.2 Urvalsmetod 239
3.3 Regionurval 240
3.4 Individurval 241

4. Undersökningsvariabler 243
4.1 Undersökningsvariabler 243
4.2 Bakgrundsvariabler 243

5. Mätmetod och estimationsförfarande 244
5.1 Inledning 244
5.2 Beteckningar 244
5.3 Parametrar och estimation . . . 244
5.4 Vikter 244
5.5 Mätning av tid 245

5.5.1 Metod 245
5.5.2 Mätinstrument 246
5.5.3 Resultat 246
5.6 Mätning av produktion 246
5.6.1 Metod och mätinstrument . 246
5.7 Mätning av behandlingstiden . . 246
5.8 Mätning av barnpatienter 247

6. Kodschemat 247

7. Organisation och administrativt förfarande 248
7.1 Administrativt förfarande 248
7.2 Praktiskt genomförande av mätningarna 249
7.3 Mätperiodernas fördelning . . . 249

8. Manuell granskning av insamlat material 250

9. Maskinell bearbetning 250
9.1 Bearbetning av frekvensorkorten . 250
9.2 Bearbetning av patientkorten . . 251
9.3 Samkörning av data från patientkort och frekvensorkort 251
9.3.1 Grundlista 251
9.3.2 Kontroller och imputationsförfarande 251
9.3.3 Formelsamling för behandlingar 252
9.3.4 Bearbetning på olika nivåer 254
9.3.5 Flödesschema 254

10. Undersökningsresultatens tillförlitlighet 254
10.1 Slumpfel 254
10.2 Estimationsfel 254
10.3 Observationsfel 257
10.4 Bortfallsbias 257
10.5 Rambias 258
10.6 Sammanfattning 258

11. Allmänna synpunkter på utvärdering av erhållna resultat 259
11.1 Redovisningen av erhållna resultat 259
11.2 Tabellbilaga A 259
11.2.1 Allmänt 259
11.2.2 Tabellerna A 1 och A 2 . 260
11.2.3 Tabeller A 3 261
11.2.4 Tabell A 4 262
11.2.5 Tabeller A 5 262
11.2.6 Tabell A 6 263
11.2.7 Tabell A 7 263
11.3 Tabellbilaga B 264
11.3.1 Allmänt 264
11.3.2 Tabeller B 1 264
11.3.3 Tabeller B 2 264
11.3.4 Tabeller B 3 265
11.3.5 Tabeller B 4 265
11.3.6 Tabeller B 5 265
11.4 Tabellbilaga C 266
11.4.1 Allmänt 266
11.4.2 Tabeller C 1 266
11.4.3 Tabeller C 2 266
11.4.4 Granskning av erhållna behandlingstider 267
11.5 Analys av bakgrundsfaktorn ett eller flera behandlingsrum . . . 268
11.6 Jämförelse med tidigare undersökningar 269

Frekvensorundersökningen

1 Undersökningens bakgrund och syfte

1.1 *Inledning*

Under 1969 påbörjades diskussioner inom Sveriges Tandläkarförbunds styrelse om möjligheterna att finna en lämplig undersökningsmetod för att kartlägga tandläkarnas arbetsuppgifter och tidsåtgången för desamma. Detta resulterade i att man i början av 1970 hade framtagit en undersökningsmodell för hur man med hjälp av det s. k. frekvensorsystemet (AB Konsulterna) skulle kunna undersöka frekvensen av olika behandlingstyper inom tandvården samt ange genomsnittstider för vissa behandlingsåtgärder. Undersökningen skulle även medge en kartläggning av icke behandlingstid inom en tandläkarpraktik. En provundersökning för att utröna metodens applicerbarhet på tandvårdsarbete genomfördes under mars och april 1970 i Stockholm.

Vid ett av de första sammanträdena i 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring föreslog Tandläkarförbundets representanter utredningsmannen att undersökningen skulle utföras inom ramen för utredningens undersökningsarbete. Efter det att undersökningens metod och målsättning diskuterats inom utredningens expertgrupp tillskrev utredningsmannen Socialdepartementet och äskade medel för undersökningens genomförande. Enligt statsrådsprotokollet av den 25 september 1970 medgavs 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring att genomföra en undersökning om frekvensen av olika åtgärder för tandbehandling m. m. Undersökningen skulle genomföras av Socialstyrelsen.

1.2 *Rapportens innehåll*

I avsnitten 2 – 8 lämnas en detaljerad redogörelse för undersökningens uppläggning och genomförande. Rapportens två sista avsnitt behandlar tillförlitligheten varefter en utvärdering av resultaten sker. Undersökningens resultat finns samlade i en tabellbilaga.

1.3 *Syfte med undersökningen*

Syftet med undersökningen har varit dels att kartlägga fördelningen av tandläkarnas arbetstid vad avser olika typer av behandlingsåtgärder, dels ange standardtider för vissa behandlingar. Redovisningen skulle vara så detaljerad att man hela tiden har möjlighet att särredovisa den tid som åtgår för att starta resp. avsluta en patientbehandling, eventuell väntetid på patient, tid för administration, journalföring m. m. samt den rent personliga tiden.

Tillräckligt med data borde erhållas för att beräkningarna skulle kunna utföras för så många typer av behandlingar att 90 % av den totala arbetstiden täcktes. Variationen i genomsnittlig behandlingstid mellan olika

tandläkare har man avsett att kunna belysa. Metoden tillåter däremot inte att belysa den variation i behandlingstid som en tandläkare uppvisar vid utförande av samma behandling på olika patienter.

Som ett delresultat har man därjämte avsett att kunna ange fördelningen av olika patienttyper, patientåldrar m. m. för olika tandläkare. Undersökningsmaterialet har vidare utformats så att man kan erhålla uppgifter om antal påbörjade resp. avslutade patienter under mätperioden samt i vissa fall antal helt slutförda behandlingstyper.

Undersökningen har avsett att kartlägga de ovan angivna variablerna hos privatpraktiserande tandläkare och tjänstetandläkare med allmäntandvård. Detta innebär att alla tandläkare som arbetar som specialister eller med speciella patientgrupper uteslutits från undersökningen. Inte heller har undersökningen syftat till att kartlägga arbetssituationen för tandläkare verksamma inom undervisning, militärtandvård och administration. Av praktiska skäl har undersökningen ej kunnat omfatta tandläkare med mindre än 30 timmars arbetstid per vecka.

Vid uppläggningen av undersökningen har klart angetts att man ej avsett att belysa eventuella variationer i arbetstidens fördelning från regional synpunkt. Trots detta har det ansetts ändamålsenligt att för belysandet av variationer inom materialet genomgående presentera de erhållna resultaten med fördelning per region och tandläkares födelsedecennium. Likaså avsåg undersökningen ej att närmare analysera behandlingstidernas påverkan av sådana variabler som antal behandlingsrum, antal assisterande personal, typ av utrustning m. m.

1.4 *Tidigare undersökningar*

Någon arbetstidsstudie motsvarande den nu utförda och omfattande såväl privatpraktiserande tandläkare som tjänstetandläkare har ej tidigare utförts i vårt land. I det betänkande som 1946 års folktandvårdssakkunniga avgav 1948 finns redovisad en tidsstudieundersökning avseende tjänstetandläkare. Undersökningen var så upplagd att tandsköterskorna noterade tidsåtgången för de olika behandlingsåtgärder som tandläkaren utförde. Man särskilde därvid de behandlingar som slutfördes vid ett besök och dem som fordrade flera besök. Totalt omfattade undersökningen 40 tandläkare och den totala observationstiden uppgick till 6 500 timmar eller i genomsnitt 160 timmar per tandläkare. På grund av att många tandläkare utfört en eller flera behandlingar i samma seans samt att en del behandlingar ej slutförts under mätperioden måste observationstiden reduceras med 4 430 timmar eller med 69 % av den totala mättiden. Någon detaljerad redovisning av tid som åtgått för annat än direkt tandläkarbehandling gav undersökningsmetodiken ej möjlighet till. Sammanfattningsvis kan sägas att några direkta jämförelser med den nu genomförda arbetstidsstudien ej är möjliga på grund av olikheter i försöksuppläggningen.

Kungl. Medicinalstyrelsen uppdrog 1956 åt en särskild delegation att genomföra en utredning om folktandvårdstaxan. Denna delegation lät utföra en arbetstidsstudie inom folktandvården. Undersökningens uppläggning överensstämde helt med de tidsstudier som utfördes av 1946 års folktandvårdssakkunniga. Undersökningen kom att omfatta 54 tandläkare med en sammanlagd observationstid på 6 318 timmar. Av samma skäl som ovan nämnts måste den bearbetningsbara observationstiden reduceras till 4 963 arbetstimmar. Delegationen lät dessutom utföra vissa begränsade klockstudier på ett mindre antal tandläkare. De därigenom funna värdena överensstämde relativt väl med huvudundersökningens resultat. En jämförelse mellan 1947 och 1956 års undersökning visade god överensstämmelse.

Under 1969 genomfördes en tidsstudie beträffande vissa tjänstetandläkare. Undersökningen har fått namnet TU-69: "Undersökning om poliklinktandläkarnas arbetsförhållanden m. m."

Syftet med undersökningen var att få kännedom om arbetsförhållandena för tjänstetandläkare i de tre storstäderna Stock-

holm, Göteborg och Malmö samt Stockholms läns landsting. För att möjliggöra jämförelser kom undersökningen även att omfatta Örebro läns landsting. Man underströk att undersökningen inte syftade till att mäta tandläkarnas arbetsprestation utan endast avsåg att belysa skillnaderna i arbetsförutsättningar mellan det stadskommunala området å ena sidan och visst landsting å den andra. Uppläggningen av undersökningen utfördes av stadskansliets organisationsavdelning.

Undersökningen består av en självredovisning för ca 270 tjänstetandläkare under tiden 23 september till 10 oktober 1969. Vid samtliga kliniker inom respektive orter kartlades före huvudstudiens genomförande bemanning, utrustning, tandläkarassistans etc. Det antal kliniker som skulle medverka vid undersökningen utvaldes därefter slumpmässigt (med något undantag) ur hela populationen. Därvid kontrollerades att de utvalda klinikerna var representativa för orterna i sin helhet.

För varje tandläkare ifylldes dagligen en eller flera självredovisningsblanketter. De uppgifter som skulle föras löpande under arbetstiden var för varje behandling aktuell patientkategori, om patientbyte ägt rum, verksamhetens art samt tidpunkt då behandlingen slutar.

Eftersom de primära avsikterna med undersökningen var att bilda ett förhandlingsunderlag för att utröna möjligheterna för införande av tantiem i storstäderna, finns ingen publicerad redogörelse för undersökningsresultaten.

Inom ett par landsting har under de senaste åren begränsade tidsstudier utförts inom tandvårdssektorn. Bl. a. har SPRI utfört vissa frekvensstudier vid tandpoliklinik tillhörande sjukvårdsförvaltningen i Göteborg. Dessa undersökningar torde genom sin lokala begränsning och skiljaktighet i uppläggning sakna betydelse som jämförelsematerial till den nu genomförda undersökningen.

För övrigt har inom tandvården, speciellt utanför Sverige, vissa arbetstidsstudier genomförts med användande av t. ex. filmteknik. Avsikten har här i första hand varit att undersöka ett begränsat antal tandläkares olika arbetssätt vid arbete med olika typer av utrustning.

1.5 *Val av undersökningsmetod*

Inom näringsliv och förvaltning använder man olika metoder för att mäta arbetstidsåtgång. Metoderna som därvid kommer till användning kan indelas i sådana som innebär direkt observation genom observatörer, TV eller dylikt samt indirekta metoder. De senare innebär att den studerade personen själv redovisar sin uppfattning om använd tid för olika aktiviteter. Bland de direkta metoderna kan nämnas de s. k. frekvensstudierna. Dessa går så till att observatörer vid slumpmässigt utvalda tidpunkter genom direktobservationer registrerar aktivitet som försiggår vid en viss tidpunkt. En kombination av direkt och indirekt metod utgör självredovisning vid tidpunkter med fast eller slumpmässigt intervall.

Valet av undersökningsmetodik föregicks av ingående överväganden såväl inom Tandläkarförbundet som inom 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring. Metoden för arbetstidsstudier hos tandläkare borde uppfylla följande krav.

1. Möjliggöra mätning hos tandläkare inom olika, slumpvis utvalda regioner.

2. Ge möjlighet till en så detaljerad uppdelning av en tandläkares arbete att tidmätning beträffande avsnitt av behandlingar som omfattar flera patientbesök ändock kunde användas vid framräkningen av medelbehandlingstid för vissa behandlingstyper av mindre frekvent förekomst.

3. Möjliggöra en detaljerad redovisning av den procent av total arbetstid som är att hänföra till arbetsförberedelse, väntetid på patient, praktikadministration, journalföring, patientbyte, personlig tid m. m.

4. Undersökningen som sådan borde inte påverka tandläkarens normala arbetssätt.

5. Den använda undersökningsmetoden borde underlätta en maskinell bearbetning av

primärmaterialet utan alltför stora omredigeringar av materialet.

6. Undersökningsmetoden borde ge en hög tillförlitlighet vad avser det erhållna primärmaterialet.

7. Kostnaden för genomförandet av undersökningen borde ligga på en rimlig nivå.

Med utgångspunkt i dessa kriterier bedömdes olika undersökningsmetoder.

1.5.1 Självredovisning

Denna metod är relativt enkel att genomföra och bearbeta. Erfarenhetsmässigt har den dock ofta inte visat sig uppfylla de krav man har rätt att ställa på en objektiv tidsstudie.

1.5.2 Direkta tidsstudier

En dylik metod bedömdes ej kunna uppfylla kravet vad avser punkt 4 om inte undersökningen utsträcktes över lång tid. Metoden bedömdes vidare som ej fördelaktig vad avser punkterna 1, 3 och 7.

1.5.3 Tidsstudier via filmupptagning

Metoden bedömdes ej uppfylla kraven under punkterna 1, 3, 5 och 7. Dessutom ansågs svårigheterna vara stora att vid analys av filmremsorna kunna upprätthålla en god precision vad beträffar en uppspaltning på olika delmoment (punkt 2). Många delfraktioner av en behandlingsomgång försiggår till sin helhet inne i munhålan och kan vara svåra att klart särskilja på en filmupptagning.

1.5.4 Tidsstudier med hjälp av en TV-kamera

Analys av pågående behandling sker därvid av en speciell tidsstudieman som iakttager en "frusen" TV-bild som återkommer vid vissa tillfällen. Metoden kan ifrågasättas vad avser punkt 1 samt i synnerhet punkt 7.

1.5.5 Frekvensormetoden

Metoden bedömdes i stort uppfylla de uppställda fordringarna. Den kombinerar fördelarna med ögonblicksregistrering, dvs. metoden vid frekvens- och arbetsmätning med konstanta tidsintervall, med de mycket låga mätningskostnader som man får vid undersökningar där man låter den studerade själv utföra registreringsarbetet. Slumpmässigheten beträffande registreringstillfälle är av betydelse vid undersökning av ett yrke som tandläkarens. Cykliska förlopp kan där förefinnas, dvs. patienterna kommer och går med jämna tidsintervall. Använder man då tidsstudier med konstantintervall kan det finnas risk för över- resp. underrepresentation av vissa aktiviteter. Frekvensorn ger vidare möjlighet att mäta mycket långa och korta tempon av olika slag. Hålkortstekniken möjliggör dessutom att man vid undersökningen kan dela upp tandläkararbetet i upp till 168 olika koder.

Beräkningar samt erfarenheter gjorda vid provundersökningen gav vid handen att om man ville uppnå en god precision och kartlägga 90 % av tandläkararbetet mätningar behövde utföras på ca 100 privatpraktiserande tandläkare och lika många tjänstetandläkare. Mättiden borde vara omkring 5 veckor för var och en av deltagarna. Detta p. g. a. att det genomsnittliga intervallet mellan observationerna av praktiska skäl ej kan sättas till mindre än 10 minuter. Skall man då få tillräckligt med observationer krävs ca 5 veckors mätperiod.

2 Provundersökning

2.1 *Syfte*

Syftet med provundersökningarna var

1. Att utreda om metoden var genomförbar och tillräcklig för att ge önskat resultat.

2. Att ge underlag för finjustering av kodschemat.

3. Att ge en provkarta på de praktiska problem som normalt tillstöter.

4. Att ge underlag för uppläggning och omfattning av huvudundersökningen.

2.2 *Uppläggning*

Metoden arbetades fram successivt genom en kontinuerlig uppföljning och omarbetning i samarbete med en praktiserande privattandläkare. Därefter provades systemet under två veckor hos 11 ej slumpvis uttagna privattandläkare i Stockholm. En grundlig genomgång gjordes sedan av det insamlade materialet tillsammans med de medverkande tandläkarna för att utröna hur metoden fungerat och vilka problem som uppstått.

Några egentliga olägenheter med frekvensorn registrerades inte hos testgruppen. Journalföringen ansågs däremot betungande även om den efter någon tid kom att ingå i den normala rutinen. Några ansåg att de var tvungna att avsätta extra tid för undersökningen. Kodschemats uppbyggnad fungerade i stort även om en hel del detaljjusteringar visade sig nödvändiga.

Ett sammanfattande intryck efter genomgången med deltagande tandläkare gav vid handen

att undersökningen gått att genomföra utan alltför stor olägenhet för arbetet i tandläkarpraktiken,

att den extra rutin som undersökningen medförde efter en kort tid kommit att flyta in i det dagliga arbetet,

att ett visst intresse för deltagande fanns då det gavs möjlighet att mäta fördelningen av arbetet i den egna praktiken,

att de erhållna värdena i stort sett gav en god uppfattning om fördelning av och tidsåtgång för olika behandlingsmoment.

Med ledning av resultat från provundersökningen utformades uppläggning och omfattning av huvudundersökningen. Tyvärr har erfarenheterna från huvudundersökningen inte helt överensstämt med dem vid provundersökningen.

3 Undersökningspopulation, urvalsram och urval

3.1 *Undersökningspopulation*

Den övervägande delen av tandläkarna i landet är sysselsatt med allmäntandvård antingen som privatpraktiserande tandläkare eller som tjänstetandläkare. Det stora flertalet tjänstetandläkare ägnar ungefär hälften av sin arbetsdag åt behandling av barn inom åldersgrupperna 3–16 år och resten av tiden åt behandling av vuxna patienter. Undersökningen avsåg att genom tidsstudier kartlägga arbetsförhållandena för nu nämnda grupper av tandläkare. Om samma mättid och precision i undersökningen skulle kunna upprätthållas för samtliga deltagare i undersökningen måste som villkor för medverkan uppställas att man arbetade minst 30 timmar i veckan med allmäntandvård. För tjänstetandläkarna gällde dessutom att man inte enbart fick behandla barnpatienter. De erhållna genomsnittstiderna för olika behandlingar avsågs nämligen i första hand bli framräknade vad gällde behandling på vuxna patienter. Undersökningspopulationen blir sålunda alla i landet heltidsarbetande (minst 30 tim/vecka) tandläkare sysselsatta med allmäntandvård som privatpraktiserande tandläkare eller som tjänstetandläkare med bland- resp. vuxentandvård dock inte tandläkare som flyttat in i undersökningsregionerna efter 1968 och som ej lämnat adressändring till socialstyrelsen. Ej heller har privattandläkare ej tillhörande tandläkarförbundet tillhört populationen.

3.2 *Urvalsmetod*

Samtliga tandläkare är enligt gällande bestämmelser skyldiga att den 1 oktober varje år på särskild blankett avge en s. k. årlig anmälan. Den omfattar uppgifter om arbetsförhållanden, ev. tjänsteställning, årsarbetstid, bostadsadress m. m. Materialet databearbetas och namnlistor med aktuella uppgifter framtages för hela landet. Det bestämdes att från detta register urvalsdragning skulle ske

med hänsyn tagen till den ram för undersökningspopulationen som angavs under 3.1.

3.3 *Regionurval*

Den för undersökningen valda metoden bedömdes vara så komplicerad att personlig instruktion av varje deltagare ansågs nödvändig. Av detta skäl kunde ett slumpurval omfattande hela landet ej användas. Sex län eller områden utvaldes i stället att representera hela Sverige. Representationen framgår av tabell 1. Inom varje gruppering av län skedde en lottning om vilket(-a) län som skulle representera gruppen. Detta förfaringssätt gällde dock ej för Stockholm- och Malmöområdena. De utvalda regionerna har

Region	Nummer	Mätperiod
Stockholms stad och län	1	okt–nov 70, feb–mars 71, april–maj 71
Östergötlands län	2	sept–okt 71
Kronobergs län	3	maj–juni 71, sept–okt 71
Malmö stad och Malmöhus län	4	nov–dec 70, maj–juni 71
Kopparbergs län	5	nov–dec 70
Västerbottens län	6	feb–mars 71

Tabell 1 Regionurvalet med representativiteten. (PT = privattandläkare, TT = tjänstetandläkare.)

Urvals-grupp	Nr	Län	Antal PT[a]	Antal i urvalet	Antal deltag.	Antal TT[a]	Antal i urvalet	Antal deltag.
I	1	*Stockholm*	910	46	34	317	44	36
II		Uppsala	74			59		
		Södermanland	82			56		
	2	*Östergötland*	145	12	5	71	10	6
		Älvsborg	131			88		
		Skaraborg	79			43		
		Värmland	93			68		
		Örebro	93			55		
		Västmanland	98			35		
	5	*Kopparberg*	83	6	5	66	10	9
		Summa II	878			541		
III		Jönköping	95			73		
	3	*Kronoberg*	55	4	3	34	7	6
		Kalmar	61			66		
		Gotland	12			20		
		Blekinge	57			32		
		Kristianstad	96			70		
		Halland	78			59		
		Summa III	454			354		
IV	4	Malmö/Malmöhus	330	24	18	180	25	21
		Göteborg	327			127		
		Summa IV	657			307		
V		Gävleborg	80			76		
		Västernorrland	71			77		
		Jämtland	28			28		
	6	*Västerbotten*	51	9	8	63	7	7
		Norrbotten	44			105		
		Summa V	274			349		
		Summa total	3 173			1 868		
		Därav i region 1–6	1 574	101	73	731	103	85

[a] Antal tandläkare som enbart har verksamhetskod privattandläkare (PT) resp. distriktstandläkare (TT) enl. 1970 års redovisning av tandläkarkåren.

Tabell 2 Individurvalet

	PT	TT
Slumpmässigt utvalda i 3 resp. 4 dragningar	221	327
Därav specialister, barntandläkare, lärare samt PT eller TT vid dragning 2, 3 och 5 då endast endera kategorin avsågs	24	108
Resterande från urvalet	197	219
Flyttat från regionerna	19	77
Ej verksamma som tandläkare eller sporadiskt verksamma	28	15
Verksamma som allmäntandläkare inom region 1–6	150	127
Tjänstgörande < 30 tim/v	38	17
Ej full tid p. g. a. sjukdom	4	
PT som ej är medlem i STF; övriga samt bortdragna TT från region 5	7	7
Återstående tandläkare som kunnat ingå i undersökningen	101	103
Vägrat deltaga i eller slutföra undersökningen	19	5
Sjuka eller tjänstlediga under mätperioderna	9	13
Deltagare	73	85

erhållit följande nummerbeteckningar vilka används vid redovisning av urval och resultat.

3.4 *Individurval*

Inom varje region sorterades med hjälp av socialstyrelsens register från 1970 tandläkarna i personnummerordning varefter urvalet drogs systematiskt med början i region 1 och slutligen i region 6.

Uttagningen från listorna skedde i omgångar och varje gång kontrollerades om de utvalda tandläkarna uppfyllde de uppställda kraven. Kontrollen gjordes med hjälp av Tandläkarförbundets register, förtroendemän, tandvårdschefer eller deras kanslier samt ibland genom direkt förfrågan hos den utvalde tandläkaren. Då någon kontroll ej kunde utföras för privattandläkare som inte är medlemmar i Tandläkarförbundet, har dessa måst bortföras från urvalet.

Totalt 5 dragningar från listorna behövdes för att erhålla tillräckligt antal deltagare. Vid den första genomgången av listorna uttogs var 10: e tandläkare och kontroll skedde om vederbörande var heltidsarbetande med allmänpraktik samt ifråga om tjänstetandläkarna om de hade bland- eller vuxentandvård. Vid de två följande dragningarna uttogs också var 10: e tandläkare, men enbart tjänstetandläkare kontrollerades och togs med i undersökningen. Dessutom kontrollerades var 50: e tandläkare i en kompletteringsdragning varvid både allmänpraktiserande och tjänstetandläkare uttogs. Slutligen drogs var 100: e, och enbart privattandläkare togs ut. Vid samtliga dragningar användes varierande startsiffror. Inom region 5 kom totalt för många tjänstetandläkare att uttagas varför en slumpmässig reducering måste ske (se tabell 2).

Efter dessa gallringar utsändes inbjudan att deltaga i undersökningen till den resterande gruppen. I samband med att denna inbjudan nått fram till adressaterna framkom ytterligare bortfall p. g. a. tillfällig bortovaro, ej heltidsarbetande, fel i tidigare uppgifter o. d. Se vidare tabell 2.

Av tabell 2 framgår att ungefär hälften av de uttagna privattandläkarna och 2/3 av tjänstetandläkarna bortföll vid närmare kontroll av deras verksamhetsförhållanden. Att så blev fallet beror till stor del på det inaktuella registret. De använda listorna baserade sig på tandläkarnas årliga anmälan 1968 men uppdatering av bostadsadress för 1970 hade dock skett. Av de 38 privattandläkarna som uppgav att de arbetade mindre

Tabell 3a Sjuka eller lediga under mätperioden.

Region[a]	1	2	3	4	5	6	Tot
Privatpraktiserande tandläkare	4	2		3			9
Tjänstetandläkare	5	3	1	3	1		13
Födelseårsklasser		1900–09	10–19	20–29	30–39	40–49	Tot
Privatpraktiserande tandläkare		3	2	1	3		9
Tjänstetandläkare			2	1	5	5	13

Tabell 3 b Utvalda tandläkare med bristande tid och intresse för att deltaga i undersökningen (vägrare).

Region	1	2	3	4	5	6	Tot
Privatpraktiserande tandläkare	8	5	1	3	1	1	19
Tjänstetandläkare	3	1		1			5
Födelseårsklasser		1900–09	10–19	20–29	30–39	40–49	Tot
Privatpraktiserande tandläkare		3	6	3	6	1	19
Tjänstetandläkare		1	2		2		5

a) Regionnumrering enl. tabell 1

Tabell 4 Antal deltagare efter region och födelseårsklasser.

	Födelseårsklasser												
	1900–1909		1910–1919		1920–1929				1940–1949		Totalt		Totalt
Region	PT	TT	PT	TT	PT	TT	PT	TT	PT	TT	PT	TT	PT+TT
1			4	2	10	4	17	11	3	19	34	36	70
2					2	2	2	3	1	1	5	6	11
3				1	2		1	5			3	,6	9
4			5	3	4	3	8	12	1	3	18	21	39
5	1		1		2	1	1	6		2	5	9	14
6					3		4	2	1	5	8	7	15
Summa	1	0	10	6	23	10	33	39	6	30	73	85	158
Totalt		1		16		33		72		36		158	

PT = privatpraktiserande tandläkare
TT = tjänstetandläkare

Tabell 5 Könsfördelningen hos de i undersökningen deltagande tandläkarna.

Region	Kvinnor	Män	Totalt
PT			
1	5	29	34
2		5	5
3		3	3
4	1	17	18
5	2	3	5
6		8	8
Summa	8	65	73
TT			
1	20	16	36
2	1	5	6
3		6	6
4	7	14	21
5	3	6	9
6	2	5	7
Summa	33	52	85
Totalt	41	117	158

än 30 timmar i veckan tillhörde 33 stycken region 1. Beträffande tjänstetandläkarna med deltidstjänst kom 7 från region 1 och 7 från region 4.

För grupperna sjuka och tjänstlediga tandläkare samt vägrare ges deras fördelning på region och födelseår i tabell 3.

Av tabell 4 framgår slutligen deltagarnas regions- och åldersfördelning. Tabell 5 ger könsfördelningen.

4 Undersökningsvariabler

4.1 *Undersökningsvariabler*

Följande undersökningsvariabler kan urskiljas i materialet:

1. arbetstid för olika arbetsmoment
2. arbetstid för vissa behandlingar
3. frekvensen för olika arbetsmoment
4. egenskaper hos patienterna i form av patientkategori och ålder.

Totalt för undersökningen har endast variationen mellan grupper av tandläkare (privatpraktiserande, tjänstetandläkares vuxen- resp. barntandvård) studerats.

4.2 *Bakgrundsvariabler*

De funna resultaten vad beträffar tidsåtgången för olika åtgärder och där iakttagna variationer får anses bero på en samverkan mellan två huvudvariabler. Vi har dels den variation som finns beträffande arbetssätt m. m. mellan olika tandläkare och dels den variation som beror på att olika patienter innebär en varierande svårighetsgrad vad beträffar behandlingar. Patientfaktorns betydelse avsågs aldrig bli belyst med ifrågavarande undersökning. Vid bearbetning av materialet har man dock försökt att få en viss uppfattning om storleken av denna variabel genom att för varje tandläkare klyva de erhållna primärdata i två delar omfattande ca 2,5 veckors mätperiod. Framkörning av tider för olika behandlingar med en uppdelning på 2 perioder för varje tandläkare möjliggör en viss analys av förhållandet mellan faktorerna tandläkare/patient. Redovisning och vidare diskussion av denna bearbetning lämnas i kapitel 11. Redan här bör dock påpekas att betydelsen av den faktor som patienternas varierande anatomi, sjukdomsbild m. m. representerar också beror på, hur pass frekvent en åtgärd är. Funna variationer under en 5-veckorsperiod kan delvis tänkas bli utsuddade vad avser patientvariabeln om undersökningen utsträckts i tiden. Det kvarstår då en variation mellan olika tandläkare som är att hänföra till olikheter i arbetssätt, utrustning m. m.

Variationen mellan olika tandläkare vad beträffar såväl tidsåtgång för olika åtgärder som den procentuella fördelningen av arbetstiden på olika grupper av behandling beror också på klientelets sammansättning. Det är givetvis stor skillnad på behovet av olika behandlingsåtgärder vad beträffar en revisions- resp. en saneringspatient samtidigt som behandlingens svårighetsgrad oftast ökar hos en patient som eftersatt sin tandvård under många år.

Tandläkarvariationen vad avser tidsåtgången för olika behandlingar påverkas av en rad faktorer förutom rent personliga egenskaper. Här kan nämnas sådant som antal

behandlingsrum, antal assisterande personal, behandlingsrummets utrustning, praktikens och arbetets planering m. m. Vid uppläggningen av undersökningen diskuterades i vad mån man kunde särskilja någon eller några av dessa bakgrundsvariabler. De ansågs dock samtliga så svårregistrerbara eller svårdefinierade att någon analys av dem inte ansågs möjlig med den undersökningsmetod som valdes. Så är det t. ex. mycket svårt att tillförlitligt registrera i vilken utsträckning som en tandläkare med två behandlingsrum utnyttjat dessa under mätperioden.

Det här förda resonemanget gäller givetvis för såväl privatpraktiserande som tjänstetandläkare. Regionsbundenheten blir dock något större för tjänstetandläkarna då sådana faktorer som t. ex. klientelets sammansättning, antal assisterande personal och utrustningsstandard många gånger beror på folktandvårdens omfattning och uppbyggnad. Denna vet man erfarenhetsmässigt varierar mellan olika huvudmän.

5 Mätmetod och estimationsförfarande

5.1 *Inledning*

I kapitlet redogörs för mätmetod, mätinstrument, parametrar och estimatorer i huvudundersökningen. Valet av mätmetod diskuterades i kap. 1, varför detta förbigås här.

5.2 *Beteckningar*

Följande beteckningar utnyttjas vid definition av de olika parametrarna och estimatorerna

	Population	Stickprov
Värde på total arbetstid i timmar för tandläkare i, region j verksamhet v	T_{ijv}	t_{ijv}
Värde på antal utförda behandlingar (produktion) tandläkare i, region j, verksamhet v	A_{ijv}	a_{ijv}
Antal regioner	R	r
Antal tandläkare i region j, verksamhet v	D_{jv}	d_{jv}
Antal verksamhetsområden	V	V
Vikt för tandläkare i, region j, verksamhet v		w_{ijv}
Antal huvudgrupper	H	H
Antal undergrupper	U	U

5.3 *Parametrar och estimation*

Parametrarna T och A definieras enligt:

$$T_{uhv} = \sum_{j=1}^{R} \sum_{i=1}^{D_r} T_{ijvuh}$$ för huvudgrupp h, undergrupp u, verksamhet v

$$A_{uhv} = \sum_{j=1}^{R} \sum_{i=1}^{D_r} A_{ijvuh}$$ för huvudgrupp h, undergrupp u, verksamhet v

V = 1 (privattandläkare), V = 2 (tjänstetandläkare

5.4 *Vikter*

Syftet med vägningen är att med hjälp av stickprov kunna erhålla en acceptabel uppfattning om total tid och produktion för alla tandläkare i riket tillhörande populationen.

Regionsrepresentativiteten framgår av tabell 1 kapitel 3 där region 1 till 6 får regionsvikter i direkt proportion till det antal län de representerar.

Urvalet inom regionerna är draget vid tre tillfällen för privattandläkare (var 10:e, var 50:e och var 100:e) vilket ger en urvalsvikt på $\frac{100}{13}$. Tjänstetandläkare drogs vid 4 tillfällen (var 10:e 3 gånger och var 50:e) medförande en urvalsvikt av $\frac{100}{32}$.

Dessutom vägs förhållandet antal i urvalet dividerat med antal deltagare (tabell 1, avsnitt 3) in för varje region som om man kunde förutsätta att bortfallet inte påverkar resultaten vore giltig.

Detta medför följande vikter för uppräkning till riksnivå för privattandläkare.

Region	Regionvikt	Urvalsvikt	Bortfallsvikt	Totalvikt
1	1	· 100/13	· 46/34	= 10,41
2	4,5	· 100/13	· 12/5	= 83,08
3	7	· 100/13	· 4/3	= 71,79
4	2	· 100/13	· 24/18	= 20,51
5	4,5	· 100/13	· 6/5	= 41,54
6	5	· 100/13	· 9/8	= 43,27

Varje deltagande tandläkare får således den totalvikt som gäller för den region han tillhör. Exempelvis representerar en privattandläkare tillhörande region 1 10,41 tandläkare.

Vikter för uppräkning till riksnivå för tjänstetandläkare:

Region	Regionvikt	Urvalsvikt	Bortfallsvikt	Totalvikt
1	1	· 100/32	· 44/36	= 4,82
2	4,5	· 100/32	· 10/6	= 23,44
3	7	· 100/32	· 7/6	= 26,52
4	2	· 100/32	· 25/21	= 7,44
5	4,5	· 100/32	· 10/9	= 15,63
6	5	· 100/32	· 1	= 15,63

5.5 *Mätning av tid*

5.5.1 Metod

En frekvensstudiemetod har använts för att mäta tiden för olika arbetsmoment i tandläkarpraktiken samt dess fördelning i procent av total arbetstid. Under slumpmässigt valda tidpunkter har med hjälp av en frekvensorapparat noterats huvudgrupp och undergrupp enligt det kodschema, som närmare beskrivs i kapitel 6. Endast tid i tandläkarpraktiken har registrerats och endast vad den studerade tandläkaren just vid observationstillfället var sysselsatt med oavsett vad som i övrigt förekom. Dessutom registreras total arbetstid i timmar under mätperioden.

Förhållandet mellan antalet observationer (registreringar vid de slumpvalda tidpunkterna, "piip") på de enskilda arbetsmomenten och det totala antalet observationer multiplicerat med 100 ger procentuell fördelning. Den tid man ägnat åt arbetsmomenten fås genom sammanställning av fördelningsresultatet och den registrerade totaltiden.

Förfaringssättet beskrivs nedan för en viss tandläkare i, stationerad i region j med verksamhet v.

T_{ijv} = Total arbetstid i tandläkarpraktiken

P_{ijv} = Antal observationer

P_{ijvuh} = Antal observationer för undergrupp u inom huvudgrupp h

$\frac{P_{ijvuh}}{P_{ijv}} \cdot 100$ = Procent för undergrupp u inom huvudgrupp h

$t_{ijv} = \frac{T_{ijv}}{P_{ijv}}$ Tiden motsvarande en observation

$t_{ijvuh} = t_{ijv} \cdot P_{ijvuh}$: Tiden för undergrupp u inom huvudgrupp h

T_{ijv} och P_{ijv} kan nu uttryckas som:

$$T_{ijv} = \sum_{h=1}^{12} \sum_{u=1}^{13} t_{ijvuh}$$

$$P_{ijv} = \sum_{h=1}^{12} \sum_{u=1}^{13} P_{ijvuh}$$

i = tandläkare
j = region
v = verksamhet
u = undergrupp
h = huvudgrupp

Procentuell fördelning av arbetstiden samt framtagning av totaltider kan sedan göras med summeringar för valda u och h samt för grupper av tandläkare upp till riksnivå.

Riksprocent av arbetsmoment h:u för verksamhet v framräknas på följande sätt:

$$\frac{\sum_{j=1}^{r}\sum_{i=1}^{dj} W_{ijv} P_{ijvuh}}{\sum_{j=1}^{r}\sum_{i=1}^{dj} W_{ijv} P_{ijv}} \cdot 100$$

r = antal regioner
dj = antal deltagare i region j

5.5.2 Mätinstrument

För att generera de slumpmässigt valda tidpunkterna samt registrera observationerna har använts system frekvensor från AB Konsulterna. Varje deltagande tandläkare har utrustats med frekvensorapparat och tillhörande förperforerade hålkort. När arbetet i tandläkarpraktiken börjar sätts apparaten på och tiden noteras på speciell frekvensorjournal. Då apparaten ljuder tänds en lampa över en kolumn bestående av två rader. Det arbetsmoment som tandläkaren just vid observationsögonblicket gör stansas in med huvudgruppen i första raden och undergruppen i andra raden enl. kodschemat. Därefter släcks lampan. Proceduren upprepas vid nästa observation då nästa kolumn stansas. Då arbetet slutar för dagen eller för lunchuppehåll stängs apparaten av och tiden noteras.

Hålkorten databearbetas sedan direkt med totaltiden medtagen. Speciella tider uppvisande antal timmar och procent för varje undergrupp inom varje huvudgrupp framtages.

5.5.3 Resultat

Resultaten framgår av tabellerna A i tabellbilagan. Uppdelningen på region och födelseårsklasser får spegla den variation av arbetstidens fördelning som normalt existerar under en 5-veckorsperiod mellan olika grupper av tandläkare.

5.6 *Mätning av produktion*

5.6.1 Metod och mätinstrument

För varje patient finns ett patientkort (se underbilaga 1.2) i vars huvud noteras tandläkarnummer, patientnummer, patientålder, patienttyp, påbörjad och/eller avslutad behandling under mätperioden. Efter varje besök registreras datum och varje behandlingsmoment som förekommit enligt kodschemat, varvid varje huvudgrupp får en rad. I rutorna för undergruppen noteras enligt anvisning i kolumnen "ange" från "kodschema med anmärkningar".

Vid stansning av patientkorten tillförs även uppgift om antal patientbesök.

Resultaten ges i tabellerna B i tabellbilagan. Uppräkning till riksnivå ges på sätt som ovan beskrivits. Några medelfelsberäkningar görs ej här, utan den uppdelning som redovisas i form av region och födelseårsklasser får tjäna som uttryck för de variationer som normalt förekommer.

5.7 *Mätning av behandlingstiden*

Här sker en samkörning av uppgifter för tider och produktion. Härvid framställs en grundlista vilken för varje kombination huvudgrupp – undergrupp ger tid i timmar från mätningen med frekvensorn samt antal behandlingsmoment (antal) och antal gånger behandlingsmomentet förekommit (antal markeringar) från produktionen via patientkorten.

Grundlista patienttyp 1, verksamhet v, tandläkare xxxx

Hgrp	Ugrp	Tid	Antal	Antal mark.	Tid/Antal	Tid/Antal mark.
01	05	1,0000	50	20	0,0200	0,0500

Dessutom divideras tiden dels med antal dels med antal markeringar.

Exempel på grundlista med kod 01:05 (röntgen annan) angivet finns i tablå sid 246.

Totalt har tandläkare xxxxx tillhörande verksamhet v på patienttyp 1 ägnat en timme åt att taga 50 röntgenbilder vid 20 olika tillfällen, dvs. 0,0200 timmar per röntgenbild eller 0,0500 timmar per behandlingstillfälle.

Dessa grundlistor framkommer för olika grupperingar av verksamhet, patienttyp, region, födelseårsklasser, tandläkare och period inom tandläkare. Se vidare avsnitt 9.

Genom att summera framtagna kvoter för valda behandlingsmoment, huvudgrupp – undergrupp, konstrueras behandlingstider. Se vidare avsnitt 9.

De spridningsmått som framkommer vid beräkning av medelvärden för behandlingstyperna kan sägas bestå av två komponenter samt dessutom en metodkomponent. Huvudkomponenterna är spridning mellan tandläkare beroende på olika färdighet och arbetssätt samt spridning beroende på patientunderlag. Ett försök att särskilja dessa båda har gjorts genom att dela varje tandläkares mätperiod i två delar och beräkna medelvärde och varians för en period och för hela mättiden avseende vissa behandlingstyper. Patientvariationen kan väntas avta med ökad tid och ökat antal utförda behandlingar medan tandläkarvariationen ligger mera konstant.

$$V^2_{\substack{\text{halv}\\ \text{mättid}}} = V^2_{\text{patient}} + V^2_{\text{tandl}} + V^2_{\text{metod}}$$

$$V^2_{\substack{\text{hel}\\ \text{mättid}}} = \frac{V^2_{\text{patient}}}{2} + V^2_{\text{tandl}} + \frac{V^2_{\text{metod}}}{2}$$

V^2 metod är troligtvis ofta försumbar varför vi genom att lösa systemet kan få ut den variation som är att hänföras till patient resp. tandläkare. Där V^2 metod ej är försumbar föreligger ofta möjlighet till en acceptabel skattning av denna variationsfaktor. De formler som härletts ovan förutsätter att samband ej föreligger mellan patientens svårighetsgrad och tandläkarens snabbhet vid behandling av genomsnittspatienter.

5.8 *Mätning av barnpatienter*

Barn och vuxna patienter har genomgående hållits isär. Med barn menas hos privattandläkare åldersgrupper 0–11 år och hos tjänstetandläkare 0–16 år. Fullständig mätning för barn har gjorts enbart hos tjänstetandläkare, varför handläggningen där är analog med den för vuxna patienter, dock har i kodschemat huvudgrupperna 9–10 (Avtagbar protes) utbytts mot Tandreglering och Diverse barntandvård. Mätmetoden har för en del av deltagarna ej tillåtit mätning av vuxenpatienter på barntid och tvärtom. Då sådant förekommit har genomgående 11:11 stansats resp. noterats.

För privattandläkaren har endast produktion registrerats. På frekvensorn har 11:11 stansats då barn behandlats.

6 *Kodschemat*

Olika typer av tandläkarbehandling har uppdelats på 11 huvudgrupper varefter arbetsmoment eller spilltider som är nödvändiga för arbetets genomförande har sammanförts till huvudgrupp 12 (se vidare kodschemat, underbilaga 1.1). Varje komplicerad behandling har brutits ned i ett antal arbetsmoment som återfinns i undergrupper till de olika huvudkoderna. För de mest komplicerade tandläkararbetena såsom utförande av guldkronor, broar m. m. har tre huvudgrupper (06–08) fått tillgripas för att erhålla tillräckligt antal koder. Likaså täcker utförandet av avtagbara proteser två huvudgrupper (09–10). Vissa arbeten är ej av den typen att de medger uppdelning i ett antal väldefinierade arbetsmoment. De återfinns som mer eller mindre ouppspaltade behandlingsåtgärder under huvudgrupperna 01 och 02. För vissa mindre frekventa tandbehandlingar har

någon uppdelning i undergrupper ej ansetts nödvändig utan dylika behandlingar har sammanförts till huvudgruppen 11.

De flesta undergrupper representerar ett klart avgränsat arbetsmoment för utförandet av en tandbehandling. I vissa fall täcks, som tidigare nämnts, hela behandlingen in av en undergrupp. Inom varje huvudgrupp används de olika undergrupperna för att mäta ett arbetsmoment oavsett omfattningen av den behandling som utföres. Detta innebär att t. ex. preparation (undergrupp 04) inom huvudgruppen 04 används som kod oavsett om preparationen avser en enkel eller komplicerad amalgamfyllning. Den kan också användas vid preparation för en silikatfyllning. Genomsnittstiden för koden 04: 04 avser således preparation av en yta oavsett typ av fyllning. Vid framräkning av genomsnittstid för t. ex. en två-yts amalgamfyllning förses koden 04: 04 med faktorn 2 (se vidare formelsamlingen, avsnitt 9.3.3).

Vid utförande av de flesta typer av behandlingar förekommer givetvis visst förberedelsearbete, tillfälliga avbrott i behandlingssekvensen etc. För att lätt kunna koda även dylika arbetsmoment finns en undergrupp 01 inom varje huvudgrupp resp. gruppering av huvudgrupper. Undergrupperna inom huvudgrupperna 01–11 används för att registrera arbete vid tandläkarstolen dvs. när tandläkaren befinner sig i arbetsposition. Direkt förberedelsearbete i form av handtvätt, placering av patienten i behandlingsstolen m. m. tidmäts genom att koden 12: 3 används. Inom huvudgrupp 12 återfinns vidare koder för att registrera väntetid på patient, journalföring m. m. Koderna 12: 2, 3, 6, 7, 8 får anses direkt sammanhänga med utförande av patientbehandlingar varför de påförs formlerna för att beräkna genomsnittstider för olika behandlingar (se 9.3.3).

Inom huvudgrupp 11 finns en undergrupp 11 som avser barnbehandling. Den används av privatpraktiserande tandläkare för att registrera behandling på barn under 12 år. Tiden för dylika patienter registreras, men någon beräkning av genomsnittstider för olika behandlingar går således ej att beräkna för privattandläkarnas barnpatienter.

Koden 11: 11 används av tjänstetandläkarna för att registrera tid då man haft barnpatienter på vuxentid och omvänt. Då tid för behandling av barn- resp. vuxenpatienter registreras på skilda frekvensorkort kan barn och vuxna ej blandas inom ett arbetspass. I den mån sådan blandning av patienter har förekommit sker ett bortförande av tid för dylika patienter genom att koden 11: 11 används (se vidare kommentarer till tabellbilaga A).

För tjänstetandläkarnas barntandvård har slutligen huvudgrupperna 09 och 10 (avtagbar protes) utbytts mot två nya huvudgrupper nämligen 09 Tandreglering och 10 Diverse barntandvård. Ursprungliga huvudgrupper 09 och 10 har ringa intresse inom barntandvården. Däremot ansågs det nödvändigt att för tjänstetandläkarnas barntandvård ha vissa koder för tandreglering och åtgärder som utförs enbart på barn.

7 Organisation och administrativt förfarande

7.1 *Administrativt förfarande*

Sedan uppdraget att utföra undersökningen överlämnats till socialstyrelsen bildades i september 1970 en referensgrupp med följande sammansättning:

medicinalrådet John Hedlin, socialstyrelsen (ordf.)
byråchef Åke Sjöström, socialstyrelsen
specialföredragande tandläkare Hans Sundberg, socialstyrelsen
1: e aktuarie Owe Hoffmann, socialstyrelsen
1: e sekreterare Jan Sahlin, Sv. Landstingsförbundet
docent Gunnar Eklund
tandvårdsdirektör Sven-Gustav Åstrand, 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring
byrådirektör Barbro Lundstedt, 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring
sekreterare Ingemar Egelstedt, Sveriges Tandläkarförbund

Referensgruppen deltog i detaljplaneringen av undersökningens uppläggning samt angav riktlinjerna för dess bearbetning. Fältarbetet samt bearbetning och sammanställning av resultaten har utförts av Ingemar Egelstedt och Hans Sundberg. Ansvaret för viss del av den maskinella bearbetningen av primärmaterialet har åvilat Owe Hoffmann. Statistisk granskning av undersökningen har utförts av docent Gunnar Eklund, medlem av socialstyrelsens vetenskapliga råd i ämnet statistik.

7.2 *Praktiskt genomförande av mätningarna*

För att de uttagna tandläkarna skulle kunna genomföra den komplicerade och arbetskrävande undersökningen bedömdes det att personlig information var absolut nödvändig. Detta också för att motivera de uttagna till medverkan i undersökningen.

Två veckor före mätperiodens början tillställdes deltagarna en personlig inbjudan om deltagande, instruktion för undersökningens genomförande, kodschema (underbilaga 1.1) samt patientkort (underbilaga 1.2). Telefonkontakt togs därefter med deltagarna för kontroll om vederbörande tillhörde undersökningspopulationen. Tid för information bestämdes därvid även.

Någon vecka före mätningarnas början samlades deltagarna gruppvis för genomgång av undersökningsmetodiken. Därvid genomgicks den statistiska teorin för undersökningen, kodschemat, skötseln av frekvensorapparaten samt normerna för ifyllandet av patientkorten. Som avslutning skedde sedan en praktisk demonstration av undersökningens genomförande med exempel från en tandläkarpraktik. Varje deltagare försågs därefter med erforderligt undersökningsmaterial och uppmanades att påbörja en försöksmätning de närmaste dagarna. Efter någon dag togs kontakt med deltagarna per telefon eller i de flesta fall skedde personligt besök i praktiken från någon av fältarbetarna. Därvid försökte man klara ut eventuella oklarheter och delge deltagarna ytterligare information. Varje deltagare hade minst ett par dagars övning i praktiken med undersökningsutrustningen innan själva mätperioden påbörjades. Under själva mätperioden togs minst en kontakt med varje deltagare för att efterhöra eventuella svårigheter med genomförandet av undersökningen. Samtidigt kontaktade ofta deltagarna någon i ledningen av undersökningen för diskussion om bl. a. vissa tolkningsproblem.

I samband med informationsträffen fick varje tandläkare fylla i ett registreringsformulär där också vissa uppgifter om antal behandlingsrum och sköterskor begärdes av deltagarna. Primärmaterialet består f. ö. av hålkorten från frekvensorapparaten och de ifyllda patientkorten. Tandläkarens arbetstid under mätperioden har registrerats på en särskild s. k. frekvensorjournal vilken även omfattar uppgift på de använda hålkorten.

7.3 *Mätperiodernas fördelning*

Mätningarna planerades ursprungligen att genomföras i tre etapper under hösten 1970 och våren 1971. Det har ansetts som väsentligt att en spridning av mätningarna sker under verksamhetsåret då en viss anhopning av vissa typer tandläkararbeten erfarenhetsmässigt sker under olika delar av året. Någon fördelning av mätperioderna på olika årstider för regioner med få deltagare har av administrativa skäl ej varit möjlig att utföra.

Mätningarna var planerade att vara avslutade under vecka 24 1971.

P. g. a. arbetskonflikt bland tjänstetandläkare inom region 2 (Östergötland) måste planerad mätning där under vecka 10–14 uppskjutas och en ny etapp 4 insättas under hösten. Till denna etapp kunde föras vissa tandläkare som tidigare ej kunnat medverka. Mätningarnas genomförande inom de olika regionerna framgår av sammanställningen på sid 250.

8 Manuell granskning av insamlat material

De insända hålkorten från frekvensorapparaten granskades manuellt med hänsyn bl. a. till ofullständigt perforerade rutor, dubbel-

stansningar samt skadade kort. Nystansning av korten skedde där så var möjligt. I vissa fall togs kontakt med vederbörande tandläkare för att klara upp uppenbara felaktigheter.

På frekvensorjournalerna kontrollerades att angivna hålkortsnummer överensstämde med insända hålkort samt att uppgifterna var korrekta. Från journalerna räknades mättid i timmar och 100-tal timmar. Samtidigt uppdelades mätperioden för varje tandläkare i två lika stora perioder för att möjliggöra även en inomindividuell bearbetning av materialet. Detta för att belysa olika variablers betydelse i enlighet med vad som berörts i avsnitt 4.2. I den maskinella bearbetningen finns således möjlighet att åtskilja tiden i två perioder för varje tandläkare, och genom datumangivelser på patientkorten kan motsvarande produktion hänföras till resp. period.

Patientkorten kontrollerades till en del manuellt för att rätta till uppgifter av typ tandläkarnummer, patientnummer, patienttyp o. d. Man fick härvid också en viss uppfattning om förekomsten av uppenbara felaktigheter i angivelser av olika behandlingsmoment. I vissa fall skedde upprättning men de flesta rättningar eller imputationer har skett på fellista och andra kontrollistor (se nästa avsnitt).

9 Maskinell bearbetning

9.1 *Bearbetning av frekvensorkorten*

Hålkorten från frekvensorn databehandlades direkt efter granskningen. Ett av AB Konsulterna tillhandahållet standardprogram användes. En frekvensorrapport skrevs ut för varje tandläkare. I denna fanns uppgift om antal markeringar, totaltid samt procentuell fördelning av arbetstiden per huvudgrupp och undergrupp. För tjänstetandläkarna lämnades två rapporter, en avseende vuxentandvård och en för barntandvård. Den procentuella fördelningen inom de två patientgrupperna avser total arbetstid för resp. patientgrupp. Sedan dessa frekvensorrapporter utskrivits överfördes uppgifter till ett databand för vidare behandling tillsammans med uppgifterna från patientkorten.

Sammanställning av mätperioder, antal deltagare m. m.

	Antal deltagande tandläkare		Andel från regionen	År	Mätveckor
	PT	TT			
Etapp I					
Stockholm	8	9	1/3	1970	43–47
Kopparberg	5	9	1	1970	45–49
Malmöhus/Malmö	11	11	1/2	1970	46–50
	24	29			
Etapp II					
Stockholm	15	16	1/3	1971	6–10
Västerbotten	8	7	1	1971	8–12
	23	23			
Etapp III					
Stockholm	9	11	1/3	1971	18–22
Kronoberg (tjänstetdl)		6	1	1971	19–23
Malmöhus/Malmö	6	9	1/2	1971	20–24
	15	26			
Etapp IV					
Östergötland	5	6	1	1971	37–41
Kronoberg (privat tdl)	3			1971	36–40
Resterande deltagare	3	1		1971	36–41
	11	7			

9.2 *Bearbetning av patientkorten*

Uppgifterna från patientkorten har stansats på hålkort. Varje hålkort innehåller uppgifter från patientkortshuvud samt en huvudgrupp med undergrupper. Någon kontrollstansning har ej skett. I samband med att patientkortens uppgifter överfördes till databand skedde dock en maskinell kontroll av otillåtna uppgifter. Den erhållna fellistan rättades varefter datalista utskrevs för hela patientkortsmaterialet. Denna lista upptar för varje tandläkare samtliga patientkortsnoteringar ordnade efter huvudgrupp – undergrupp – patientnummer. Listan har använts som underlag för de rättningar och imputationer som senare gjorts i materialet.

9.3 *Samkörning av data från patientkort och frekvensorkort*

9.3.1 Grundlista

Databanden med patientkortsdelen och frekvensordelen samkördes därefter (se flödesschema under 9.3.5). En grundlista erhölls som för varje tandläkare upptog per undergrupp den tid som ägnats åt behandlingsmomentet, antal behandlingsmoment, antal gånger behandlingsmomentet skett samt divisionerna mellan tid och antal resp. antal gånger.

Grundlista uttogs för varje tandläkare per patienttyp (barn, vuxna) uppdelat i två perioder.

9.3.2 Kontroller och imputationsförfarande

Kontrollen har alltså gjorts på grundlistan uppdelad per period, tandläkartyp, patienttyp och tandläkare. Ändringarna har stansats upp och tillförts materialet för de fortsatta bearbetningarna (se flödesschema under 9.3.5).

Redovisning av tillvägagångssättet sker nedan huvudgruppsvis. Generellt har för samtliga undergrupper rimlighetsbedömning skett. Enstaka tider utan notering har lagts upp på undergruppen 01. Vid den generella genomgången av undergrupperna har man vidare kunnat rätta till uppenbara felstansningar av patientkorten.

Maskinellt har undergruppen 01 vad avser huvudgrupperna 01, 02, 03, 04, 05, 06–08, 09–10 och 11 imputerats motsvarande antal gånger som huvudgrupperna eller de sammanslagna huvudgrupperna funnits med på resp. tandläkares patientkort. Summan av dessa noteringar imputeras vidare på alla undergrupper utom 04 och 05 inom huvudgrupp 12.

Hgrp	Ugrp	
01	03	I vissa fall imputering med antal påbörjade patienter för vilka det finns något angivet under huvudgrupp 01.
01	04–06	Ej möjlighet att åtgärda trots att i några fall uppenbara felaktigheter påträffats. Koderna bearbetas därför manuellt.
01	09–13	I vissa fall har felaktigheter noterats, men ingen upprättning gjorts.
02	03	Antal har imputerats med antal markeringar på undergrupperna 04–09 och 11 i de fall detta antal skilt sig markant från det angivna för undergrupp 03.
02	04–07	Sammanblandningar har skett i vissa fall. Dessa har korrigerats då felaktigheterna varit uppenbara.
02	13	Tid utan antal har observerats men ej korrigerats.
03	05	I enstaka fall då tid men ej antal förekommit har imputering skett med antal besök.
03	11	Generell imputering med antal besök minus antal för undergrupp 13.
04	09–11	Kontroll av att antal ungefärligt överensstämmer med antal för undergrupp 4.
04	10–11	Kontroll av att sammanblandning ej skett mellan dessa undergrupper.

04	13	Generell imputering av antal för undergrupp 4.
05		Notering av antal hos vissa tandläkare har strukits på grund av att tiderna troligtvis instansats under huvudgrupp 4. Antal noteringar som strukits har dock genomgående varit få.
06–08		Rimlighetsbedömningar har skett och i den mån värdena kunnat accepteras har ingenting åtgärdats. I vissa fall har direkta utredningar gjorts från patientkortslistan beträffande metodik. Upprättning har skett då så varit möjligt. I några fall har alla värden strukits, i andra fall har imputeringar skett avseende 6:10–6:12, 7:2, 7:4, 7:6, 7:7, 7:8 och i vissa fall för undergrupperna inom huvudgrupp 08.
		Exempel på imputeringar:
07	02	Antal markeringar på 6:11 och 6:12
07	04	Två gånger antal 6:10 och 6:12
07	06	Antal markeringar 8:2, 8:3, 8:4, 8:8
07	07	Antal markeringar 8:2, 8:3, 8:4, 8:8
07	08	Antal markeringar 8:2, 8:3, 8:4, 8:8
		I vissa fall har långa tider noterats för 7:8 utan att imputering varit möjlig att genomföra.
09–10		I vissa fall har imputering av 9:5, 9:11, 10:1, 10:2, 10:3 skett med utgångspunkt i patientkortslistan.
11		Inga imputeringar har skett.
12		Imputering av summan från undergruppen 01 för 12:1–12:3, 12:6–12:13.

9.3.3 Formelsamling för behandlingar

Med utgångspunkt i folktandvårdstaxans rubriker har ett antal behandlingar byggts upp. Därvid har normalbehandlingar legat som grund. I vilken utsträckning som dylika behandlingar utförts under mätperioderna ger materialet ingen upplysning om.

Vid planering av hur undersökningen skulle bearbetas avsåg man att beräkningen av tidsåtgången för olika behandlingar även skulle omfatta den tid som åtgår för att påbörja resp. avsluta en behandling. Dessutom skulle de undergrupper i huvudgrupp 12 (Allmänt) som normalt sammanhänger med en behandlings genomförande tas med i beräkningen. Med utgångspunkt i detta har en grundformel 1 konstruerats innefattande väntetid på patient (02), arbetsspilltid (03), patientbyte (06), journalföring, betalning (07) samt behandlingsplanering (08). Tiderna för de nämnda undergrupperna erhålls genom division med summan av de imputerade talen för undergrupperna 01 (För- och efterarbete). Summan av de inputerade talen för undergrupperna 01 blir något större än antalet fysiska patientbesök då man ibland utför flera behandlingar vid samma patientbesök. Den använda metoden har dock ansetts ge ett realistiskt värde för undergrupperna inom huvudgrupp 12.

Följande formler har använts för beräkning av vissa vanligen förekommande behandlingar. Den faktor som bl. a. undergrupperna 01 och grundformel 1 multipliceras med varierar för olika behandlingstyper och motsvarar det antal patientbesök som beräknats åtgå för en normalbehandling.

Formler för vissa behandlingstyper

1) 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8
2) Undersökning
   1:1 + 1:3 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8
3) Tandstensskrapning
   1:1 + 1:9 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8

4) Tanduttagning, 1 tand
2:1 + 2:3 + 2:4 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8

5) Tanduttagning, 2 tänder
2:1 + 2:3 + 2 x 2:5 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8

6) Tanduttagning, 1 tand svårare fall
2:1 + 2:3 + 2:6 + 2 x 2:12 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8

7) Rotspetsoperation
2:1 + 2:3 + 2:8 + 3 x 2:12 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8

8) Pulpaamputation
3:1 + 3:2 + 3:3 + 3:4 + 3:5 + 3:7 + 3:11 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8

9) Rotbehandling, vital tand med rotkanal (vitalexstirpation)
2 x 3:1 + 2 x 3:2 + 3:3 + 3:4 + 2 x 3:5 + 3:8 + 3:9 + 3:10 + 2 x 3:11 + 2 x 12:2 + 2 x 12:3 + 2 x 12:6 + 2 x 12:7 + 2 x 12:8

10) Rotbehandling, vital tand med rotkanal (mortalexstirpation)
2 x 3:1 + 2 x 3:2 + 3:3 + 2 x 3:4 + 2 x 3:5 + 3:6 + 3:8 + 3:10 + 2 x 3:11 + 2 x 12:2 + 2 x 12:3 + 2 x 12:6 + 2 x 12:7 + 2 x 12:8

11) Rotbehandling av gangränös tand, en kanal
4 x 3:1 + 2 x 3:2 + 3:4 + 4 x 3:5 + 3 x 3:8 + 3 x 3:9 + 3:10 + 4 x 3:11 + 4 x 12:2 + 4 x 12:3 + 4 x 12:6 + 4 x 12:7 + 4 x 12:8

12) Amalgamfyllning, 1 yta (ej inj, ej isol)
4:1 + 4:4 + 4:9 + 4:13 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8

13) Amalgamfyllning, 2 ytor
4:1 + 4:3 + 2 x 4:4 + 4:6 + 4:7 + 2 x 4:9 + 2 x 4:13 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8

14 a) Amalgamfyllning, 3 ytor
4:1 + 4:3 + 3 x 4:4 + 4:6 + 4:7 + 3 x 4:9 + 3 x 4:13 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8

14b) Amalgamfyllning, 3 ytor (ej inj)
4:1 + 3 x 4:4 + 4:6 + 4:7 + 3 x 4:9 + 3 x 4:13 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8

15) Amalgamfyllning, 4 ytor
4:1 + 4:3 + 4 x 4:4 + 4:5 + 4:6 + 4:7 + 4 x 4:9 + 4 x 4:13 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8

16) Amalgamkrona
5:1 + 5:2 + 5:4 + 5:5 + 5:7 + 5:8 + 5:9 + 5:12 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8

17) Silikatfyllning, 1 yta
4:1 + 4:3 + 4:4 + 4:6 + 4:8 + 4:10 + 4:13 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8

18) Annan fyllning, 1 yta
4:1 + 4:3 + 4:4 + 4.6 + 4:8 + 4:11 + 4:13 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8

19) Guldinlägg, 2–3 ytor
2 x 6:1 + 6:3 + 6:4 + 6:8 + 6:12 + 7:2 + 2 x 7:4 + 7:7 + 7:8 + 8:6 + 2 x 12:2 + 2 x 12:3 + 2 x 12:6 + 2 x 12:7 + 2 x 12:8

20) Jacketkrona utan guldpelare
3 x 6:1 + 6:3 + 6:4 + 6:8 + 6:10 + 6:11 + 7:2 + 3 x 7:4 + 7:6 + 7:7 + 7:8 + 8:2 + 3 x 12:2 + 3 x 12:3 + 3 x 12:6 + 3 x 12:7 + 3 x 12:8

21) Jacketkrona med guldpelare
3 x 6:1 + 6:2 + 2 x 6:5 + 6:8 + 2 x 6:10 + 2 x 6:11 + 7:2 + 3 x 7:4 + 7:6 + 7:7 + 7:8 + 8:1 + 8:2 + 3 x 12:2 + 3 x 12:3 + 3 x 12:6 + 3 x 12:7 + 3 x 12:8

22) Richmondkrona
2 x 6:1 + 6:2 + 6:5 + 6:8 + 6:10 + 6:11 + 7:2 + 2 x 7:4 + 7:6 + 7:7 + 7:8 + 8:3 + 2 x 12:2 + 2 x 12:3 + 2 x 12:6 + 2 x 12:7 + 2 x 12:8

23) Guldkrona 1
2 x 6:1 + 6:3 + 6:4 + 6:8 + 6:10 + 6:11 + 7:2 + 2 x 7:4 + 7:6 + 7:7 + 7:8 + 8:4 + 2 x 12:2 + 2 x 12:3 + 2 x 12:6 + 2 x 12:7 + 2 x 12:8

24) Guldkrona 2
2 x 6:1 + 6:3 + 6:4 + 6:8 + 6:12 + 7:2 + 2 x 7:4 + 7:6 + 7:7 + 7:8 + 8:4 + 2 x 12:2 + 2 x 12:3 + 2 x 12:6 + 2 x 12:7 + 2 x 12:8

25) Amalgampelare
5:1 + 5:2 + 5:4 + 5:5 + 5:7 + 5:8 +

5:10 + 12:2 + 12:3 + 12:6 + 12:7 + 12:8

26) Partiell protes, 4 eller flera tänder
6 x 9:1 + 2 x 9:2 + 9:7 + 9:11 + 10:1 + 10:2 + 10:3 + 10:4 + 10:5 + 10:7 + 6 x 12:2 + 6 x 12:3 + 6 x 12:6 + 6 x 12:7 + 6 x 12:8

27) Hel över- eller underkäksprotes
6 x 9:1 + 2 x 9:2 + 9:5 + 9:11 + 10:1 + 10:2 + 10:3 + 10:4 + 10:5 + 10:7 + 6 x 12:2 + 6 x 12:3 + 6 x 12:6 + 6 x 12:7 + 6 x 12:8

Beträffande tjänstetandläkarnas barntandvård har ett reducerat antal formler använts nämligen nr 1–5, 9–15 samt 17.

9.3.4 Bearbetning på olika nivåer

Bearbetning har skett i 4 nivåer fram till slutresultatet. För varje nivå har detaljresultat tagits fram i form av grundlistor och behandlingstider avseende privatpraktiserande tandläkarnas vuxentandvård, tjänstetandläkarnas vuxentandvård resp. barntandvård. Varje nivå är en sammanställning av föregående. Summor och kvadratsummor tas alltid fram för beräkning av medelvärden och varianser.

Nivå 4

Grundlistorna framkörs här avseende period 1 och 2 för varje tandläkare. Enstaka formler (nr 1–4, 9, 12–14a, 17, 23, 24 och 27) har beräknats för denna nivå dvs. separata tider erhålls för period 1 och 2.

Nivå 3

Grundlista och samtliga formler körs fram med slopande av perioduppdelning. Uppgifter erhålls för varje enskild tandläkare varvid tjänstetandläkarnas vuxen- resp. barntandvård hålls isär.

Nivå 2

Sammanställning görs här för grupper baserade på tandläkarnas födelsedecennium eller regionstillhörighet. Fortfarande hålls privatpraktiserande och tjänstetandläkare (barn- och vuxentandvård) isär.

Nivå 1

För varje region har vägning skett av summorna för tid, antal och antal markeringar per region. När sedan samtliga formler körs erhålls således vägda tal för de olika formlernas behandlingstider.

9.3.5 Flödesschema

Flödesschema för databehandlingen finns intagna på de två följande sidorna.

10 Undersökningsresultatens tillförlitlighet

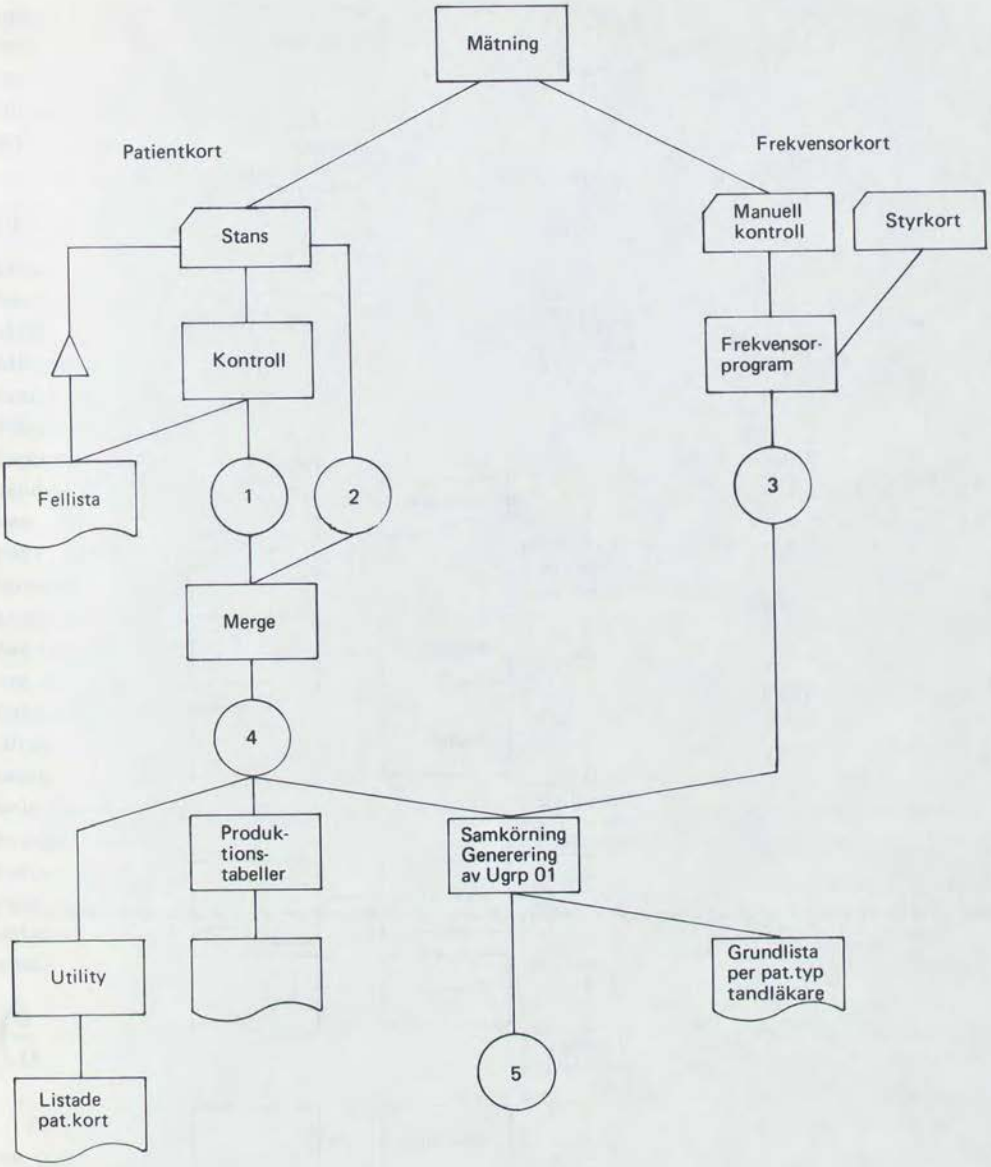
De fel och den osäkerhet som kan tänkas påverka undersökningens resultat kan härledas till: ramen, urvalet, bortfallet, variationen mellan tandläkare, variationen mellan patienter, metodfel från frekvensorn samt rena felstansningar och felkodningar eller bortglömda moment. Nedan följer en kortfattad översikt över de allvarligaste felkällorna. Deras inverkan på och betydelse för utvärdering av undersökningens olika resultat kommenteras närmare i avsnitt 11.

10.1 *Slumpfel*

Dessa fel hos en skattning beror på att observationerna endast avser en slumpmässigt uttagen del av undersökningspopulationen, urval av mätperiod, frekvensorundersökningens övriga fel (jfr nedan) och slumpmässiga fel från övriga felkällor.

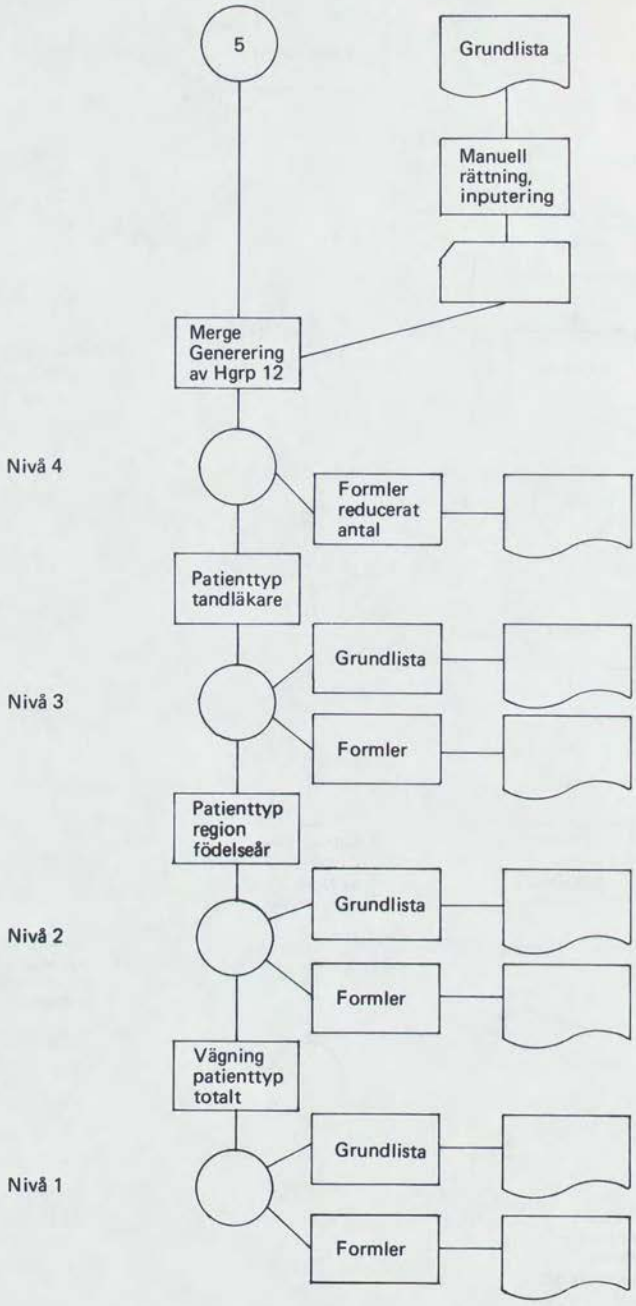
10.2 *Estimationsfel*

Felen orsakades här av det skattningsförfarande som valts. Storleken kan vid uppräkning till rikstotaler genom höga vikter bli betydande (stort slumpfel), men reduceras genom att redovisningen hela tiden sker som procentfördelning och tid per produktion. Skillnader mellan ovägt och vägt material



1 Godkända patientkort
2 Rättade patientkort
3 Band från frekvensorkort
4 Patientkortsband
5 Band med uppgifter från såväl patientkort som frekvensorkort

Flödesschema för databearbetningen


5
Grundlista
Manuell rättning, inputering
Merge Generering av Hgrp 12
Nivå 4
Formler reducerat antal
Patienttyp tandläkare
Nivå 3
Grundlista
Formler
Patienttyp region födelseår
Nivå 2
Grundlista
Formler
Vägning patienttyp totalt
Nivå 1
Grundlista
Formler

uppgår, som kan utläsas av tabeller rörande region resp. födelseårsklasser, till någon procentenhet. De ovägda värdena ger upphov till en viss bias vid estimationen som dock inte synts vara omfattande.

10.3 *Observationsfel*

Dessa fel uppkommer vid insamling och bearbetning av primärmaterialet och orsakar såväl systematiska som slumpmässiga fel. Många av dessa har rättats till vid de omfattande manuella och maskinella kontrollerna Förutom effekten av rena apparatfel hos frekvensorn medför stansning och handhavande av stanskort felmöjligheter. Dessa fel kan vara både slumpmässiga och systematiska beroende på var felet hamnar bland huvudgrupper och undergrupper. Genom en kontroll av stansfrekvens på otillåtna koder har framkommit att dessa totalt kan röra sig om ca 1 % på enskilda koder. I och med att behandlingsformer och fördelningsresultat oftast berör summeringar av flera koder inom samma huvudgrupp och procent för hela huvudgruppen reduceras dock felet och bedöms bli mindre än 1 %. Rent slumpfel beroende på mätmetoden förekommer också men storleken på felet är helt beroende på antal observationer. Detta fel kan uttryckas som:

$$\left(\frac{O}{O} \pm \frac{\sqrt{O_{ij}}}{O}\right) \cdot 100$$

u = undergrupp
h = huvudgrupp

På tabeller uppvisande fördelning blir detta en osäkerhet varierande från någon tiondels procentenhet till mellan en halv till en procentenhet beroende på storleken på redovisningsgruppen.

För typer av behandlingar enl. angivna formler (kombination huvudgrupp i och undergrupp j) reduceras felet med kvadraten på antal från produktionen enligt nedanstående uttryck.

$$\sum_h \sum_u \frac{O_{ijhu} \cdot t_{ij}}{a_{ijhu}} \pm t_{ij}\sqrt{\sum_h \sum_u \frac{O_{ijhu}}{a^2_{ijhu}}}$$

för verksamhet v och valda u och h. Denna uttrycker även förhållandena för den enskilde tandläkaren.

De fel som härrör från patientkorten är felnoteringar, bortglömda noteringar, borttappade patientkort samt felstansningar vid bearbetningen. Felen är till övervägande del systematiska, men dess effekt har reducerats betydligt genom den omfattande granskning och kontroll som förevarit (se avsnitt 9). Felen ger troligtvis en underskattning som i viss mån reduceras av felnoteringar och felstansningar.

10.4 *Bortfallsbias*

Fördelningen av bortfallet efter region och födelseårsklass framgår av avsnitt 3. Bortfallet är endast av betydelse vad beträffar privattandläkarna där fördelningen inte heller är jämn ur urvalssynpunkt. Beträffande regionen är bortfallet störst inom de regioner som förekom i de sista etapperna. För födelseårsklasserna är också bortfallet ojämnt fördelat. En bortfallsundersökning har därför skett för de 19 privattandläkare som inte medverkade. Denna tillgick så att de aktuella tandläkarna kontaktades per telefon för att besvara frågor om assistans, utrustning, antal arbetsdagar, antal arbetstimmar och antal patientbesök under den period de skulle medverkat.

En tandläkare visade sig ej uppfylla kravet på 30 timmar per vecka, en kunde inte lämna uppgifter på patientbesök medan fyra vägrade lämna uppgifter på arbetstid och patientbesök.

Assisterande personal	Bortfallsgrupp	Undersökningsgrupp
1 sköterska	10	43
1 " 1 elev	3	21
1 1/2 "	3	2
2 "	1	7
Ej svar	1	
Summa	18	73

Antal assisterande personal synes inte skilja sig mellan bortfalls- och undersökningsgrupp.

Antal behandlingsrum	Bortfallsgrupp	Undersökningsgrupp
Ett rum	7	41
Två rum men bara ett används regelbundet el. huvudsakligen	5	16
Två rum används 50 % / 50 %	6	16
Summa	18	73

Proportionen 50/50 är mera markerad i bortfallsgruppen (1/3) än i undersökningsgruppen (ca 1/5).

Antal arbetstimmar och patientbesök	Bortfallsgrupp	Undersökningsgrupp
Genomsnittligt antal timmar	186	168
Genomsnittligt antal besök	348	322
Antal timmar per besök	0,53	0,52
Antal tandläkare	13	73

Bortfallsgruppen redovisar något längre arbetstid och något fler patienter under mätperioden men tiden per patientbesök är i stort sett densamma.

Att med utgångspunkt från denna bortfallsundersökning säga att den gruppen skiljer sig signifikant från eller helt överensstämmer med undersökningsgruppen låter sig inte göra. En viss avvikelse beträffande antal behandlingsrum kan noteras. Men då detta inte samtidigt tar sig uttryck i ett större antal assisterande personal kan man inte direkt säga att bortfallsgruppens behandlingstider skulle ha påverkat de resultat undersökningen kommit fram till. Om vårdens inriktning skiljer sig och skulle påverka fördelningen av arbetstiderna kan man tyvärr inte säga något om.

10.5 *Rambias*

Undersökningspopulationen (målpopulationen) är definierad i avsnitt 3.1. Urvalsramen för denna population är väl definierad. Man kan emellertid tänka sig även andra målpopulationer, t. ex. hela tandläkarkåren. I detta läge kommer inte denna ram att täcka hela populationen. Att sådan avvikelse existerar är uppenbart, delvis beroende på målsättningen. Detta fel existerar beroende på det ofullständiga och på vissa punkter inaktuella urvalsregistret. Tandläkare som flyttat men underlåtit att anmäla adressändring till Socialstyrelsen har ej kommit med i undersökningen. Vidare ger det stora antalet bortfall från antal dragna tandläkare som borde uppfyllt kraven (tabell 2 avsnitt 3) en osäker uppfattning. Även det stora antalet deltidsarbetande tandläkare speciellt från region 1 ger en osäkerhet om hur stor populationen egentligen är.

Det stora antalet (77 st.) från gruppen TT som flyttat från regionen kan betyda ytterligare en inskränkning i ramen, dvs. att de som är nylegitimerade eller endast arbetar en kort tid inte kommit med i den proportion de representerar. Detta styrks av det faktum att 53 st. av de 77 är legitimerade år 1968 eller senare. Mot detta talar de fakta att 3 fakultetsorter ingår bland regionerna, att urvalsregistret upprättats med dem som anmält adressändring till Socialstyrelsen samt att alla uttagna nyutexaminerade kontrollerats om de arbetar inom fakultetsregionen. Troligen har en undertäckning skett av dem som avflyttat från fakultetsregionen till annan region i urvalet utan att anmäla adressändring till Socialstyrelsen.

10.6 *Sammanfattning*

Undersökningens tillförlitlighet kan ifrågasättas på vissa punkter. Bl. a. har svårigheter i samband med urvalsförfarandet medfört att undersökningspopulationen är svår att entydigt definiera. Osäkerhetsfaktorns storlek och undersökningsresultatens tillförlitlighet sammanhänger dock med vilka frågor man önskar få besvarade med utgångspunkt från undersökningen. Den undersökningsmetodik som här kommit till användning innebär nämligen att många frågeställningar kan bli

belysta. Detta gäller såväl de separata bearbetningarna av frekvensordel och patientkortsdel som samkörningen av uppgifter från frekvensor och patientkort. Undersökningen skiljer sig också genom de olika bearbetningsmöjligheterna från tidigare tidsstudier inom tandvårdssektorn. Uppgifter beträffande såväl frekvens som ungefärliga genomsnittstider går att erhålla för ca 90 % av tandläkarnas arbete. En närmare analys av hur utvärdering av undersökningens alla delresultat bör ske lämnas i avsnitt 11.

Det bör understrykas att undersökningen som helhet haft som målsättning att – inom rimliga gränser i vad avser tid och resurser – så långt möjligt objektivt klarlägga arbetsförhållandena inom den del av tandläkarkåren som sysslar med allmäntandvård under minst 30 timmar i veckan. Undersökningen skall således ej bedömas ur strikt vetenskaplig synpunkt. Beträffande behandlingstiderna bör dock understrykas att tillförlitligheten här har kunnat bedömas med hjälp av olika kriterier, med undersökningar utförda på andra material och med andra metoder (avsnitt 11.6) samt med arvodesundersökningen (bilaga 2). Resultaten som härvid framkommit har ifråga om flertalet behandlingar givit ett så vägande stöd för frekvensundersökningens tidsuppgifter, att trots gjorda invändningar och reservationer tillförlitligheten måste bedömas som tillfredsställande.

Beträffande arbetstidens fördelning torde undersökningens resultat ej vara tillämpliga för övriga delar av tandläkarkåren medan vissa uppgifter om patientfördelning samt genomsnittstider för en del behandlingar även torde kunna ge en uppfattning om förhållandena utanför undersökningspopulationen. Det kan därvid slutligen vara på sin plats att erinra om att det är i det närmaste omöjligt att kunna dokumentera om studier beträffande arbetstidsförhållanden når fram till sanningen.

11 Allmänna synpunkter på utvärdering av erhållna resultat

11.1 *Redovisningen av erhållna resultat*

Resultaten har sammanförts till en särskild tabellbilaga. Denna är uppdelad i tre avdelningar. Detta har skett med utgångspunkt från det förhållandet att undersökningen sönderfaller i tre delar. Man har först själva mätningen med hjälp av frekvensorn, som ger uppgifter om arbetstidens fördelning på olika behandlingar. Sedan följer att med hjälp av uppgifter från patientkorten sammanställa data om utförd produktion och antal patienter, fördelning på patienttyp etc. Slutligen sker så en bearbetning och samkörning av uppgifter från de första båda delarna så att genomsnittstiden för olika behandlingar kan erhållas. Tabellbilaga A innehåller således enbart uppgifter från mätningarna med frekvensorn, tabellbilaga B innehåller sammanställningar från patientkorten avseende antal patienter, patienttyp samt utförd produktion medan slutligen tabellbilaga C upptar de beräkningar över genomsnittstiden som utförts. Varierande grad av säkerhet kan tillerkännas de olika delarna vilket närmare kommenteras nedan. Några detaljkommentarer av tabellerna lämnas däremot ej då sådana får anses ligga utanför ramen för denna framställning.

11.2 *Tabellbilaga A*

11.2.1 Allmänt

Med beaktande av de synpunkter om undersökningsresultatens tillförlitlighet som anförts i föregående kapitel torde man dock kunna säga att de resultat som erhållits från frekvensormätningarna uppvisar den största säkerheten. Slumpfelen överväger här och de torde i stort sett ta ut varandra. Detta gäller för den procentuella fördelningen av arbetstider per huvudgrupp som redovisas i tabellerna A 1, A 2, A 6 och A 7. Studerar man sedan arbetstidens fördelning per under-

grupp sjunker tillförlitligheten kraftigt speciellt om man vill särskilja moment som ingår i en behandlingssekvens. Detta sammanhänger med kodschemats långt drivna uppdelning i en stor mängd delmoment. Behandlingsmomentens övergående i varandra, svårigheter att klart definiera olika moment samt felstansningar måste beaktas vid värdering av de resultat som ges i tabellerna A 3–A 5.

Uppdelningen av tandläkararbetet i en mängd delmoment är dock ur en annan synpunkt undersökningens styrka i och med att detta även möjliggör beräkning av genomsnittstider för behandling med låg frekvens och som utförs under många patientbesök. Genom den muntliga instruktionen har man också försökt att få en enhetlig tolkning av kodschemat.

Beräkningarna för tabellerna i bilaga A är utförda så att från frekvensorrapporterna för respektive tandläkare tiden för de olika huvudgrupperna eller undergrupperna har summerats och ställts i relation till de olika totalsummorna.

11.2.2 Tabeller A 1 och A 2

I de tabeller där fördelningen av arbetstiden per huvudgrupp ges med regionsuppdelning (A 1.1–3) är siffrorna för den totala populationen vägda tal med utgångspunkt från regionsrepresentativiteten. (Beträffande vägningstalens storlek se avsnitt 5). Tabellerna med uppdelning per födelseårsklass (A 2.1–3) ger däremot ovägda totalsiffror. Detta för att man som jämförelse skall kunna se arbetstidens procentuella fördelning sådan den blir när varje tandläkares individuella värde i ovägt tillstånd får påverka totalsiffran.

Nämnas bör också att för tjänstetandläkarnas del den totala arbetstiden har minskats med tiderna för koden 11:11. Denna tid representerar nämligen behandling av barn resp. vuxna på tid för vuxen- resp. barntandvård och då egentlig mätning av tid samt produktion ej kunnat ske. Från vuxentandvården har således 191,9 timmar bortförts och från barntandvården 387,6 timmar.

För att kunna jämföra t. ex. arbetstidens fördelning mellan privattandläkare och tjänstetandläkares vuxentandvård sådan den framgår av tabellerna under A 1 har ett 95 % konfidensintervall räknats fram för de olika huvudgrupperna, vilket framgår av nedanstående sammanställning. Då små skillnader mellan regionerna föreligger har en grov beräkning av konfidensintervallen skett. Spridningen har beräknats på basis av sex procenttal för regionerna utan hänsyn till att antalet tandläkare varierar från region till region. T-värdet vid 5 frihetsgrader har använts.

Av denna sammanställning framgår att statistiskt säkerställd skillnad mellan privattandläkare och tjänstetandläkare föreligger

Procentuell fördelning av arbetstiden på huvudgrupper med konfidensintervall

Huvudgrupp		PT		TT (vuxna)	
		Tot. hela pop	95 % konf.	Tot. hela pop	95 % konf.
01	Undersökning m. m.	15,2 %	± 2,10	7,7 %	± 1,66
02	Extraktion m. m.	2,6 %	± 0,49	4,6 %	± 0,69
03	Rotbehandling	7,1 %	± 0,94	8,9 %	± 2,13
04	Amalgam, silikatfylln.	33,4 %	± 4,66	24,2 %	± 2,71
05	Amalgamkrona	1,5 %	± 0,42	1,3 %	± 0,37
06–08	Stifttänder m. m.	9,3 %	± 2,33	11,8 %	± 2,89
09–10	Avtagbar protes	2,8 %	± 0,81	9,4 %	± 2,50
11	Diverse	2,0 %	± 0,77	2,0 %	± 1,39
12	Allmänt	26,0 %	± 4,36	30,2 %	± 5,62

beträffande huvudgrupperna 01, 02, 04, 09–10. Huvudgruppen 01 innehåller dels olika undersökningsmoment, dels tandstensskrapning, polering m. m. Den påvisade skillnaden torde helt kunna förklaras genom att undersökningsmomentet väger tungt för privattandläkarna hos vilka revisionspatienterna överväger. Det något högre procenttalet för huvudgrupp 02 hos tjänstetandläkarna kan sammanhänga med akuttandvårdens koncentration till folktandvården. Amalgam och silikatfyllningar upptar enligt undersökningen en större andel av privattandläkarnas tid än för tjänstetandläkarna. Detta uppvägs av den skillnad som gäller för avtagbar protes (09–10). Inomregionsjämförelser kan göras med hjälp av tabell A 1.

Den procentuella fördelning av arbetstiden som undersökningen kommit fram till beträffande grupper av tandläkare (PT, TT vuxen, TT barn) motsvaras av rätt stora variationer hos de enskilda tandläkarna. För att ge en uppfattning om detta förhållande har det lägsta och högsta värde som inom gruppen iakttagits för någon individ även medtagits i tabellerna. Man bör dock komma ihåg att dessa värden endast återspeglar de variationer som kan återfinnas under en 5-veckorsperiod. För tjänstetandläkarnas barntandvård har ej heller medtagits någon variationsbredd då extremvärden där många gånger beror på att man under mätperioden haft speciell inriktning av vården i form av klassundersökningar, behandling av viss åldersklass etc.

Ett annat sätt att få en uppfattning om den variation som finns inom materialet är att studera värdena per region såsom de ges i tabellerna A 1.1–3. Undersökningen avsåg aldrig att klarlägga om det eventuellt finns någon regionsbunden variation i arbetstidens fördelning. De smärre variationer som tabellerna utvisar mellan olika regioner får därför betraktas med stor försiktighet. Som framgår av tabellerna varierar underlaget väsentligt både vad beträffar antal tandläkare och timmar. Totalkolumnerna får därför anses ha det största intresset.

I tabellerna A 2.1–3 ges den procentuella fördelningen av arbetstiden med uppdelning på tandläkarnas födelseår. Noteras bör där först att de värden som uträknats för hela mätgruppen skiljer sig ytterst litet från de vägda totalsiffror som anges i tabellerna under A 1. Detta innebär att vägningsförfarandet upp till rikssiffror ytterst litet påverkar de värden som framräknats för mätgruppen som sådan. Använd metod för urval och vägning synes således ha fungerat väl.

Några klart säkerställda skillnader mellan olika födelseårsklasser beträffande arbetstidens fördelning på olika huvudgrupper går ej att påvisa. Det bör dock noteras, att den variation beträffande framför allt värdena för huvudgrupp 12, som noteras för tjänstetandläkarna, vid en uppdelning per region helt slätas ut när materialet indelas per födelseårsklass. Detta kan tolkas så att påvisade skillnader framför allt beträffande huvudgruppen 12 mera sammanhänger med vissa organisatoriska faktorer inom olika folktandvårdsdistrikt än med en individbunden faktor.

11.2.3 Tabeller A 3

Huvudgrupp 01 innehåller en del olika behandlingar såsom olika moment av undersökning samt tandstensskrapning, polering m. m. En uppdelning per undergrupp har skett varvid samma beräkningsmetoder och indelningsgrunder använts som vid redovisningen per huvudgrupp.

Som tidigare påpekats måste siffrorna per undergrupp anses innehålla en större osäkerhet än vad som gäller de värden som ges per huvudgrupp. Bl. a. utförs t. ex. polering och patientinformation i samband med annan behandling. Vid korta behandlingstider har det inte alltid varit möjligt att vid stansning i frekvensorn registrera detta åtskilt.

Vid jämförelse mellan privattandläkare och tjänstetandläkare (vuxentandvård) kan signifikant skillnad påvisas vad avser undergrupp 03 (undersökning) och 09 (tandstensborttagning). De högre värden som här noteras för privattandläkare torde sammanhänga med skillnader i klientelets sammansättning,

Undergrupp		PT		TT (vuxna)	
		Tot. hela pop	95 % konf.	Tot. hela pop	95 % konf.
1: 3	Undersökning	5,1 %	± 0,27	2,0 %	± 0,49
1: 4+5+6	Röntgen	1,8 %	± 0,42	1,6 %	± 0,42
1: 9	Tandsten	4,5 %	± 1,51	2,3 %	± 0,64
1: 11	Polering	1,4 %	± 0,42	0,3 %	± 0,24
1: 13	Munhygien	0,6 %	± 1,12	0,3 %	± 0,34

dvs. privattandläkarna har fler revisionspatienter vilka ibland enbart fordrar undersökning och tandstensskrapning. Som exempel på vad ett 95 % konfidensintervall betyder för undergruppernas värden lämnas ovanstående sammanställning. (Beträffande beräkningarna se kommentar under 11.2.2.)

Med utgångspunkt från vad som tidigare anförts är påvisade skillnader ur regional synpunkt ej säkerställda utan kan tolkas som ett uttryck för den slumpmässiga variation, som finns inom materialet. Olikheter baserade på indelning efter tandläkarens födelseår är så små att de ej redovisas som särskild tabell.

11.2.4 Tabell A 4

Inom huvudgruppen 11 har inrymts ett antal behandlingar som erfarenhetsmässigt är relativt lågfrekventa. Behandlingarna är lätta att begreppsmässigt hålla isär varför ej samma risk för sammanblandning bör ha förelegat som ifråga om undergrupper inom huvudgrupperna 01 och 02.

Tabellen utvisar klart att samtliga de behandlingar som inryms i huvudgruppen upptar en mycket låg andel av den totala arbetstiden. Någon uppdelning per födelseårsklasser har därför ej heller gjorts.

11.2.5 Tabeller A 5

Till huvudgrupp 12 har förts undergrupper som i stor utsträckning inte utgör patientarbete men utgör en förutsättning för att tandvård skall kunna genomföras. Det har därför ansetts nödvändigt inte minst med tanke på behandlingsformel 1: s uppbyggnad att redovisa fördelningen per undergrupp trots de reservationer som tidigare nämnts beträffande undergruppernas procenttal. Erfarenheterna från fältarbetet gav vid handen, att det är huvudgrupp 12 som berett de deltagande tandläkarna de största tolkningssvårigheterna. Några kommentarer kan därför vara på sin plats.

01 Administration. Undergruppen avser ren praktikadministration. För privattandläkarna gäller att undersökningen ej kunnat mäta den praktikadministration som utförs i hemmet eller utanför ordinarie praktiktid.

02 Väntetid på patient. Endast väntetid på tidsbeställd patient skall räknas. För tandläkare som av olika skäl har haft patienter med hög uteblivande frekvens kan givetvis en del av denna tid ha blivit registrerad på undergrupp 12 (personlig tid) om uteblivandet sammanfallit med tandläkarens raster. Har tandläkaren sysslat med annan verksamhet inom huvudgruppen (t. ex. administration) under väntetiden har detta registrerats under vederbörande undergrupp.

03 Arbetsspilltid. Enligt instruktionerna till deltagarna i undersökningen skulle denna undergrupp användas för tid som åtgår till att starta resp. avsluta en behandling, dvs. då tandläkaren ej befann sig i arbetsposition vid behandlingsstolen. Vissa tandläkare synes ej ha använt undergruppen i någon större utsträckning utan fört dylik tid till undergruppen 01 under resp. huvudgrupp. Detta betyder ej något vid uträkningen av genomsnittstider för olika behandlingar men bör ihågkommas vid granskningen av tabell A 5.

06 Patientbyte. Avser närmast den tid som åtgår när tandläkaren själv skiftar patient. Många har istället använt undergruppen för tid när sköterskan tar in och ut

Undergrupper	PT		TT (vuxenvård)	
	Tot. hela pop	95 % konf.	Tot. hela pop	95 % konf.
12: 02,03,06,07,08	14,2 %	± 1,86	14,0 %	± 2,90

en patient vilket närmast skulle förts till undergrupp 03.

07 Journalföring, betalning. Även här avsågs att mätning skulle ske av den tid tandläkaren sysslar med detta men säkerligen har en del av skötersketiden för dylikt arbete blivit registrerad.

08 Behandlingsplanering. Härmed avses i första hand den tid tandläkaren arbetar med att utarbeta behandlingsförslag utan att patienten är närvarande. Den behandlingsplanering som sker kontinuerligt under det att behandling pågår har säkerligen sällan gått att registrera och föras till denna undergrupp, liksom ej heller den planering som eventuellt sker utanför arbetstiden.

12 Personlig tid, 13 Speciell personlig tid. En uppdelning av den personliga tiden skedde för att möjliggöra för de tandläkare som under praktiktid sköter förtroendeuppdrag etc. att särredovisa detta.

Vid genomgång av tabellerna A 8.1–3 finner man att de regionala variationerna vad beträffar undergrupperna 02 och 12 samt i viss mån 03 är så stora att de även med beaktande av vad ovan sagts om olika underlag ändock förtjänar att påpekas. De torde till en del kunna förklaras med varierande organisation av folktandvården samt patientklientelets sammansättning.

Beträffande variationsbredden har vissa tandläkare – som ovan påpekats – avvikit från instruktionen och fört tid som avser några av undergrupperna inom huvudgrupp 12 till aktuell behandlingsgrupp. Därför förekommer oriktigt vissa nollvärden.

Vill man närmare studera om olikheter föreligger mellan privat- resp. tjänstetandläkarnas fördelning av arbetstiden inom huvudgrupp 12 måste den osäkerhet som kan uttryckas i form av konfidensintervall beaktas. En sådan analys (se ovan) är utförd för summan av undergrupperna 02, 03, 06, 07, 08 (dessa utgör formel 1, se avsnitt 9.3.3), grupper vilka direkt sammanhänger med patientarbetet.

Någon statistiskt säkerställd skillnad finns ej.

11.2.6 Tabell A 6

Detta är en ren sammanfattningstabell där de vägda procenttalen (rikssiffror) för varje huvudgrupp införts för varje grupp av tandläkare. De flesta siffrorna har tidigare kommenterats.

11.2.7 Tabell A 7

Hittills har redovisningen gått ut på att klargöra hur stor procent av arbetstiden som ägnas åt olika behandlingar, då enbart arbetstiden vid behandlingsstolen medräknas. Detta var en av undersökningens utgångspunkter att helt särskilja olika typer av spilltider (administration, väntetid på patient, journalföring, personlig tid etc.). I tabellen A 7 har först tiden från de fem undergrupper (12: 02, väntetid på patient; 12: 03, arbetsspilltid; 12: 06, patientbyte; 12: 07, journalföring, betalning; 12: 08, behandlingsplanering) inom huvudgrupp 12 som direkt sammanhänger med patientbehandlingen fördelats på övriga huvudgrupper. Metodiken har därvid varit, att den sammanlagda tiden per region för de fem undergrupperna dividerats med summan av det antal gånger som huvudgrupper 01, 02, 03, 04, 05, 06–08, 09–10 samt 11 använts. Denna summa är ett uttryck för hur många behandlingar som utförts. Den så erhållna tiden från huvudgrupp 12 har fördelats proportionellt. Fördelningen av den patientanknutna tiden från huvudgrupp 12 blir genom denna metod satt i relation till det antal gånger som man haft patientbesök för resp. huvudgrupp. Givetvis

kan man ibland ha utfört behandlingar inom flera huvudgrupper vid samma patientbesök. Här angiven metod för fördelning av "spilltid" kommer således att räkna med ett något för högt antal patientbesök. Fördelningen av s. k. spilltid är ett generellt problem vid arbetsstudier. Den här använda metoden är ett försök att återspegla verkligheten så långt det går.

Sedan beräkningarna utförts för varje region har sedvanlig vägning skett och ny procentuell fördelning av arbetstiden framräknats för hela populationen. De nya procentsiffrorna finns angivna i tabellens A-kolumn. Resterande tid från huvudgrupp 12, vilken huvudsakligen utgörs av tid för administration och personlig tid har sedan rent procentuellt fördelats på övriga huvudgrupper. Dessa procenttal återfinns i tabellernas B-kolumner.

En granskning av tabellen ger vid handen att det framför allt är huvudgrupper med många men tidsmässigt korta behandlingar som ökat sitt procenttal vid framräkning av A-kolumnen (ex. huvudgrupp 01, 04) medan huvudgrupper innehållande långa behandlingstider (06–08, 09–10) ökar sin andel förhållandevis mindre.

11.3 *Tabellbilaga B*

11.3.1 Allmänt

Underlaget för de i denna bilaga presenterade tabellerna utgör uppgifter från de s. k. patientkorten.

Uppgifterna om patientkategori (revisions-, saneringspatient etc.) har ibland trots den skrivna instruktionen vållat besvär för tandläkarna att korrekt ange såvida det inte gällt patienter som tidigare besökt ifrågavarande tandläkare. Speciellt har tandläkare i folktandvården haft svårigheter att erhålla uppgifter, om patienterna i väntan på sin tur enligt kölistan besökt privattandläkare. Genom att tandläkarna vid denna undersökning tvingades att direkt för varje ny patient klassa dem i olika patientkategorier, torde denna undersökningens uppgifter om fördelningen mellan olika patienttyper uppvisa en större säkerhet än de undersökningar som redovisats i SOU 1965: 4 och SOU 1970: 11.

Målsättningarna har dock varit olika. I de tidigare undersökningarna räknar man med årsdata, medan frekvensorundersökningens uppgifter baserar sig på en 5-veckorsperiod.

Vad sedan beträffar patientkortens noteringar om utförd behandling per huvudgrupp och undergrupp är detta en betydligt mer detaljerad bokföring än vad tandläkaren normalt för i sina journalanteckningar. Brister i undersökningens basmaterial har kunnat påvisas, och en del av denna problematik har tidigare diskuterats i avsnitt 9.3.2. Det finns anledning att återkomma till detta i samband med tabellbilaga C.

11.3.2 Tabeller B 1

I tabellerna anges den procentuella fördelningen av vuxenpatienterna på revisions-, saneringS- och akutpatienter för såväl privat- som tjänstetandläkare. Samtliga procenttal är vägda tal. För de patientkort som saknar uppgift om patienttyp har dessa proportionellt fördelats på de olika patienttyperna. Den klara dominansen av revisionspatienter inom privattandvården framgår klart. Noteras bör även, att tjänstetandläkarnas patienter till 63 % utgörs av barnpatienter.

11.3.3 Tabeller B 2

En uppdelning av antal patienter efter patientålder har genomförts i tabellerna B 2.1 och B 2.2. För att möjliggöra en jämförelse mellan privat- resp. tjänstetandläkare har i tabellerna B 2.3 och B 2.4 patienter under 17 år exkluderats. En viss förskjutning mot äldre patienter inom folktandvården förmärks. De regionala variationer som framkommer får närmast betraktas som uttryck för den spridning som finns inom materialet. Det bör observeras att totalsiffrorna är vägda tal i dessa tabeller.

Vidare måste man komma ihåg att fördelningarna är framtagna från 5-veckorsperioder. Någon möjlighet att räkna fram patient-

fördelningen under en årsverksamhet finns inte. Slutligen bör även påpekas att samtliga patientkategorier ingår, vilket kan förklara privattandläkarnas procenttal för barnpatienter, där förmodligen en del akut- och partiellt behandlade patienter ingår.

Fördelning med indelning efter tandläkarens födelsedecennium har framtagits men redovisas ej här. För privattandläkarna framgår att den genomsnittliga patientåldern ökar, vilket visas i nedanstående sammanställning.

Tandläkarens födelseår	Genomsnittlig patientålder
1900–1909	50
1910–1919	45
1920–1929	41
1930–1939	37
1940–	37

11.3.4 Tabeller B 3

Tabellerna B 3.1 och B 3.2 har tagits fram för att bl. a. ge en uppfattning om hur stor andel fullständigt behandlade patienter som mätningarna omfattade inom de olika patientkategorierna. Såväl revisions- som akutpatienterna visar sig till stor del ha blivit både påbörjade och avslutade under mätperioderna. Beträffande saneringspatienterna gäller, att en stor del (ca 40 %) varken påbörjats eller avslutats inom de ca 5 veckor, som undersökningen omfattat för varje tandläkare. Inom denna grupp, dvs. övriga, kan givetvis också dölja sig en del patienter för vilka patientkorten ifyllts ofullständigt.

11.3.5 Tabeller B 4

Tabellerna B 4.1, B 4.2 och B 4.3 anger totalantalet behandlingsmoment. Undergrupperna anges enligt de anvisningar som anges i kodschemat.

Detta innebär att för undergrupper, där man inte skulle ange något i patientkorten, (t. ex. 01) siffror saknas i tabellerna. Tabellerna ger en uppfattning om den produktion som ligger bakom de beräkningar, som utförts beträffande genomsnittstider för olika behandlingar. Det bör observeras, att endast för de behandlingar som normalt utförs vid ett patientbesök, tabellerna ger en direkt uppfattning om hur många behandlingar som utförts under mätperioderna. Detaljkommentarer faller utanför denna framställning.

11.3.6 Tabeller B 5

Kodschemats uppdelning möjliggör ej att man direkt ur produktionstabellerna kan utläsa, hur många amalgamfyllningar och silikatfyllningar som utförts under mätperioderna än mindre fördelningen mellan olika fyllningstyper. En specialstudie har därför genomförts för att belysa dessa frågor. Genom att kombinera de olika undergrupperna inom huvudgrupp 04 kan man först få fram fördelningen mellan de behandlingstillfällen då amalgam-, silikat- resp. annan fyllning utförs separat eller i kombination. Specialstudien bygger på vissa antaganden som inte är helt invändningsfria. Så har t. ex. antagits att, om man angett preparation av två ytor och isolering av en tand, detta behandlingstillfälle har förts till 2-ytsfyllningar. Det kan också ha rört sig om två enytsfyllningar av vilka den ena har isolerats. De gjorda bedömningarna torde dock i sin helhet ge som resultat, att proportionerna mellan de olika fyllningarna blir relativt säkra.

Fördelningen ges i tabell B 5.1. Vid jämförelse i denna tabell mellan privat- och tjänstetandläkare förmärks ett något högre procenttal för annan fyllning (vanligen compositematerial) hos privattandläkarna. Renodlas de värden från tabell B 5.1 som klart går att urskilja kan man utläsa den procentuella fördelningen mellan olika typer av amalgamfyllningar resp. antal fyllningar per behandlingstillfälle av silikat och annan fyllning. Dessa värden ges i tabell B 5.2.

Även ifråga om huvudgrupperna 06–08 gäller, att produktionstabellerna ej direkt ger någon uppfattning om vilken vård som utförts på den enskilde patienten. Analys av detta lämnas i tabell B 5.3. Av denna framgår att utförandet av en enstaka krona (porslins-, guldkrona etc.) på en patient överväger som behandlingstyp. Givetvis kan

man tänka sig att ytterligare kronor utförs på vissa patienter på tid som ligger utanför mätperioden. Ifråga om guldbroar tycks 3-ledsbron överväga som terapiform. Någon väsentlig skillnad beträffande de nämnda förhållandena synes ej råda mellan privat- resp. tjänstetandläkare. Det bör dock påpekas att siffrorna i tabell B 5.3 hänför sig till de arbeten, som blivit färdiga under mätperioderna. Beträffande fördelningen av påbörjade arbeten under mätperioden finns ingen uppgift.

11.4 *Tabellbilaga C*

11.4.1 Allmänt

Materialet till denna tabellbilaga baserar sig på samkörningen mellan frekvensorband och patientkortsband (se flödesschemat 9.3.5). De felaktigheter i grundmaterialet vilka tidigare diskuterats, slår givetvis igenom i högre grad när undersökningens bägge delar förs samman. Vid bedömning av resultaten bör man dock främst komma ihåg, att genomsnittstiderna beräknats efter formler där man utgått från normala behandlingar och ett visst sätt att genomföra behandlingen. Denna osäkerhetsfaktor torde väga minst lika tungt som rena felaktigheter i grundmaterialet. Vissa tester av de erhållna resultatens tillförlitlighet har genomförts (se nedan).

11.4.2 Tabeller C 1

För de 27 behandlingsformler som angetts i avsnitt 9.3.3 ges medelvärden för dessa behandlingstider, dels med uppdelning på region, dels totalt. Beräkningen av dessa medelvärden har tillgått så, att för varje region, per grupp tandläkare, summering har skett av tid och produktion för varje av kodschemats undergrupper. Tiderna för varje behandlingsmoment har därefter framräknats genom att dividera den sammanlagda tiden för momentet med den sammanlagda produktionen, dvs. tid/antal eller tid/antal markeringar. Undergruppernas tider har därefter insatts i formlerna och en genomsnittstid erhållits för varje region. Ett vägt medelvärde har sedan uträknats genom att först tid resp. produktion per region multiplicerats med regionens vägningstal varefter en total summering av samtliga regioners värden skett innan tider per undergrupp tagits fram.

Behandlingstiderna i minuter framräknade efter ovan angivna metod (metod 1) finns angivna i tabellerna C 1.1–2 för vuxenpatienter hos privattandläkare och tjänstetandläkare. I de fall att inte alla nödvändiga behandlingsmoment för en formel finns med i materialet markeras detta med (–). För tjänstetandläkarnas barnpatienter ges enbart tider för relevanta behandlingsformler (C 1.3).

11.4.3 Tabeller C 2

Medelvärdena för behandlingstiderna kan även framräknas efter en annan metod (metod 2). Därvid har för varje individuell tandläkare tider för de olika behandlingsformlerna framräknats. Genom att spärrar inlagts i formlerna för vissa nödvändiga behandlingsmoment (undergrupper) med avseende på fullständigt genomförd behandling, har värden inte erhållits för samtliga tandläkare avseende de mera komplicerade behandlingarna. De individuella tandläkarnas värden för de olika behandlingsformlerna har summerats och ett medelvärde räknats ut.

I tabell C 2.1 ges de enligt metod 1 och 2 framräknade medelvärdena avseende behandlingstiderna för privat- resp. tjänstetandläkare. En sammanvägning av värdena för privat- och tjänstetandläkare har skett, varvid man vid värden enligt metod 1 utgått från det antal uppvägda timmar som resp. tandläkargrupp ägnat åt den huvudgrupp som ingår i respektive behandlingsformel. Beträffande värdena enligt metod 2 har i stället en vägning skett efter det antal tandläkare som har erhållit tider för resp. behandlingsformel.

Bearbetningen har även omfattat en beräkning av median-, 1:a och 3:e kvartilvärdena. Dessa värden har sammanförts i tabellerna C 2.2–3 där även högsta resp.

lägsta individuella värde anges för de olika behandlingarna liksom uppgift finns om hur många tandläkare (n) som utgör underlag för de olika beräkningarna. De angivna värdena har inte framtagits för samtliga 27 behandlingsformler utan vissa likartade behandlingar har uteslutits.

11.4.4 Granskning av erhållna behandlingstider

En uppfattning om variabiliteten inom materialet får man beträffande de värden som räknats ut enligt metod 1 genom att studera de värden per region som lämnas (tabeller C 1.1–3). Variationer mellan de olika behandlingstiderna är låg trots att underlaget varierar kraftigt vad gäller såväl tandläkare som antal utförda behandlingar.

För behandlingstider uträknade enl. metod 2 ges i tabellerna C 2.2–3 olika mått på variationen mellan de olika tandläkarnas värden. Variabiliteten för vissa behandlingar är stor, bl. a. är differensen mellan värdet för 1:a och 3:e kvartilen hög. Detta kan bero på följande faktorer:

1) En viktig faktor är givetvis att skillnader normalt förekommer mellan olika tandläkare beroende på olika arbetssätt och färdighet.

2) Frekvensen av vissa behandlingar är så låg att medelbehandlingstider endast kan beräknas för ett fåtal tandläkare.

3) Vissa behandlingar med relativt låg frekvens har en hög patientfaktor, dvs. samma behandling varierar kraftigt beträffande tidsåtgången mellan olika patienter.

4) Uppbyggnaden av formlerna efter en tänkt standardbehandling medför, att behandlingsmoment kan medtagas vilka en enskild tandläkare sällan utför eller under mätperioden utfört endast ett fåtal gånger.

5) Vissa undergrupper representerar behandlingsmoment som ingår i en lång rad olika behandlingsmoment. Detta innebär att tidsberäkning för en viss tandläkare blir möjlig även för en behandling som han ej i sin helhet utfört under mätperioden.

6) Erfarenheterna från genomgången av grundmaterialet ger belägg för att felkodningar och missförstånd beträffande undersökningens metodik förekommit hos vissa deltagare, vilket förhöjer variationerna.

Jämför man medelvärdena beräknade enligt metod 1 och 2, finner man att så gott som alla värden baserade på metod 2 överstiger genomsnittstiderna räknade enligt metod 1. Se vidare tabell C 2.1. En orsak till detta kan vara att viktsförhållandena ändrats vid övergång från metod 1 till metod 2. Enskilda deltagare med ej helt riktiga patientkortsnoteringar kommer att betyda mer för storleken av medelvärdet vid beräkning enligt metod 2 än vad fallet är vid uträkning enligt metod 1. Detta sammanhänger med att, om man glömt patientnoteringarna men skött frekvensorregistreringen rätt, dessa delmoment kommer att få för lång tid.

Ett sådant förhållande leder till stora avvikelser när en undergrupp i vissa formler multipliceras med en viss faktor. Dylika fel får ej samma genomslagskraft vid medelvärdesberäkningar enligt metod 1. Denna metod får således anses medföra en större säkerhet och bör användas, om man ur undersökningens resultat i form av tider per undergrupp vill bygga upp andra behandlingar än dem som täcks in av de här angivna 27 formlerna.

Av det ovan anförda torde framgå, att erhållna resultat inom detta avsnitt ytterligare bör analyseras beträffande sin tillförlitlighet och lämplighet, innan de kan läggas till grund för några beräkningar vid en taxesättning inom en tandvårdsförsäkring. Följande kriterier har använts för en sådan analys. Punkterna 1, 2 och 4 får anses vara tillförlitlighetsbedömningar medan punkt 3 mera är en lämplighetsbedömning.

1. Skillnaden mellan medelvärdena beräknade enligt metod 1 och 2 bör högst uppgå till 10 %.

2. Standardavvikelser bör vara mindre än 15 % av medelvärdet, dvs. $\frac{S(M)}{Mx} = 15\ \%$. Har medelfelet ett högt värde är detta en anvisning om att angivet medelvärde för en behandlingstid är av litet intresse för olika beräkningar. Medelfelet beräknas på en grup-

pering av tandläkare, i detta fall har en regionsuppdelning använts.

3. Den spridning som är att hänföra till tandläkarfaktorn bör ej överstiga den för patientfaktorn. Om variansen beroende på tandläkaren dominerar indicerar detta nämligen, att det finns en avsevärd variation mellan tandläkarna ifråga om tidsåtgången för en behandling. Vid fall av hög spridning beroende på patientfaktorn kan variansen tänkas minska om man ser till en årsproduktion, och att man har att göra med en relativt frekvent behandling.

4. Slutligen bör en rimlighetsbedömning av de enskilda värdena ske med utgångspunkt från annat undersökningsmaterial. Man kan t. ex. använda den undersökning över arvoden inom privatpraktik som redovisas i bilaga 4. Genom att applicera en lämplig timkostnad kan man studera, om frekvensorundersökningens genomsnittstider multiplicerade med timkostnaden ansluter sig till de arvoden som erhållits i samband med nämnda undersökning.

Vid en taxesättning är det vidare angeläget att beakta möjligheten att taxan görs flexibel, dvs. förses med latituder motsvarande ett högsta och lägsta arvode. Behovet av att inrätta latituder blir påtagligt om variationen i tidsåtgång för en behandling varierar starkt från patient till patient. Till en del föreligger också ett behov om variationen från tandläkare till tandläkare är stor.

Uppfylls kriterierna är detta ett indicium på tillförlitlighet och lämplighet. Analyserna har utförts innan resultaten av frekvensorundersökningens resultat användes för utformandet av en tandvårdstaxa.

Kriterie 1 $\frac{[M_1 - M_2]}{M_1} \leqslant 0{,}10$ tycks ha fungerat för både PT och TT. Man skall dock i sammanhanget komma ihåg att man här endast är ute för att bestämma ett medelvärde och hur säkert detta kan anses vara. Detta kriterium säger ingenting om spridningen i materialet.

Kriterie 2 $\frac{S(M)}{M} \leqslant 0{,}15$ ger för PT en indikation på hur storleken på den normala variationen i materialet förhåller sig till medelvärdet. Grupperingen efter region tycks ha fungerat väl. Däremot tycks inte regionsuppdelningen som gruppering av TT ha fungerat som slumpmässig gruppering. Regionsfaktorns inverkan på behandlingstiderna slår igenom och höjer värdet på relativt medelfel. Materialet borde ha grupperats om för en bedömning av detta kriterium.

Kriterium 3: $T_t < T_p$ (tandläkare- resp. patientvariation) bygger på ett ganska osäkert beräkningssätt, varför ingen ytterligare bearbetning redovisas för att utröna storleken på tandläkarspridningen. Vissa bearbetningsförsök har dock gjorts, men dessa har ej kommit fram till ett fällande kriterieutslag på behandlingar, där inte de båda första kriterierna redan givit utslag.

Rimlighetsbedömningar enl. kriterium 4 har skett i samband med att övriga undersökningar bearbetats samman och analyserats för att utgöra underlag för utarbetandet av tandvårdstaxan.

11.5 *Analys av bakgrundsfaktorn ett eller flera behandlingsrum*

Som tidigare berörts (avsnitt 4.2) ger undersökningsmetoden ej möjlighet till någon djupare analys av de olika bakgrundsvariabler som kan tänkas påverka undersökningsresultaten och då i första hand genomsnittstiderna för olika behandlingar. I redovisningen har heller inte någon gruppering av tandläkarna skett med utgångspunkt från t. ex. antal behandlingsrum, antal assisterande personal. Det kan givetvis ifrågasättas, om inte antal behandlingsrum påverkar behandlingstiderna, när man som i denna undersökning anknyter tidrapporteringen direkt till vad tandläkaren sysslar med. En kortare behandlingstid kan tänkas föreligga för tandläkare som kontinuerligt arbetar i två behandlingsrum vad avser arbeten som t. ex. extraktioner, silikatfyllningar, cementering av kronor. Tiden för injektion resp. stelning av silikat och cement kan tänkas bli utnyttjade för arbete på annan patient. Även vad beträffar byte av patient, betalning m. m. kan vissa tidsvinster erhållas.

Bl. a. som en kvalitetskontroll på använd undersökningsmetod har en mindre analys utförts beträffande behandlingstider för den grupp av tandläkare, vilka uppgivit att de kontinuerligt arbetar i två rum, jämfört med hela undersökningsgruppen. Detta har utförts separat för både privat- och tjänstetandläkare.

Följande behandlingar har studerats:

01	Grundformeln
02	Undersökning
04	Extraktion, en tand
13	Amalgam, två ytor
17	Silikat, en yta
23/24	Guldkrona
27	Hel över- eller underkäksprotes

Den grupp tandläkare som uppgett att de kontinuerligt arbetar i två behandlingsrum uppgick till 32 tandläkare (16 PT, 16 TT). För de ovan angivna behandlingarna uppvisade denna grupp tandläkare fler behandlingstider som understeg än som översteg medelvärdena för hela undersökningsgrupperna. För privattandläkarna kunde signifikat avvikelse noteras för behandlingarna 02, 04 och 17, för tjänstetandläkarna för 01 och 17. För behandlingarna 23/24 och 27 kunde ingen påvisbar skillnad överhuvud taget påvisas.

Vad de skillnader som registrerats beror på går ej entydigt att ge svar på. Den bakgrundsvariabel som antal praktikrum utgör kan givetvis vara kopplad till en rad andra faktorer i form av arbetsmetoder, patientstruktur etc. En kompletterande analys av fördelningen av arbetstiden inom huvudgrupp 12 kunde ej heller påvisa några säkerställda skillnader mellan den studerade gruppen tandläkare och hela undersökningsgruppen. Totalt för huvudgrupp 12 uppgick nämligen skillnaden till 2 %. Den bakgrundsfaktor som antal behandlingsrum utgör har således ej visat sig medföra något entydigt metodfel.

11.6 *Jämförelse med tidigare undersökningar*

Som tidigare berörts skiljer sig frekvensorundersökningen beträffande sin metod helt från tidigare undersökningar, varför någon direkt jämförelse ej går att göra. För vissa behandlingar har dock värdena från de tidsstudier som utförts inom folktandvården under åren 1947 resp. 1956 ställts upp vid sidan av här redovisade resultat. Någon jämförelse med den tidigare omnämnda undersökningen TU 69 har ej utförts då detta

Jämförelser mellan 1947 och 1956 års tidsstudier inom folktandvården samt med frekvensorundersökningen. Tiderna anges i minuter. M = medelvärde, Me = median.

Behandling	1947 års us		1956 års us		Frekvens us	
	M	Me	M	Me	M	Me
Tandstensskrapning	12,5	10,3	11,6	10,0	10,0	10,0
Tanduttagning, 1 tand	11,9	10,4	9,9	8,6	14,0	14,0
Tanduttagning, 1 tand, svårare fall	(26,2)	(22,5)	26,4	22,9	32,0	29,0
Pulpaamputation	(40,6)	(43,3)	(36,8)	(31,8)	25,0	–
Rotbehandling, vital, 1 kanal	46,5	42,0	46,0	41,0	47,0	60,0
Rotbehandling, gangränös, 1 kanal	61,8	51,0	67,8	56,0	81,0	102,0
Amalgamfyllning, 1 yta	15,0	14,0	16,5	15,3	9,0	–
Amalgamfyllning, 2 ytor	27,1	24,6	21,2	19,8	24,0	29,0
Amalgamfyllning, 3 ytor	33,6	29,9	26,5	25,4	32,0	–
Amalgamfyllning, 3 ytor (ej inj.)	27,3	26,4	–	–	27,0	31,0
Amalgamkrona	34,5	30,1	32,1	30,2	37,0	38,0
Silikatfyllning	27,6	30,1	24,5	24,0	22,0	24,0
Guldinlägg, 2–3 ytor	76,8	70,0	–	–	81,0	–
Richmondkrona	(88,5)	(76,0)	79,8	66,3	95,0	–
Guldkrona	84,3	74,3	–	–	88,0	96,0
Partiell protes	52,5	47,0	(61,5)	(50,5)	109,0	–
Hel över- el. underkäksprotes	87,2[a]	83,5[a]	61,0	56,3	112,0	108,0

[a] avser utförandet av såväl över- som underkäksprotes.
Inom parentes satta värden bygger på mellan 25–50 observationer.

är ett förhandlingsmaterial som ej publicerats.

I de bägge omnämnda undersökningarna från folktandvården har redovisats nettotider dvs. behandlingstider utan påslag av spilltid (patientbyte, väntetid på patient etc.) samt kontorstid. Detta har medfört att vid jämförelsen har frekvensorundersökningens genomsnittstider för tjänstetandläkare beräknade enl. metod 1 minskats med tiden för formel 1.

Som framgår av tabellen uppvisar många av de mer frekventa behandlingarna en god överensstämmelse mellan de olika undersökningarna. Man bör dock komma ihåg att tiderna från denna undersökning är beräknade från tänkta normalbehandlingar samt att viss s. k. spilltid finns med därigenom att undergrupperna 01 (för- och efterarbete) ingår. Detta kopplat med de skilda mätmetoderna kan förklara varför någon sänkning av behandlingstiderna ej direkt kan påvisas, trots att många rationaliseringsåtgärder och ändrade behandlingsmetoder införts inom folktandvården.

Man bör vid denna jämförelse även komma ihåg att vårdens innehåll har ändrats rätt mycket vad avser folktandvården. Detta kan till en del förklara en del av de förhöjda behandlingstiderna.

Tabell A1.1 Procentuell fördelning av arbetstiden på huvudgrupper. Privattandläkare verksamma inom olika regioner.

Huvudgrupp		Region						Totalt för hela populationen	Variationsbredd	
		1	2	3	4	5	6		Lägst	Högst
01	Undersökning och allmän behandling	15,1	15,1	18,1	15,1	17,6	12,2	15,2	4,7	28,6
02	Extraktion, rotspetsoperation, tandkirurgi	2,7	2,3	2,4	3,4	2,8	1,9	2,6	0,3	10,2
03	Rotbehandling	7,2	7,8	8,9	6,5	6,4	6,1	7,1	0,3	17,5
04	Amalgam-, silikat-, annan fyllning	28,6	38,8	33,6	30,6	27,8	37,8	33,5	6,5	56,2
05	Amalgamkrona och -pelare	1,4	1,5	1,2	1,7	2,4	1,4	1,5	0,0	6,4
06–08	Stifttänder, kronor, inlägg och brostöd	9,6	6,9	13,0	11,1	10,0	7,1	9,3	1,1	31,6
09–10	Avtagbar protes	2,6	2,7	1,9	3,0	4,4	2,5	2,8	0,1	10,7
11	Diverse	2,3	0,7	2,8	2,8	2,2	1,8	2,0	0,0	8,2
12	Allmänt	30,5	24,2	18,1	25,8	26,4	29,2	26,0	11,7	47,7
	Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Antal tandläkare		34	5	3	18	5	8	73		
Antal timmar (ovägt)		5 638	791	579	3 013	798	1 406	12 228		

Tabell A1.2 Procentuell fördelning av arbetstiden på huvudgrupper. Tjänstetandläkare (vuxentandvård) verksamma inom olika regioner.

Huvudgrupp		Region						Totalt för hela populationen	Variationsbredd	
		1	2	3	4	5	6		Lägst	Högst
01	Undersökning och allmän behandling	7,5	6,0	6,1	7,7	10,5	8,4	7,7	1,5	24,0
02	Extraktion, rotspetsoperation, tandkirurgi	3,8	5,8	4,9	4,1	4,5	4,9	4,6	0,1	13,2
03	Rotbehandling	8,4	12,5	8,3	9,3	6,6	8,5	8,9	0,7	26,9
04	Amalgam-, silikat-, annan fyllning	21,2	22,6	23,6	29,2	24,7	24,7	24,2	7,2	42,9
05	Amalgamkrona och -pelare	1,0	2,0	1,1	1,3	1,3	1,0	1,3	0	7,6
06–08	Stifttänder, kronor, inlägg och brostöd	10,4	13,7	11,8	7,2	13,3	15,4	11,8	0	26,4
09–10	Avtagbar protes	6,2	9,9	9,8	7,1	12,2	12,2	9,4	0,4	20,0
11	Diverse	4,4	2,6	0,8	0,9	1,3	1,3	2,0	–	–
12	Allmänt	37,1	24,9	33,6	33,2	25,6	23,6	30,1	12,0	55,2
	Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Antal tandläkare		36	6	6	21	9	7	85		
Antal timmar (ovägt)		3 115	551	519	1 681	933	535	7 336		

Tabell A1.3 Procentuell fördelning av arbetstiden på huvudgrupper. Tjänstetandläkare (barntandvård) verksamma inom olika regioner.

Huvudgrupp		Region						Totalt för hela populationen
		1	2	3	4	5	6	
01	Undersökning och allmän behandling	9,1	7,1	6,8	10,0	10,2	11,2	9,0
02	Extraktion, rotspetsoperation, tandkirurgi	2,5	4,5	3,4	2,9	2,6	3,2	3,2
03	Rotbehandling	2,0	,3,4	1,7	2,3	2,7	2,7	2,5
04	Amalgam-, silikat-, annan fyllning	32,6	44,3	34,1	33,1	37,0	35,5	36,0
05	Amalgamkrona och -pelare	0,3	0,2	–	0,1	0,2	–	0,1
06–08	Stifttänder, kronor, inlägg brostöd	0,8	1,4	0,9	0,4	1,2	0,6	0,9
09	Tandreglering	3,4	0,2	6,5	3,3	7,9	5,6	4,3
10	Diverse barntandvård	2,9	2,6	1,0	5,4	5,7	5,9	3,9
11	Diverse	1,0	2,2	0,2	0,6	0,8	1,2	1,0
12	Allmänt	45,4	34,1	45,4	41,9	31,7	34,1	39,1
	Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal tandläkare		32	6	6	20	8	7	79
Antal timmar (ovägt)		2 606	468	366	1 763	740	650	6 595

Tabell A2.1 Procentuell fördelning av arbetstiden på huvudgrupper. Privattandläkare uppdelade på födelseårsklasser.

Huvudgrupp		Födelseårsklasser					Totalt för hela mätgruppen
		1900–1909	1910–1919	1920–1929	1930–1939	1940–1949	
01	Undersökning och allmän behandling	13,3	16,1	14,4	15,5	14,5	15,2
02	Extraktion, rotspetsoperation, tandkirurgi	3,8	2,7	2,9	2,7	2,6	2,8
03	Rotbehandling	6,3	6,4	8,3	6,5	5,6	7,0
04	Amalgam-, silikat-, annan fyllning	40,7	26,6	30,6	33,3	28,5	31,2
05	Amalgamkrona och -pelare	6,5	1,5	1,8	0,6	1,2	1,2
06–08	Stifttänder, kronor, inlägg och brostöd	8,4	14,1	11,1	7,2	9,3	9,6
09–10	Avtagbar protes	7,9	4,3	2,8	2,1	2,9	2,7
11	Diverse	1,3	3,1	1,5	2,7	2,2	2,3
12	Allmänt	11,8	25,2	26,6	29,4	33,2	28,0
	Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal tandläkare		1	10	23	33	6	73
Antal timmar (ovägt)		129	1 641	3 909	5 374	1 017	12 228

Tabell A2.2 Procentuell fördelning av arbetstiden på huvudgrupper. Tjänstetandläkare (vuxentandvård) uppdelade på födelseårsklasser.

Huvudgrupp		Födelseårsklasser					Totalt för hela mätgruppen
		1900–1909	1910–1919	1920–1929	1930–1939	1940–1949	
01	Undersökning och allmän behandling		7,7	6,2	8,2	7,8	7,8
02	Extraktion, rotspetsoperation, tandkirurgi		3,5	3,5	4,1	4,9	4,3
03	Rotbehandling		9,4	9,4	7,6	10,1	8,7
04	Amalgam-, silikat-, annan fyllning		22,6	18,0	26,6	23,0	24,1
05	Amalgamkrona och -pelare		0,8	1,7	1,0	1,3	1,2
06–08	Stifttänder, kronor, inlägg och brostöd		11,2	16,6	9,0	11,3	10,8
09–10	Avtagbar protes		9,1	10,1	8,3	7,0	8,1
11	Diverse		1,0	2,2	2,7	1,5	2,1
12	Allmänt		34,7	32,3	32,5	33,1	32,9
	Summa		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal tandläkare			6	10	39	30	85
Antal timmar (ovägt)			583	788	3 424	2 337	7 336

Tabell A2.3 Procentuell fördelning av arbetstiden på huvudgrupper. Tjänstetandläkare (barntandvård) uppdelade på födelseårsklasser.

Huvudgrupp		Födelseårsklasser					Totalt för hela mätgruppen
		1900–1909	1910–1919	1920–1929	1930–1939	1940–1949	
01	Undersökning och allmän behandling		10,8	8,4	9,3	9,6	9,4
02	Extraktion, rotspetsoperation, tandkirurgi		2,3	2,4	3,3	2,6	2,9
03	Rotbehandling		1,4	2,7	2,2	2,4	2,3
04	Amalgam-, silikat-, annan fyllning		36,5	33,7	33,0	36,2	34,5
05	Amalgamkrona och -pelare		–	–	0,1	0,3	0,1
06–08	Stifttänder, kronor, inlägg och brostöd		0,2	0,5	0,9	0,6	0,7
09	Tandreglering		1,8	4,6	4,8	3,2	4,0
10	Diverse barntandvård		5,7	3,5	4,5	3,3	4,0
11	Diverse		0,2	1,2	1,1	0,7	0,9
12	Allmänt		41,1	43,0	40,8	41,1	41,2
	Summa		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal tandläkare			5	10	36	28	79
Antal timmar (ovägt)			412	694	2 748	2 282	6 595

Tabell A3.1 Arbetstidens fördelning på undergrupper inom huvudgrupp 01 (undersökning och allmän behandling) i procent av total arbetstid. Privattandläkare verksamma inom olika regioner.

Undergrupp		Region						Totalt för hela populationen	Variationsbredd	
		1	2	3	4	5	6		Lägst	Högst
01	För- och efterarbete	0,6	1,2	0,1	0,5	0,1	0,4	0,5	0,0	4,6
02	Anamnes	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,7
03	Undersökning	4,8	5,6	5,1	5,2	4,8	5,2	5,1	0,5	12,0
04	Röntgen, bitewing	0,6	1,1	0,3	0,4	0,1	0,3	0,5	0,0	2,0
05	Röntgen, annan	0,7	0,5	1,0	0,7	0,6	0,5	0,6	0,0	2,2
06	Röntgen, studium	0,9	0,4	1,3	0,6	1,2	0,5	0,7	0,0	3,7
07	Terapi- och kostnadsförslag	0,3	0,4	0,5	0,3	0,3	0,9	0,5	0,0	2,6
08	Studiemodell	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,3
09	Tandsten	4,9	4,2	7,3	4,4	5,6	2,7	4,5	0,0	10,1
10	Överskott	0,2	0,0	0,1	0,4	0,4	0,4	0,2	0,0	1,9
11	Polering	1,5	1,4	1,7	2,0	1,0	0,7	1,4	0,0	7,7
12	Behandling av tandhalsar	0,3	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	3,8
13	Munhygien	0,2	0,1	0,5	0,4	3,2	0,5	0,6	0,0	8,5
	Summa	14,9	14,7	17,9	14,8	16,9	11,8	14,7		
Antal timmar		846,8	119,0	104,3	450,7	139,1	170,4			

Tabell A3.2 Arbetstidens fördelning på undergrupper inom huvudgrupp 01 (undersökning och allmän behandling) i procent av total arbetstid. Tjänstetandläkare (vuxentandvård) verksamma inom olika regioner.

Undergrupp		Region						Totalt för hela populationen	Variationsbredd	
		1	2	3	4	5	6		Lägst	Högst
01	För- och efterarbete	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,0	2,5
02	Anamnes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,7
03	Undersökning	1,6	1,7	1,9	1,9	2,8	3,1	2,0	0,1	5,0
04	Röntgen, bitewing	0,4	0,3	0,2	0,6	0,6	0,6	0,4	0,0	2,4
05	Röntgen, annan	0,9	0,8	0,4	0,7	0,4	0,9	0,6	0,0	2,5
06	Röntgen, studium	1,1	0,3	0,4	0,9	0,7	0,3	0,6	0,0	4,3
07	Terapi- och kostnadsförslag	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,0	1,1
08	Studiemodell	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,6
09	Tandsten	1,6	2,1	2,3	2,4	3,7	2,0	2,3	0,0	9,6
10	Överskott	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,0	1,4
11	Polering	0,7	0,0	0,2	0,3	0,2	0,6	0,3	0,0	3,1
12	Behandling av tandhalsar	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
13	Munhygien	0,3	0,0	0,0	0,1	1,0	0,2	0,3	0,0	5,9
	Summa	7,0	5,9	5,8	7,1	9,5	7,7	7,3		
Antal timmar		232,1	33,0	31,3	126,2	94,0	42,4			

Tabell A4 Arbetstidens fördelning på undergrupper inom huvudgrupp 11 (diverse) i procent av total arbetstid. Privattandläkare och tjänstetandläkare (vuxentandvård).

Undergrupp		Privat-tand-läkare	Tjänste-tand-läkare
01	För- och efterarbete	0,1	0,0
02	Avtryck, fasad	0,0	0,0
03	Fastsättning, fasad, krona	0,3	0,1
04	Avlägsn. gamla stift, krona, bro	0,1	0,0
05	Bettanalys	0,0	0,0
06	Bettinslipning	0,1	0,0
07	Bettskena	0,0	0,0
08	Trauma	0,0	0,0
09	Tandvärk	0,1	0,4
10	Psykodonti	0,0	0,0
11	Barnbehandling	0,9	–
12	Tandtekniskt arbete	0,4	0,6
13	Tandreglering	0,1	0,6
	Summa	2,0	2,0

Tabell A5.1 Arbetstidens fördelning på undergrupper inom huvudgrupp 12 (allmänt) i procent av total arbetstid. Privattandläkare verksamma inom olika regioner.

Undergrupp		Region						Totalt för hela populationen	Variationsbredd	
		1	2	3	4	5	6		Lägst	Högst
01	Administration	4,3	2,8	0,5	3,4	3,4	4,0	3,1	0,0	14,6
02	Väntetid på patient	3,3	4,1	1,6	4,1	2,1	2,9	3,2	0,1	18,7
03	Arbetsspilltid	3,4	3,6	4,2	2,1	3,3	3,9	3,3	0,0	13,0
04	Remiss, intyg	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,8
05	Rådfrågning	0,6	0,2	0,3	0,6	0,6	0,7	0,5	0,0	4,2
06	Patientbyte	2,9	5,0	2,5	3,0	2,0	4,4	3,4	0,0	14,0
07	Journalföring, betalning	5,3	3,2	2,8	4,3	4,2	4,0	3,9	0,0	11,5
08	Behandlingsplanering	0,6	0,0	0,1	0,5	0,3	0,5	0,4	0,0	3,6
09	Driftsavbrott	0,5	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	–	–
10	Journalföring för frekvensor	4,0	0,9	3,4	2,9	4,5	3,4	3,0	0,0	11,1
11	Patientarbete utom kodschema	0,2	0,1	0,2	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0	1,8
12	Personlig tid	4,9	4,1	1,9	3,6	5,3	4,4	4,0	0,0	14,7
13	Speciell personlig tid	0,3	0,0	0,4	0,8	0,3	0,5	0,4	0,0	8,4
	Summa	29,9	23,0	17,9	25,2	25,9	28,7	25,8		
Antal timmar		1 702,1	190,5	104,6	770,6	208,8	407,5			

Tabell A5.2 Arbetstidens fördelning på undergrupper inom huvudgrupp 12 (allmänt) i procent av total arbetstid. Tjänstetandläkare (vuxentandvård) verksamma inom olika regioner.

Undergrupp		Region						Totalt för hela populationen	Variationsbredd	
		1	2	3	4	5	6		Lägst	Högst
01	Administration	4,7	6,0	6,4	4,0	3,4	1,0	4,8	0,0	22,5
02	Väntetid på patient	6,1	5,4	6,5	7,0	3,4	2,7	5,2	0,0	15,1
03	Arbetsspilltid	4,0	1,2	6,3	5,4	4,8	4,3	4,3	0,0	15,6
04	Remiss, intyg	0,4	0,5	0,2	0,5	0,4	0,3	0,4	0,0	2,3
05	Rådfrågning	0,7	0,5	0,4	0,4	0,6	0,4	0,5	0,0	4,0
06	Patientbyte	2,4	3,5	0,6	2,3	0,6	2,6	1,9	0,0	10,4
07	Journalföring, betalning	3,9	1,9	1,1	2,1	1,2	1,6	2,0	0,0	10,8
08	Behandlingsplanering	0,8	0,4	0,4	0,5	0,7	0,4	0,6	0,0	3,1
09	Driftsavbrott	0,1	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	0,7
10	Journalföring för frekvensor	3,2	1,1	4,2	4,0	2,6	3,5	3,0	0,0	8,3
11	Patientarbete utom kodschema	0,7	0,3	0,0	0,3	0,2	0,2	0,3	0,0	3,5
12	Personlig tid	9,9	3,8	7,1	6,2	7,3	6,1	6,7	0,2	19,7
13	Speciell personlig tid	0,2	0,1	0,4	0,5	0,2	0,3	0,3	0,0	1,8
	Summa	36,1	24,3	32,7	31,8	24,0	21,8	30,1		
Antal timmar		1 145,3	136,4	173,0	539,9	228,0	119,9			

Tabell A5.3 Arbetstidens fördelning på undergrupper inom huvudgrupp 12 (allmänt) i procent av total arbetstid. Tjänstetandläkare (barntandvård) verksamma inom olika regioner.

Undergrupp		Region						Totalt för hela populationen
		1	2	3	4	5	6	
01	Administration	7,1	6,2	9,1	7,1	7,9	2,2	6,7
02	Väntetid på patient	10,6	8,2	9,6	8,7	2,5	5,7	7,6
03	Arbetsspilltid	4,2	2,7	8,0	5,7	3,8	6,3	5,0
04	Remiss, intyg	0,4	0,1	0,1	0,3	0,7	0,6	0,4
05	Rådfrågning	0,7	0,5	0,7	0,8	0,5	0,2	0,6
06	Patientbyte	2,3	4,8	0,3	2,3	1,0	3,4	2,3
07	Journalföring, betalning	2,5	2,1	0,6	1,9	1,7	1,7	1,8
08	Behandlingsplanering	0,8	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5
09	Driftsavbrott	0,3	0,7	0,7	0,0	0,1	0,8	0,4
10	Journalföring för frekvensor	4,2	2,3	7,1	5,2	3,9	4,0	4,4
11	Patientarbete utom kodschema	0,2	0,8	0,0	0,4	0,0	0,2	0,3
12	Personlig tid	11,6	4,9	8,7	8,5	8,9	8,1	8,5
13	Speciell personlig tid	0,5	0,3	0,1	0,5	0,2	0,5	0,4
	Summa	42,6	33,5	44,1	39,1	29,3	27,7	38,9
Antal timmar		1 124,2	159,3	164,6	703,3	202,4	183,6	

Tabell A6 Procentuell fördelning av arbetstiden på huvudgrupper med avseende på olika grupper tandläkare. Samtliga siffror är vägda.

Huvudgrupp		Privattandläkare	Tjänstetandläkare	
			Vuxentandvård	Barntandvård
01	Undersökning och allmän behandling	15,2	7,7	9,0
02	Extraktion, rotspetsoperation, tandkirurgi	2,6	4,6	3,2
03	Rotbehandling	7,1	8,9	2,5
04	Amalgam-, silikat-, annan fyllning	33,5	24,2	36,0
05	Amalgamkrona och -pelare	1,5	1,3	0,1
06–08	Stifttänder, kronor, inlägg och brostöd	9,3	11,8	0,9
09–10	Avtagbar protes	2,8	9,4	
09	Tandreglering			4,3
10	Diverse barntandvård			3,9
11	Diverse	2,0	2,0	1,0
12	Allmänt	26,0	30,1	39,1
	Summa	100,0	100,0	100,0

Tabell A7 Procentuell fördelning av arbetstiden på huvudgrupper dels med påslag av vissa undergrupper (02, 03, 06–08) från huvudgrupp 12 (kol. A) dels med ett generellt påslag av resterande undergrupper inom huvudgrupp 12 (kol. B). Ursprunglig procentuell fördelning angiven inom parentes.

		Privattandläkare			Tjänstetandläkare, vuxentandvård		
			A	B		A	B
01	Undersökning och allmän behandling	(15,2)	19,6	22,3	(7,7)	9,9	11,9
02	Extraktion, rotspetsoperation, tandkirurgi	(2,6)	3,2	3,6	(4,6)	5,7	6,8
03	Rotbehandling	(7,1)	0,3	9,5	(8,9)	10,4	12,4
04	Amalgam-, silikat-, annan fyllning	(33,5)	39,1	44,6	(24,2)	28,2	33,6
05	Amalgamkrona och -pelare	(1,5)	1,7	2,0	(1,3)	1,5	1,8
06–08	Stifttänder, kronor, inlägg och brostöd	(9,3)	10,2	11,6	(11,8)	13,5	16,2
09–10	Avtagbar protes	(2,8)	3,4	3,8	(9,4)	11,8	14,1
11	Diverse	(2,0)	2,3	2,6	(2,0)	2,6	3,1
12.	Allmänt (resterande ugrp)	(26,0)	12,2	–	(30,1)	16,4	–
	Summa	(100,0)	100,0	100,0	(100,0)	100,0	100,0

Tabell B1.1 Procentuell fördelning av antalet påbörjade vuxenpatienter fördelade på olika patientkategorier och regioner hos privatpraktiserande tandläkare.

Region	Patientkategori			Antal		Totalt antal påbörjade patienter
	1	2	3	vuxna	barn	
1	76,3	16,2	7,5	2 617	149	2 867
2	62,2	15,4	2,4	508	23	538
3	76,8	11,9	11,3	363	14	383
4	78,0	10,3	11,7	1 706	103	1 865
5	80,3	15,6	4,0	538	23	572
6	73,9	14,0	12,1	946	31	984
Totalt	77,9	13,9	8,2	6 678	343	7 021

Av totalt antal patienter var 4,9 % barn under 12 år.

Patientkategorier:
1=revisionspatienter dvs. senaste fullständiga behandling inom de senaste 24 månaderna
2=saneringspatienter
3=akutpatienter
4=barnpatienter (privattandläkare: barn under 12 år, tjänstetandläkare: barn upp t. o. m. 16 år)

Tabell B1.2 Procentuell fördelning av antalet påbörjade vuxenpatienter fördelade på olika patientkategorier och regioner hos tjänstetandläkare.

Region	Patientkategori			Antal		Totalt antal påbörjade patienter
	1	2	3	vuxna	barn	
1	9,9	43,4	46,7	867	1 892	2 759
2	3,6	31,5	64,9	222	356	578
3	17,9	20,3	61,8	364	379	743
4	18,4	22,4	59,2	803	1 349	2 152
5	38,1	28,9	33,1	427	687	1 114
6	2,9	39,7	57,3	309	515	824
Totalt	16,5	29,6	54,5	2 992	5 178	8 170

Av det totala antalet patienter var 63,4 % barn under 17 år.

Tabell B2.1 Procentuell fördelning av antal patienter efter åldersklasser och per region för privatpraktiserande tandläkare.

Region	Patientålder											Totalt antal patienter
	0–5	6–11	12–16	17–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–	okänd	
1	1,5	2,8	0,1	3,2	25,8	18,7	15,9	13,5	8,1	2,7	7,0	5 440
2	1,7	0,9	1,1	5,6	30,2	20,5	19,5	12,1	5,7	1,2	1,4	1 101
3	0,6	2,2	1,2	4,0	24,7	21,1	20,4	13,0	9,1	3,0	0,6	668
4	0,7	3,4	0,9	3,8	27,7	18,4	17,3	14,0	8,8	3,0	2,0	3 682
5	1,6	2,3	1,1	1,8	20,0	16,3	16,4	19,9	11,2	4,4	4,9	815
6	0,9	1,6	2,9	8,4	34,6	21,1	14,3	8,1	4,7	1,3	2,1	1 496
Totalt	1,2	2,1	1,4	4,8	28,1	19,6	17,4	12,8	7,5	2,3	2,7	100
Totalt antal patienter	155	344	161	543	3 601	2 509	2 202	1 751	1 049	346	541	13 202

Tabell B2.2 Procentuell fördelning av antal patienter efter åldersklasser och per region för tjänstetandläkare.

Region	Patientålder											Totalt antal patienter
	0–5	6–11	12–16	17–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–	okänd	
1	1,1	29,8	27,8	3,5	12,2	6,4	5,8	5,1	3,7	2,3	2,4	4 767
2	3,8	32,6	19,1	1,9	10,0	5,1	9,0	7,7	6,2	2,9	1,7	1 496
3	2,7	24,8	18,2	4,1	11,9	9,5	10,1	8,3	6,3	3,1	1,2	1 184
4	3,8	31,0	19,6	4,6	10,2	7,0	8,3	5,8	5,2	2,6	1,8	3 836
5	0,4	29,3	22,1	5,0	9,3	7,3	8,0	6,9	5,8	3,0	2,0	1 959
6	18,5	18,2	22,3	3,2	7,7	6,9	7,8	7,5	4,4	1,4	2,1	1 252
Totalt	4,3	28,2	21,1	3,9	10,3	7,0	8,3	7,0	5,4	2,7	1,8	100
Totalt antal patienter	525	4 195	3 296	578	1 542	993	1 101	909	711	366	288	14 494

Tabell B2.3 Procentuell fördelning av antalet patienter över 16 år efter åldersklasser och per region hos privatpraktiserande tandläkare.

Region	Patientålder							Totalt antal patienter
	17–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–	
1	3,6	29,3	21,3	18,1	15,3	9,2	3,1	5 190
2	5,9	31,9	21,6	20,6	12,7	6,0	1,2	1 071
3	4,2	25,9	22,1	21,4	13,7	9,6	3,1	648
4	4,1	29,8	19,8	18,6	15,1	9,4	3,2	3 523
5	2,0	22,2	18,1	18,3	22,1	12,4	4,9	781
6	9,0	37,4	22,8	15,5	8,8	5,1	1,4	1 458
Totalt	5,2	30,4	21,2	18,8	13,8	8,1	2,5	12 671

Tabell B2.4 Procentuell fördelning av antalet patienter över 16 år efter åldersklasser och per region hos tjänstetandläkare.

Region	Patientålder							Totalt antal patienter
	17–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–	
1	9,0	31,1	16,5	14,8	13,1	9,4	5,9	1 888
2	4,4	23,3	11,9	21,1	18,0	14,5	6,9	659
3	7,6	22,4	17,8	18,9	15,6	11,8	5,9	643
4	10,5	23,3	16,1	18,9	13,3	12,0	5,9	1 674
5	12,9	20,1	15,8	17,2	15,0	12,6	6,4	892
6	8,2	19,7	17,7	20,1	19,3	11,3	3,7	510
Totalt	8,7	13,1	15,8	18,7	15,6	12,2	5,9	6 266

Tabell B3.1 Procentuell fördelning av antal påbörjade, påbörjade och avslutade, avslutade och övriga patienter efter patientkategori.

Patientkategori	Antal patienter	Procent av antal patienter för			
		Påbörjade	Påbörjade / Avslutade	Avslutade	Övriga
0	191	17,8	17,8	13,6	50,8
1	9 263	24,5	30,6	21,7	23,2
2	2 447	26,6	11,3	21,5	40,6
3	770	38,7	36,3	8,2	16,8
4	531	22,4	42,2	15,4	20,0
Totalt	13 202	25,5	27,7	20,5	26,3

Patientkategorier:
0= Ingen anteckning finns på patientkortet om patientkategori
1= revisionspatienter
2= saneringspatienter
3= akutpatienter
4= barnpatienter

Tabell B3.2 Procentuell fördelning av antal påbörjade, påbörjade och avslutade, avslutade och övriga patienter samt antal besök per patient efter patientkategori hos tjänstetandläkare.

Patientkategori	Antal patienter	Procent av antal patienter för				Antal besök per patient
		Påbörjade	Påbörjade / Avslutade	Avslutade	Övriga	
0	153	18,3	15,0	15,7	51,0	1,87
1	976	23,6	24,1	24,8	27,5	1,86
2	2 654	23,5	11,5	25,8	39,2	2,44
3	2 483	19,9	42,3	15,5	22,3	1,63
4	8 228	23,9	39,0	19,4	17,7	1,63
Totalt	14 494	23,1	33,3	20,2	23,4	1,91
Totalt 0–3	6 266	22,0	25,8	21,3	30,9	2,01

Tabell B4.1 Antal behandlingsmoment för huvudgrupp och undergrupp avseende totalt antal vuxenpatienter hos privatpraktiserande tandläkare. Antal patienter 12 671.

Huvudgrupp	Undergrupp												
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
01		225	5 719	1 427	2 150		535	37	4 358	428	1 884	169	778
02		204	906	662	483	53	24	11	164	58	47	142	211
03		1 198	491	937	1 117	260	42	2 544	1 515	1 254	2 226	10	65
04		302	2 810	21 498	373	9 955	6 434	1 036	16 223	4 060	1 373	463	5 671
05		55	43	350	450	27	325	320	269	76	33	71	
06		178	280	447	565	23	7	220	31	656	593	313	
07	5	188	4	1 165	576	272	327	349	98	66	42		
08	64	150	195	177	13	17	6	453	2				
09		116	28	13	192	15	55	14	27	80	143	1	
10	79	153	85	181	87	10	280	36	40	46			
11		25	158	83	1	76	16	16	94	4	8	20	34
12				129	60								

Tabell B4.2 Antal behandlingsmoment för huvudgrupp och undergrupp avseende totalt antal vuxenpatienter hos tjänstetandläkare. Antal patienter 6 266.

Huvudgrupp	Undergrupp												
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
01		83	1 324	624	1 871		94	37	1 022	126	287	68	312
02		260	891	579	846	53	19	3	51	43	60	222	202
03		853	339	588	816	136	21	1 630	1 100	639	1 478	30	56
04		262	1 048	8 900	119	4 541	2 420	405	6 810	1 948	132	374	3 364
05		28	19	180	186	32	158	155	138	22	16	30	
06		100	144	304	326	11	4	139	4	492	547	138	
07	10	108	7	1 034	231	222	180	163	56	47	26		
08	62	73	102	132	8	10	1	265	1				
09		237	25	21	471	12	89	24	21	78	371	14	
10	242	376	204	329	141	51	513	83	37	62			
11		11	53	31	4	21	11	20	136	5	513	19	10
12				146	122								

Tabell B4.3 Antal behandlingsmoment per huvudgrupp och undergrupp för barnpatienter hos tjänstetandläkare. Antal patienter 8 228.

Huvud-grupp	Undergrupp												
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
01		152	4 399	1 487	2 574		10	20	276	41	577	7	497
02		103	886	844	388	14			12	1	27	26	51
03		125	93	131	151	22	40	251	196	89	256	1	139
04		399	1 875	12 500	38	6 699	2 155	173	11 945	664	50	225	6 341
05		4	7	25	15	14	21	22	16	1	1	8	
06		2	9	12	10			5	1	19	12	9	
07	5	4		49	1	10	10	4	1				
08	6	5	5	7		3							
09	200	171	99	388	140	28	1	6	95	21	74	523	365
10	270	158	12	307	976	1 562	165	58	26	7	2	7	12
11			2	3	6	16	1	89	61	5	420	2	1
12				69	68								

Tabell B5.1 Antal behandlingstillfällen för amalgam- silikat- och annan fyllning procentuellt fördelade efter fyllningsmaterial och fyllningstyp för vuxenpatienter hos privattandläkare och tjänstetandläkare.

	PT	TT
Amalgam		
1-yts fyllning	12,4	12,5
2-yts fyllning med eller utan isolering	20,3	17,9
3-yts fyllning med eller utan isolering	11,5	10,5
2-yts + 1-yts fyllning med isolering	0,2	0,1
2 x 2-ytsfyllning med isolering	2,0	2,4
3-yts + 2-yts fyllning med isolering	0,9	1,2
2 x 3-yts fyllning med isolering	0,3	0,6
3 x 2-yts fyllning med isolering	0,1	0,0
Övriga fyllningskombinationer	26,4	31,0
Summa amalgambehandlingstillfällen	8 874 (74,2 %)	3 556 (76,4 %)
Silikat		
1 fyllning	8,5	7,5
2 fyllningar	5,8	6,0
3 fyllningar	1,1	2,0
Övriga fyllningskombinationer	1,4	2,9
Summa silikatbehandlingstillfällen	2 032 (16,8 %)	866 (18,4 %)
Annan fyllning		
1 fyllning	1,9	0,4
2 fyllningar	1,2	0,3
3 fyllningar	0,4	0,1
Övriga fyllningskombinationer	0,9	0,4
Summa behandlingstillfällen för annan fyllning	619 (4,4 %)	59 (1,2 %)
Amalgam-, silikat- och annan fyllning blandat	4,4	4,0
Summa behandlingstillfällen	12 076	4 659

Tabell B5.2 Procentuell fördelning av antal urskiljbara fyllningstyper amalgam-, silikat- och annan fyllning för vuxenpatienter hos privattandläkare och tjänstetandläkare.

	PT	TT
Amalgam		
1-yts fyllning %	24,5	25,4
2-yts fyllning %	49,9	48,4
3-yts fyllning %	25,6	26,1
	100,0	99,9
Antal fyllningar	6 296	2 268
Antal behandlingstillfällen för ovan angivna fyllningar	5 856	2 062
Antal behandlingstillfällen för amalgam	8 874	3 556
Silikat		
1 fyllning %	55,2	48,3
2 fyllningar %	37,6	38,8
3 fyllningar %	7,1	12,9
	99,9	100,0
Antal behandlingstillfällen för ovan angivna fyllningar	1 838	729
Antal behandlingstillfällen för silikat	2 032	866
Annan fyllning		
1 fyllning %	54,7	52,0
2 fyllningar %	34,6	38,3
3 fyllningar %	10,7	9,7
	100,0	100,0
Antal behandlingstillfällen för ovan angivna fyllningar	496	40
Antal behandlingstillfällen för annan fyllning	619	59

Tabell B5.3 Antal cementerade kronor, inlägg och broled för vuxenpatienter hos privattandläkare och tjänstetandläkare.

PT Antal cementerade:	Antal kronor, broled m. m.:	Antal gånger som 1, 2, 3 etc. kronor, broled m. m. cementerats vid ett behandlingstillfälle											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pelare	64												
Porslinskrona	150	106	9	3	3	1							
Stifttand	195	174	6	3									
Guldkrona	177	142	11	1	1		1						
Guldinlägg 1 yta	13												
Guldinlägg flera ytor	17	12	1	1									
Pinledge	6												
Broled	453	4	20	34	24	7	8	2	1		5	4	1
Protesankare	2												

TT Antal cementerade:	Antal kronor broled m. m.:	Antal gånger som 1, 2, 3 etc. kronor, broled m. m. cementerats vid ett behandlingstillfälle											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pelare	62												
Porslinskrona	73	57	6		1								
Stifttand	102	87	6	1									
Guldkrona	132	64	18	4	3				1				
Guldinlägg 1 yta	8												
Guldinlägg flera ytor	10	8	1										
Pinledge	1												
Broled	265	6	5	29	8	7	2	3	2	4	1		
Protesankare	1												

Tabell C 1.1 Behandlingstid i minuter för 27 behandlingstyper avseende alla privatpraktiserande tandläkare sammanslagna per region och vägt medeltal för hela populationen.

Behandling		Region						Vägt
		1	2	3	4	5	6	M
01	Grundformel för Hgrp 12	4	3	3	3	3	4	3
02	Undersökning	11	11	8	9	8	10	10
03	Tandstensskrapning	12	11	13	11	11	10	11
04	Tanduttagning, 1 tand	18	18	13	17	13	12	15
05	Tanduttagning, 2 tänder	17	18	9	17	13	12	14
06	Tanduttagning, 1 tand svårare fall	29	–	23	55	18	33	33
07	Rotspetsoperation	38	35	13	52	7	46	39
08	Pulpaamputation	25	20	20	26	27	34	27
09	Rotbehandling, vital tand med en rotkanal (vitalexstirpation)	48	48	51	47	46	54	48
10	Rotbehandling, vital tand med en rotkanal (mortalexstirpation)	54	55	55	56	48	57	54
11	Rotbehandling av gangränös tand, en kanal	81	81	86	76	88	96	82
12	Amalgamfyllning, 1 yta (ej inj., ej isol.)	12	13	12	11	10	12	12
13	Amalgamfyllning, 2 ytor	26	29	27	27	23	25	27
14a	Amalgamfyllning, 3 ytor	34	37	35	35	30	33	34
14b	Amalgamfyllning, 3 ytor (ej inj.)	29	33	31	29	27	29	30
15	Amalgamfyllning, 4 ytor	45	53	50	46	38	45	47
16	Amalgamkrona	38	34	49	37	44	34	38
17	Silikatfyllning, 1 yta	23	25	23	27	20	21	23
18	Annan fyllning, 1 yta	23	21	17	26	21	20	22
19	Guldinlägg, 2–3 ytor	76	95	87	84	105	74	87
20	Jacketkrona utan guldpelare	117	135	91	104	106	87	106
21	Jacketkrona med guldpelare	163	198	130	148	140	128	152
22	Richmondkrona	101	107	80	91	101	87	93
23	Guldkrona 1	103	118	90	93	101	85	97
24	Guldkrona 2	91	118	76	89	99	81	90
25	Amalgampelare	33	31	21	31	24	33	31
26	Partiell protes, 4 eller flera tänder	155	161	102	125	142	155	148
27	Hel över- eller underkäksprotes	150	158	110	125	148	155	147

Tabell C 1.2 Behandlingstid i minuter för 27 behandlingstyper avseende alla tjänstetandläkare (vuxentandvård) sammanslagna per region och vägt medeltal för hela populationen.

Behandling		Region						Vägt
		1	2	3	4	5	6	M
01	Grundformel för Hgrp 12	6	2	3	4	2	2	3
02	Undersökning	12	10	8	9	9	12	9
03	Tandstensskrapning	15	11	10	14	14	13	13
04	Tanduttagning, 1 tand	21	19	16	15	17	13	17
05	Tanduttagning, 2 tänder	20	13	15	15	15	10	14
06	Tanduttagning, 1 tand svårare fall	38	36	17	50	37	37	35
07	Rotspetsoperation	20	15	21	–	15	15	17
08	Pulpaamputation	32	20	36	33	30	19	28
09	Rotbehandling, vital tand med en rotkanal (vitalexstirpation)	66	38	42	58	68	63	50
10	Rotbehandling, vital tand med en rotkanal (mortalexstirpation)	71	46	47	65	74	71	57
11	Rotbehandling av gangränös tand, en kanal	113	59	66	99	117	108	84
12	Amalgamfyllning, 1 yta (ej inj., ej isol.)	15	13	9	13	11	11	12
13	Amalgamfyllning, 2 ytor	30	29	23	30	28	28	27
14a	Amalgamfyllning, 3 ytor	38	37	28	38	36	35	35
14b	Amalgamfyllning, 3 ytor (ej inj.)	33	31	23	33	31	29	30
15	Amalgamfyllning, 4 ytor	48	53	35	53	49	48	46
16	Amalgamkrona	52	29	47	51	40	40	40
17	Silikatfyllning, 1 yta	29	24	20	27	28	21	25
18	Annan fyllning, 1 yta	27	23	16	24	27	25	23
19	Guldinlägg, 2–3 ytor	109	78	55	87	87	–	84
20	Jacketkrona utan guldpelare	132	96	75	113	113	137	104
21	Jacketkrona med guldpelare	197	133	109	170	159	191	147
22	Richmondkrona	119	81	74	109	117	124	98
23	Guldkrona 1	114	80	69	103	108	116	91
24	Guldkrona 2	94	75	62	94	93	–	81
25	Amalgampelare	36	27	29	–	34	31	33
26	Partiell protes, 4 eller flera tänder	164	77	101	119	114	104	112
27	Hel över- eller underkäksprotes	165	79	103	122	121	108	115

Tabell C 1.3 Behandlingstid i minuter för 14 behandlingstyper avseende alla tjänstetandläkare (barntandvård) sammanslagna per region och vägt medeltal för hela populationen.

Behandling		Region						Vägt
		1	2	3	4	5	6	M
01	Grundformel för Hgrp 12	4	3	3	3	2	4	3
02	Undersökning	9	6	7	8	6	7	7
03	Tandstensskrapning	8	8	6	8	5	9	8
04	Tanduttagning, 1 tand	13	13	14	12	9	15	13
05	Tanduttagning, 2 tänder	13	11	13	10	9	25	12
09	Rotbehandling, vital tand med en rotkanal (vitalexstirpation)	71	48	34	54	75	80	56
10	Rotbehandling, vital tand med en rotkanal (mortalexstirpation)	73	57	43	58	83	88	63
11	Rotbehandling av gangränös tand, en kanal	123	85	52	92	115	135	93
12	Amalgamfyllning, 1 yta (ej inj., ej isol.)	13	10	10	12	11	13	11
13	Amalgamfyllning, 2 ytor	28	24	24	26	28	27	26
14a	Amalgamfyllning, 3 ytor	35	30	30	34	37	35	33
14b	Amalgamfyllning, 3 ytor (ej inj.)	31	25	24	30	31	31	28
15	Amalgamfyllning, 4 ytor	47	41	36	46	45	74	45
17	Silikatfyllning, 1 yta	24	23	23	24	36	26	25

Tabell C 2.1 Vägda behandlingstider i minuter för 27 olika behandlingstyper.

	Behandling	Tid beräknad enligt metod 1			Tid beräknad enligt metod 2		
		PT	TT	Sammanvägt	PT	TT	Sammanvägt
01	Grundformel för Hgrp 12	3	3	3	4	5	5
02	Undersökning	10	9	10	11	12	12
03	Tandstensskrapning	11	13	11	13	14	14
04	Tanduttagning, 1 tand	15	17	15	18	20	19
05	Tanduttagning, 2 tänder	14	14	14	18	17	19
06	Tanduttagning, 1 tand svårare fall	33	35	33	36	38	37
07	Rotspetsoperation	39	17	–	40	(18)	–
08	Pulpaamputation	27	28	27	30	28	30
09	Rotbehandling, vital tand med en rotkanal (vitalexstirpation)	48	50	48	53	62	58
10	Rotbehandling, vital tand med en rotkanal (mortalexstirpation)	54	57	54	58	67	62
11	Rotbehandling av gangränös tand, en kanal	82	84	82	90	109	100
12	Amalgamfyllning, 1 yta (ej inj., ej isol.)	12	12	12	13	14	14
13	Amalgamfyllning, 2 ytor	27	27	27	29	31	30
14a	Amalgamfyllning, 3 ytor	34	35	34	37	39	38
14b	Amalgamfyllning, 3 ytor (ej inj.)	30	30	30	32	34	33
15	Amalgamfyllning, 4 ytor	47	46	47	49	49	49
16	Amalgamkrona	38	40	38	40	44	42
17	Silikatfyllning, 1 yta	23	25	23	25	26	26
18	Annan fyllning, 1 yta	22	23	22	24	23	24
19	Guldinlägg, 2–3 ytor	87	84	87	96	98	97
20	Jacketkrona utan guldpelare	106	104	106	114	125	118
21	Jacketkrona med guldpelare	152	147	151	147	191	172
22	Richmondkrona	93	98	94	97	105	101
23	Guldkrona 1	97	91	96	105	104	105
24	Guldkrona 2	90	81	88	100	97	99
25	Amalgampelare	31	33	31	36	32.	35
26	Partiell protes, 4 eller flera tänder	148	112	132	139	111	124
27	Hel över- eller underkäksprotes	147	115	133	130	123	126

Tabell C 2.2 Behandlingstid i minuter för vissa behandlingstyper avseende vuxenpatienter för privattandläkare.

	Behandling	Metod 1	Metod 2						
		M	M	Min	Q_1	M_e	Q_3	Max	n
01	Grundformel för Hgrp 12	3	4	0	2	4	4	11	73
02	Undersökning	10	11	5	8	10	13	25	72
03	Tandstensskrapning	11	13	5	9	12	16	23	72
04	Tanduttagning, 1 tand	15	18	6	14	18	23	36	73
05	Tanduttagning, 2 tänder	14	18	6	11	13	24	51	56
06	Tanduttagning, 1 tand svårare fall	33	36	6	22	33	43	60	20
09	Rotbehandling, vital tand med en rotkanal (vitalexstirpation)	48	53	21	43	53	65	117	62
11	Rotbehandling av gangränös tand, en kanal	82	90	42	70	83	116	162	63
13	Amalgamfyllning, 2 ytor	27	29	15	25	30	38	66	72
14b	Amalgamfyllning, 3 ytor (ej inj.)	30	32	15	27	32	41	70	72
16	Amalgamkrona	38	38	15	26	31	51	75	54
17	Silikatfyllning, 1 yta	23	25	9	22	27	33	50	69
18	Annan fyllning, 1 yta	22	24	7	18	25	28	58	58
20	Jacketkrona utan guldpelare	106	114	44	88	115	146	185	41
23	Guldkrona 1	97	105	55	91	109	133	180	43
27	Hel över- eller underkäksprotes	147	130	81	100	124	147	207	24

Tabell C 2.3 Behandlingstid i minuter för vissa behandlingstyper avseende vuxenpatienter för tjänstetandläkare.

Behandling		Metod 1	Metod 2						
		M	M	Min	Q_1	M_e	Q_3	Max	n
01	Grundformel för Hgrp 12	3	5	1	2	4	7	17	84
02	Undersökning	9	12	2	7	10	15	20	84
03	Tandstensskrapning	13	14	5	11	14	18	28	82
04	Tanduttagning, 1 tand	17	20	7	12	18	24	37	79
05	Tanduttagning, 2 tänder	14	17	7	11	15	22	47	66
06	Tanduttagning, 1 tand svårare fall	35	38	7	16	34	51	120	26
09	Rotbehandling, vital tand med en rotkanal (vitalexstirpation)	50	62	25	51	64	80	110	68
11	Rotbehandling av gangränös tand, en kanal	84	109	49	86	106	135	178	71
13	Amalgamfyllning, 2 ytor	27	31	14	28	33	40	58	82
14b	Amalgamfyllning, 3 ytor (ej inj.)	30	34	19	31	35	46	69	82
16	Amalgamkrona	40	44	15	29	42	53	70	38
17	Silikatfyllning, 1 yta	25	26	8	23	28	34	52	83
18	Annan fyllning, 1 yta	23	23	7	17	24	29	46	33
20	Jacketkrona utan guldpelare	104	125	49	111	128	138	185	20
23	Guldkrona 1	91	104	44	74	100	117	177	31
27	Hel över- eller underkäksprotes	115	123	57	93	112	160	220	40

Kodschema med anmärkningar för frekvensundersökning

1. Undersökning och allmän behandling

Grupp		Ange	Anmärkningar
1	För- och efterarbete		Sysselsättning som ej kan föras under övriga punkter.
2	Anamnes	1	
3	Undersökning	1	Med eller utan spegel och sond.
4	Röntgen, bitewing	1	Anges om endast bitewing tas.
5	Röntgen annan	Antal bilder	Avser speciell eller mera omfattande röntgen.
6	Röntgen studium		Studium av gamla och nya bilder.
7	Terapi- och kostnadsförslag	1	
8	Studiemodell	Antal käkar	Avtryck för studiemodell.
9	Tandsten	1	Avlägsnande av mjuka och fasta beläggningar med ultraljud eller handinstrument.
10	Överskott	1	Avlägsnande av överskott.
11	Polering	1	Polering med pasta, strips eller liknande, allmänt sett, avser ej putsning i samband med fyllningsterapi.
12	Behandling av tandhalsar	1	Behandling av känsliga tandhalsar.
13	Munhygien	1	Instruktion och information för munhygien.

2. Extraktion, rotspetsoperation, tandkirurgi

Grupp		Ange	Anmärkningar
1	För- och efterarbete		Sysselsättning som inte kan föras under övriga punkter.
2	Röntgen	Antal bilder	Röntgen, inkl studium av röntgenbilder.
3	Injektion	1	
4	Extraktion, 1 tand	1	Extraktion, 1 tand med tång eller hävel inkl efterbehandling vid samma tillfälle, dock ej suturering.
5	Extraktion, flera tänder	Antal tänder	Extraktion flera tänder med tång eller hävel inkl efterbehandling vid samma tillfälle, dock ej suturering.
6	Operation, 1 tand	1	Operativt avlägsnande 1 tand, inkl efterbehandling vid samma tillfälle, dock ej suturering.
7	Operation, flera tänder	Antal tänder	Operativt avlägsnande av flera tänder, inkl efterbehandling vid samma tillfälle, dock ej suturering.
8	Rotspetsoperation	1	
9	Parodontalkirurgi	1	Parodontalkirurgisk behandling.
10	Dent. diff.	1	Behandling av dent. diff.
11	Annan kirurgi	1	Annan kirurgisk behandling än 4—10 (ex incision av abscess, preprotetisk kirurgi m m).
12	Suturering	Antal suturer	
13	Efterbehandling	1	Efterbehandling, vid senare tillfälle.

3. Rotbehandling

Grupp		Ange	Anmärkningar
1	För- och efterarbete		Förberedelse, efterarbete inkl byte till sterila instrument, tvättning o dyl samt sysselsättning som inte kan föras under övriga punkter.
2	Röntgen	Antal bilder	Röntgen, inkl studium av röntgenbilder.
3	Injektion	1	
4	Preparation	Antal tänder	
5	Matris, kofferdam	Antal tänder	Kopparring, annan matris, kofferdam (ange vilket på anm.). Avser montering och demontering.
6	Devitalisering	1	
7	Pulpaamputation	1	
8	Upprensning	Antal kanaler	Upprensning av rotkanal.
9	Inläggsbyte	Antal kanaler	
10	Rotfyllning	Antal kanaler	
11	Provisorisk fyllning	Antal tänder	Provisorisk fyllning, även borttagande av sådan.
12	Bakteriologisk kontroll	1	Bakteriologisk rotkanalkontroll.
13	Överkappning	Antal tänder	

4. Amalgam-, silikat-, annan fyllning

Grupp	Ange	Anmärkningar
1 För- och efterarbete		Sysselsättning som inte kan föras under övriga punkter.
2 Röntgen	Antal bilder	Röntgen, inkl studium av röntgenbilder.
3 Injektion	1	
4 Preparation	Antal ytor	
5 Retentionsstift	Antal stift	Retentionsstift inkl preparation för dessa.
6 Isolering	Antal tänder	
7 Matris	Antal tänder	Matris. Montering och demontering.
8 Kofferdam	Antal tänder	Kofferdam. Montering och demontering.
9 Amalgamfyllning	Antal ytor	Fyllning amalgam inkl modellering och bettprovning.
10 Silikatfyllning	Antal ytor	Fyllning silikat inkl färgval, tillskärning och bettprovning.
11 Annan fyllning	Antal ytor	Fyllning plast eller liknande (även guldhamring) inkl ev färgval och bettprovning. Ange fyllnadsslag på anm.
12 Provisorisk fyllning	Antal tänder	Provisorisk fyllning, även borttagande.
13 Efterbehandling	Antal tänder	Efterbehandling, putsning vid samma eller påföljande behandlingstillfälle.

5. Amalgamkrona och -pelare

Grupp	Ange	Anmärkningar
1 För- och efterarbete		Sysselsättning som inte kan föras under övriga punkter.
2 Röntgen	Antal bilder	Röntgen, inkl studium av röntgenbilder.
3 Injektion	1	
4 Preparation	Antal tänder	
5 Retentionsstift	Antal stift	Retentionsstift inkl preparation för dessa.
6 Isolering	Antal tänder	
7 Matris	Antal tänder	Matris, montering och demontering.
8 Fyllning	Antal tänder	
9 Modellering, krona	Antal tänder	
10 Modellering, pelare	Antal tänder	
11 Provisorisk fyllning	Antal tänder	Provisorisk fyllning även borttagande av sådan.
12 Efterbehandling	Antal tänder	Efterbehandling, putsning vid påföljande behandlingstillfällen.

6. Stifttänder, kronor, inlägg, separata eller brostöd, protesankare (rotförankring typ bifra, Dolder m fl)

Grupp	Ange	Anmärkningar
1 För- och efterarbete		Sysselsättning som inte kan föras under övriga punkter.
2 Röntgen	Antal bilder	Röntgen, inkl studium av röntgenbilder.
3 Injektion	1	
4 Preparation, vital tand	Antal tänder	
5 Preparation, rotfylld tand	Antal tänder	
6 Preparation, med parallellinstr.	Antal tänder	
7 Preparation, för protesankare	Antal tänder	
8 Förberedande avtryck	Antal käkar	Förberedande avtryck, avtryck av motstående käke.
9 Individuell sked	1	Individuell sked (ej laboratorieframställd).
10 Avtryckstagning	Antal tänder	
11 Situationsavtryck	Antal tänder	Situationsavtryck, inpassning av överföringskrona.
12 Prep- och situationsavtryck	Antal tänder	Gemensamt preparations- och situationsavtryck.

7. Stifttänder, kronor och inlägg, separata eller brostöd, protesankare, forts.

Grupp		Ange	Anmärkningar
1	Avtryck för protesankare	Antal tänder	
2	Bettregistrering	1	Bettregistrering (bitning).
3	Ansiktsbågeregistrering	1	Bettregistrering med ansiktsbåge.
4	Provisorisk ersättning	Antal tänder	Provisorisk ersättning och recementering av dylika inkl avtagande av sådan.
5	Provisorisk bro	Antal led	Provisorisk bro och recementering av dylik inkl avtagande av sådan.
6	Färgtagning	1	
7	Teknikeranvisning	1	Anvisning till tekniker, muntligt eller skriftligt.
8	Provning och inslipning	1	
9	Lödavtryck	1	
10	Definitiv broinslipning	1	Definitiv inslipning vid broarbeten.
11	Efterbehandling	1	Efterbehandling, putsning.

8. Cementering av:

Grupp		Ange	Anmärkningar
1	Pelare	Antal	
2	Porslinskrona	Antal	
3	Stifttand	Antal	Stifttand i metallbundet porslin, med porslinsfasad, med konsthartsfasad. Ange slag av stifttand på anm.
4	Guldkrona	Antal	Guldkrona, guldkrona med porslinsfasad, guldkrona med konsthartsfasad. Ange vilket på anm.
5	Guldinlägg, 1 yta	Antal tänder	
6	Guldinlägg, flera ytor	Antal tänder	Guldinlägg, flera ytor, även trekvartskronor o dyl.
7	Pinledge	Antal tänder	
8	Bro	Antal led	Bro i guld, porslin, metallbundet porslin, konstharts eller kombinationer av dessa. Ange slag av bro på anm.
9	Protesankare	Antal tänder	

9. Avtagbar protes

Grupp		Ange	Anmärkningar
1	För- och efterarbete		Sysselsättning som inte kan föras under övriga punkter.
2	Förberedande avtryck	1	
3	Individuell sked	1	Individuell sked (ej laboratorieframställd).
4	Tissue-conditioner	1	Behandling med Tissue-conditioner.
5	Avtryck hel OK eller UK	Antal käkar	
6	Avtryck part. 1—3 tänder	Antal käkar	Avtryck för partiell protes 1—3 tänder. Ange om metallskelett kommer att användas i proteskonstr.
7	Avtryck part. 4—8 tänder	Antal käkar	Avtryck för partiell protes 4—8 tänder. Ange om metallskelett kommer att användas i proteskonstr.
8	Avtryck part. 9—13 tänder	Antal käkar	Avtryck för partiell protes 9—13 tänder. Ange om metallskelett kommer att användas i proteskonstr.
9	Avtryck immediatprotes	Antal käkar	
10	Avtryck basning	1	
11	Bettregistrering	1	Bettregistrering (bitning).
12	Ansiktsbågeregistrering	1	Bettregistrering med ansiktsbåge.

10. Avtagbar protes forts.

Grupp		Ange	Anmärkningar
1	Tandval	1	
2	Provning	1	Provning av tanduppsättning.
3	Teknikeranvisning	1	Anvisning till tekniker muntligt eller skriftligt.
4	Injustering	1	Injustering och temporär utlämning.
5	Def. inslipning i munnen	1	
6	Def. inslipning i artikulator	1	Definitiv inslipning i artikulator. Obs! att momenten 9:11 och 9:12 skall föras i tillämpl. fall.
7	Efterjustering	1	Efterjustering och kontroll.
8	Lagring	1	
9	Avtryck, tand på protes	1	Avtryck för lagning av och tillsättning av tand på protes.
10	Lagring, tand på protes	1	Lagning och tillsättning av tand på protes.

11. Diverse

Grupp	Ange	Anmärkningar
1 För- och efterarbete		
2 Avtryck, fasad	Antal	
3 Fastsättning, fasad, pontic, krona	Antal	Fastsättning eller recementering av fasad, pontic och krona.
4 Avlägsn. gamla stift, krona, bro	Antal	Avlägsnande av gamla stift eller kronor, reparation av bro.
5 Bettanalys	1	
6 Bettinslipning	1	
7 Bettskena	1	
8 Trauma	1	Behandling av traumatisk skada ,även vitalitetsprövning. Övriga åtgärder förs under respektive grupper.
9 Tandvärk	1	Lokalisering av tandvärk.
10 Psykodonti	1	Psykodontisk behandling.
11 Barnbehandling	1	Behandling av barn under 12 år. (Gäller ej ftv. se tillägg.)
12 Tandtekniskt arbete		Tandtekniskt arbete som utförs av tandläkaren.
13 Tandreglering		

12. Allmänt

Grupp	Ange	Anmärkningar
1 Administration		Praktikadministration, rekvirering av material, uppgift till myndighet, bokföring o dyl.
2 Väntetid på patient		Endast tid då man ej sysselsätts med annat arbete utan primärt väntar på patient.
3 Arbetsspilltid		Arbetsspilltid, handtvätt, inställning av stol och lampa, ej förberedelse av själva behandlingen, ovidkommande sysselsättning.
4 Remiss, intyg	1	Remisskrivning, utfärdande av intyg och recept.
5 Rådfrågning	1	Rådfrågning, även per telefon.
6 Patientbyte		Patientbyte, omdukning, endast i de gränsfall då verksamheten inte kan föras på patientbehandlingen.
7 Journalföring, betalning		
8 Behandlingsplanering		
9 Driftsavbrott		Driftsavbrott t ex strömavbrott.
10 Journalföring för frekvensor		
11 Patientarbete utom kodschema		Ange på anmärkningen.
12 Personlig tid		Personlig tid, kafferast, rökpaus, toalettbesök o dyl.
13 Speciell personlig tid		

Tilläggsschema för barntandvård i folktandvården

9. Tandreglering

Grupp	Ange	Anmärkningar
1 Undersökning och journalföring	1	
2 Undersökning med utredning	1	Inkl modelljournal, röntgen, terapiplanering och teknikeranvisning.
3 Avtryck för arbetsmodell för apparat	1	
4 Interseptivslipning	Antal tänder	
5 Avtryck för studiemodell	1	
6 Instruktion spatelbitning	1	
7 Inprovning hakkappa	1	
8 Tillverkning av fast apparat	1	
9 Utlämning av avtagbar apparat	1	
10 Cementering av fast apparat	1	
11 Kontroll och justering av fast apparat	1	
12 Kontroll och justering av avtagbar apparat	1	
13 Kontroll av bettutvecklingen	1	

10. Diverse barntandvård

Grupp	Ange	Anmärkningar
1 Samtal med föräldrar	1	Samtal ang. psykologiska behandlingsproblem.
2 Tillvänjningsbehandling	1	
3 Premedicinering	1	Avser tid för information om premedicinering inkl tid för receptskrivning.
4 Information	1	Information om karies, tandlossning och munhygien. Kostinformation och fluorinformation.
5 Instruktion för munhygien	1	
6 Fluorsköljning	1	
7 Fluorpensling	1	
8 Skadeutredning i traumafall	1	Anamnesupptagning, röntgen, förande av speciell journal, undersökning.
9 Tillfälligt skyddsförband	1	
10 Fixationsförband	1	
11 Replantation	Antal tänder	
12 Frenulumoperation	1	
13 Friläggning	1	

Frekvensutredningen						PATIENTKORT									
Tdl-kod 1-5	Patientnr 6-10	Patient föd-år 11-12	☐ Revisionspatient ☐ Saneringspatient ☐ Akutpatient								☐ Barn 13			☐ Påbörjad under mätperioden 14 ☐ Avslutad under mätperioden 15	
Datum	Hgrp	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	
16-19	20-21	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48

Bilaga 2 Folktandvårdens kostnader och intäkter 1970

Innehåll

2.1 Undersökningens bakgrund och syfte 295
2.1.1 Inledning 295
2.1.2 Undersökningens syfte . . 295
2.1.3 Rapportens innehåll . . . 295
2.2 Undersökningens genomförande . 295
2.3 Redovisning av resultaten 296
2.3.1 Distriktstandvård 296
2.3.1.1 Tjänstgöringstimmar för tandläkare 296
2.3.1.2 Kostnader 296
2.3.2.1 Tandhälsovård 297
2.3.3.1 Tandtekniska laboratorier 298
2.3.4.1 Kostnader för vuxentandvård per tandläkartimme 298
2.3.4.2 Intäkter i vuxentandvård 298
2.3.5.1 Kostnader för barntandvård per tandläkartimme 298
2.3.5.2 Intäkter i barntandvård 299

Folktandvårdens kostnader och intäkter 1970

2.1 *Undersökningens bakgrund och syfte*

2.1.1 Inledning

Socialstyrelsen insamlar årligen uppgifter beträffande folktandvårdens utgifter och inkomster. Uppgifterna sammanställs och publiceras i Allmän Hälso- och Sjukvård. Någon närmare analys av materialet sker inte liksom ej heller kontroll av att bokförings- och redovisningssystem i detalj stämmer överens mellan uppgiftslämnarna. Mera detaljerade undersökningar över folktandvårdens omkostnadssituation har tidigare utförts, den senaste dock 1956.

1970 års utredning om tandvårdsförsäkring beslöt därför att hos socialstyrelsen hemställa om att en detaljerad utredning genomfördes beträffande kostnaderna och intäkterna inom folktandvården avseende 1970. En arbetsgrupp tillsattes i vilken har ingått tandvårdschef Bertil Karlsson (ordf.), sekreterare Ingemar Egelstedt, tandläkare Björn Ekman, sekreterare Anders Hedberg, sekreterare Karl-Evert Skansing samt 1:e distriktstandläkare Hans Sundberg. Dessutom har utredningens sekreterare deltagit.

2.1.2 Undersökningens syfte

Avsikten var att så detaljerat som möjligt kartlägga huvudmännens kostnader för folktandvården. Olikheter i redovisningssystem skulle elimineras så långt som möjligt och samtliga kostnader framtagas. I första hand avsågs folktandvårdens distriktstandvård bli föremål för detaljstudium men undersökningen har även omfattat folktandvårdens specialist- och specialtandvård.

2.1.3 Rapportens innehåll

I följande rapport lämnas en redovisning av kostnader och intäkter avseende distriktstandvård, tandhälsovård och tandteknisk laboratorieverksamhet. Redovisningen utgör ett sammandrag av resultaten. Huvudrapporten finns att tillgå hos socialstyrelsen.

2.2 *Undersökningens genomförande*

Uppgifter har inhämtats från samtliga folktandvårdshuvudmän enligt särskilt utarbetade relativt detaljerade frågeformulär. Således har redovisning skett för olika förekommande verksamhetsgrenar (barntandvård, vuxentandvård, tandregleringstandvård etc.) var för sig, dessutom har uppdelning gjorts på olika kostnadsslag. Därigenom har materialet kunnat bearbetas och sammanställas så att direkta jämförelser möjliggöres mellan motsvarande kostnader inom folktandvårdens allmäntandvård (distriktstandvården) och hos de privatpraktiserande tandläkarna.

På grund av olikheter i redovisningssystem och varierande praxis huvudmännen emellan

har kostnader och intäkter ej alltid helt kunnat fördelas på berörda verksamhetsområden. Av samma skäl kan ej heller konteringen betraktas som helt likartad. Det sistnämnda förhållandet kommer dock mindre till synes i den i det följande presenterade redovisningen än i den avsevärt mer detaljerade huvudredovisningen.

Det har emellertid konsekvent eftersträvats att under alla förhållanden och oberoende av de ovannämnda detaljavvikelserna få undersökningen att så fullständigt som möjligt omfatta alla förekommande kostnader och intäkter. Så har t. ex. subventionerade hyror uppräknats till marknadsmässig nivå, likaså ingår i kostnaderna folktandvårdens andel av de kostnader för centrala kanslier, förtroendemannaverksamhet m. m. vilka ej direkt kan hänföras till någon inrättning eller verksamhetsgren.

Med hänsyn till undersökningens primära syfte, att ge underlag för tandvårdsförsäkringsutredningens bedömningar, har i första hand bearbetning skett av uppgifterna avseende distriktstandvård, tandhälsovård och tandteknisk laboratorieverksamhet.

2.3 *Redovisning av resultaten*

Resultaten finns sammanställda i tre tabeller. Tabell 1 ger folktandvårdens totalkostnader, dvs. även för specialist- och specialtandvård. Distriktstandvårdens kostnader och intäkter finns redovisade per huvudmannaområde i tabell 2. Tabell 3 utgör endast en sammanfattning av uppgifterna i tabell 2.

En detaljerad kommentar till tabell 2 ges i följande avsnitt.

2.3.1 Distriktstandvård

2.3.1.1 Tjänstgöringstimmar för tandläkare

Uppgifterna om arbetstiden (kol. 1–3) har hämtats från årsrapporterna. I de fall tandläkare haft mera omfattande särskilda arbetsuppgifter av specifik administrativ karaktär har tiden härför ej redovisats. Här anges således "tid i behandlingsrummet" med därtill hörande olika slags spilltid samt tid för normalt administrativt arbete.

2.3.1.2 Kostnader

Personalkostnader, tandläkare

Med anledning av att olikheter föreligger mellan barntandvård och vuxentandvård ifråga om tandläkarlönerna sker en redovisning var för sig (kol. 4–6). Detta förhållande får dock ej tolkas som uttryck för en uppfattning i frågan huruvida dessa skillnader i timlönekostnader beror på reella kostnadsolikheter eller enbart är av löneteknisk natur.

Förekommande lönebikostnader ingår i redovisade belopp, likaså kostnader för personalförmåner (t. ex. tandläkarlån, stipendier). I ett fåtal fall av enstaka saknade uppgifter ang. lönebikostnader har kompletterings skett.

Lönebikostnaderna motsvarar ett påslag på direkta lönekostnader med 18–19 % för tandläkare och tandsköterskor m. fl. samt med något över 17 % för tandteknikerpersonal. Svenska landstingsförbundet har i budgetanvisningar för år 1970 rekommenderat att dessa kostnader upptages till 20 % av budgeterade löner. Skillnaderna kan förklaras av att en del av ifrågavarande kostnader endast skall debiteras på vissa delar av utgående löner. Med den lönestruktur, som 1970 förefanns inom folktandvården, bör detta förhållande medföra att folktandvårdens kostnader kommer under ett allmänt landstingsgenomsnitt.

Personalkostnader, tandsköterskor, tandhygienister m. fl.

I kol. 7 redovisas personalkostnaderna för tandsköterskor, tandhygienister, tandsköterske-elever och -praktikanter, kontorister och biträden. Beträffande lönebikostnaderna hänvisas till tidigare kommentar. Timkostnaderna är beräknade per tandläkartimme enl. kol. 3. Med undantag för några få beräkningar beträffande den tandtekniska labora-

torieverksamheten användes generellt i denna undersökning tandläkararbetstiden som utgångspunkt vid förekommande timkostnadsberäkningar.

Förbrukningsmaterial

Kostnadsslagen "läkemedel och sjukvårdsartiklar", "materiel för inventarieunderhåll", "förbrukningsinventarier" och "förbrukningsmateriel" har sammanförts under denna rubrik (kol. 8). Relativt stora variationer förekommer. Dessa beror sannolikt, som tidigare nämnts, till en del på varierande praxis vid kontering. Variationer i lagerhållning från år till år har sannolikt också bidragit till att öka spridningen. Någon analys av förekommande olikheter i huvudmännens redovisning har ej skett. De nämnda exemplen har i stället framkommit i samband med de olika kontroller som företagits.

I den mån intäkter redovisats för försäljning av tandborstar, amalgamrester o. d. har en mot dessa intäkter svarande justering skett av redovisade kostnader.

Avskrivningar

Angivna belopp (kol. 9), som avser inventarier, innefattar i några enstaka fall även inventarieräntor. Annars redovisas de sistnämnda kostnaderna under "övr. kostnader" (kol. 11).

Lokalkostnader

Redovisade belopp (kol. 10) betingas till absolut största delen av egentliga lokalhyror, vilka enligt meddelade anvisningar också skall innefatta kostnader för fastighetsskötsel, uppvärmning och andra i hyreskostnader normalt ingående poster. I den mån huvudmännen i stället redovisat fastighetsräntor och avskrivningar samt kostnader för fastighetsunderhåll, detta gäller främst för lokaler i egna fastigheter, ingår också sådana kostnader.

Övriga kostnader

Följande delposter ingår i här redovisade kostnader (kol. 11): Bränsle, el och vatten, administration och diverse, folktandvårdens administration plus andel av centrala administrationskostnader, inventarieunderhåll, inventarieräntor, tvätt, transporter, övr. främmande tjänster samt försäkringsavgifter. Folktandvårdens andel av sådana kostnader för centrala kanslier, förtroendemannaverksamhet m. m., som ej direkt kan hänföras till någon inrättning eller verksamhetsgren, har schablonmässigt beräknats till 2,5 % av folktandvårdens bruttodriftkostnader i övrigt.

För Stockholms stad har, med hänsyn till att folktandvården själv ombesörjer funktioner, som hos andra huvudmän är centralt placerade, använts en lägre procentsats (0,5 %) vid beräkningen av dessa kostnader. Distriktstandvårdens andel av administrationskostnaderna har beräknats med ledning av distriktstandvårdens andel av folktandvårdens totala kostnader.

2.3.2.1 Tandhälsovård

I kol. 13 redovisas kostnader för kollektiv tandhälsovård, dvs. fluorsköljningar, verksamhet vid barnavårdscentraler, upplysningsverksamhet i skolor samt undervisning av vissa nyckelkategorier. Dessa aktiviteter omfattar praktiskt taget uteslutande barntandvårdsområdet. Kostnaderna har därför i totalberäkningen påförts barntandvården kol. 29 och 31. Timkostnaderna har av samma anledning beräknats på redovisad barntandvårdstid.

Tre huvudmän (I, O, OG) har ej kunnat särskilja tandhälsovårdskostnaderna utan dessa ingår i redovisningen för distriktstandvården. Från Västernorrlands läns landsting har anmälts, att distriktstandläkarnas insatser i kollektiv tandhälsovård också kostnadsredovisats i distriktstandvården. Tandhälsovårdskostnaderna avser där således endast den särskilt organiserade verksamheten. Sannolikt gäller motsvarande även för några andra huvudmän. De totala kostnaderna för kollektiv tandhälsovård är därför högre än de

här särskilt redovisade. Detta förhållande har dock inte någon större betydelse för slutresultatet eftersom tandhälsovården i totalkalkylen ingår i barntandvården. Sådant tandhälsovårdsarbete, som ej särskilt rapporterats i denna undersökning, har nämligen med all sannolikhet i stället till absolut största delen angivits som barntandvårdsverksamhet inom distriktstandvården. Detta innebär att kostnaderna kommer att belasta barntandvården på samma sätt som om desamma först förts över till tandhälsovården och därefter i klump tillagts barntandvården.

Kostnader för individuell profylax i behandlingsrummet till olika patientkategorier i samband med behandling redovisas ej här. Denna profylaxtyp ingår i stället som en del av den egentliga vården.

2.3.3.1 Tandtekniska laboratorier

Redovisningen (kol. 14–17) är i möjligaste mån begränsad till distriktstandvårdens tandteknikerverksamhet. På grund av svårigheterna att få en fullständig fördelning ingår emellertid även kostnader för arbeten framställda i eget laboratorium avseende anstaltstandvård och sådan specialtandvård, som ej hänföres till centraltandpolikliniker eller tandregleringsvård. Detta förhållande torde dock endast mycket ringa påverka kostnadsläget för distriktstandvården.

2.3.4.1 Kostnader för vuxentandvård per tandläkartimme

"Kostnader i behandlingsrummet" (från kol. 12) har förutsatts vara samma i barn- och vuxentandvård. Så har också skett i tidigare kostnadsundersökningar. Beloppen i kol. 20 visar timkostnader vid sådant arbete där teknikermedverkan ej erfordras. Den totalkostnadskalkyl för tandtekniska arbeten som ligger till grund för uppgifterna i kol. 21 omfattar också viss verksamhet för barntandvården. Det har därför bedömts skäligt att låta 97 % av de aktuella kostnaderna belasta vuxentandvården och resten barntandvården. Det bör observeras, att i kol. 22 ej anges kostnader vid arbete där teknikermedverkan erfordras utan ett kostnadsgenomsnitt för vuxentandvård som sådan.

2.3.4.2 Intäkter i vuxentandvård

"Bidrag och ersättningar från staten" samt "bidrag och ersättningar från andra huvudmän" för organiserad barntandvård har hänförts till barntandvård – övriga intäkter under huvudrubriken "vårdavgifter" i regel till vuxentandvård. Vissa intäkter, som ej är vårdavgifter, utan betingas av att distriktstandvården förmedlat varor och tjänster har justerats mot respektive kostnader.

Intäkterna för vuxentandvården har redovisats fördelade på arbeten med resp. utan teknikermedverkan (kol. 23–25). Angivna belopp visar intäkterna före den taxereduktion som ges till ungdomspatienter, vilken uppgick till 1 540 577 kr. Det framgår att timintäkterna i de tre storstäderna ligger avsevärt under vad landstingen redovisar. Vid de diskussioner, som förts angående orsakerna härtill, har bl. a. följande faktorer ansetts vara av betydelse.

Tandläkarna i de nämnda städerna har arbetat med fast lön. De flesta landstingstandläkarna arbetar å andra sidan med prestationslön. De olikheter i produktion, som detta torde medföra, kan ha förstärkts genom en viss skiktning av tandläkarna med hänsyn till individuell inställning till de förefintliga olika ersättningssystemen.

Patientstrukturen skiljer sig sannolikt från landet i övrigt med större andel handikappade patienter samt patienter för vilka fordras speciella utredningar, vilket förlänger behandlingstiden. Dessutom måste beaktas, att tillgången på hjälpkrafter ligger under genomsnittet för landet.

2.3.5.1 Kostnader för barntandvård per tandläkartimme

Denna kalkyl (kol. 26–31) är likartad den för vuxentandvården. Som tidigare nämnts har kostnaderna för den kollektiva tandhälsovården odelat påförts barntandvården.

2.3.5.2 Intäkter i barntandvård

Intäktsvariationerna (se kol. 32) förstoras av att statsbidraget, som utbetalas per färdigbehandlat barn, är 16 kr till landstingen men endast var 8 kr till de dåvarande landstingsfria städerna Stockholm, Göteborg och Malmö. Landstingen kan dessutom debitera vederbörande primärkommuner 5 kr för varje behandlat barn. Denna avgift har uttagits av samtliga landsting utom Göteborgs och Bohus läns. Därifrån har meddelats, att man numera avstår från avgiften för att därigenom slippa det omfattande administrativa arbete, som avgiftsdebiteringen medför. I de nämnda landstingsfria städerna fick folktandvården år 1970 motsvarande intäktsbortfall genom att denna avgift ej heller debiterades internt i den egna kommunen.

Totalöversikt över folktandvårdens kostnader och intäkter år 1970.

	Kostnader					Intäkter			
	Kostn. inkl. centr. adm. kostnader[1]	Tekniker-kostnader	Antal tandl. timmar	Kostn. per tim. exkl. tekniker-kostn.	Kostn. per tim. inkl. tekniker-kostn.	Bidrag från staten	Vårdav-gifter	Övriga intäkter	Summa intäkter
Distriktstv. Barntv. inkl. tandhälsov.	186 049 047[2]	959 401[3]	1 854 274[4]	102:76[5]	103:29[5]	14 208 134	–	4 153 103	18 361 237
Vuxentv.	124 825 684[2]	31 020 628[3]	1 229 718	101:51	126:73	–	52 094 774	21 492	52 116 266[6]
Anstaltstv.	3 164 946	223 048[7]	32 254	98:13	105:04	16 752	741 440	10 000	768 192
Centraltandpol.	18 546 828	1 847 048	139 259	133:18	146:45	129 166	2 921 779[8]	157 777	3 208 722
Tandregle-ringsv.	22 955 275	4 029 110	205 204	111:87	131:50	–	1 275 273	58 970	1 334 243
Övrig special-tandv.	6 275 196	31 605[7]	51 565	121:69	122:31	–	655 752[9]	24 747	680 499
Summa	361 816 976	38 110 840	3 512 274[4]	104:32[5]	115:30[5]	14 354 052	57 689 018	4 426 089	76 469 159
därav distr. tv. inkl. tandhälsov.	310 874 731	31 980 029[3]	3 083 992[4]	102:25[5]	112:77[5]	14 208 134	52 094 774	4 174 595	70 477 503

[1] Exkl. vårdavgifter och bidrag 4 472 949 kr avseende distriktstv.

[2] Kostn. i behandlingsrummet (exkl. tandläkarlöner) är uppdelade på barn- resp. vuxentandvård efter antal tandläkartimmar.

[3] Avser huvudsakligen "distriktstv.". I beloppen ingår emellertid även kostn. för arbeten framställda i eget lab. avseende anstaltstandvård och övrig specialtandvård.

[4] Därav 43 787 tandläkartim. i tandhälsovård.

[5] Beräknat på antal tandläkartim. exkl. tim. i tandhälsovård.

[6] Vid bedömning av folktandvårdstaxans kostnadstäckningsgrad bör tilläggas 1 540 577 kr motsvarande intäktsbortfall p. g. a. taxereduktion. Med hänsyn härtill blir totalintäkten 53 656 843 kr.

[7] Avser endast kostn. för upphandlade teknikerarbeten (jfr not 3).

[8] Därav interndeb. avseende intagna pat. 731 363 kr.

[9] Därav interndeb. 99 540 kr.

Kostnader i behandlingsrummet

Huvudman	Tjänstgöringstimmar för tandläkare (tandläkartimmar)			Personalkostnader, tandläkare						Övr. personalkostnader Tandsköt. tandhygiennist, – m. fl.	
	Barntandvård (btv) 1	Vuxentandvård (vtv) 2	Summa (btv+vtv) 3	Barntandvård 4		Vuxentandvård 5		Summa 6		7	
				Tot.	Per tim. (btv)	Tot.	Per tim. (vtv)	Tot.	Per tim. (btv+vtv)	Tot.	Per tim. (btv+vtv)
B	153 991	109 666	263 657	6 998 261	45:45	4 946 598	45:11	11 944 859	45:30	6 838 433	25:94
C	44 383	36 366	80 749	1 923 833	43:55	1 513 037	41:61	3 436 870	42:55	2 477 539	30:68
D	49 553	36 643	86 196	2 070 528	41:78	1 613 317	44:03	3 683 845	42:74	2 348 429	27:25
E	68 152	43 415	111 567	3 038 615	44:59	2 222 916	51:20	5 261 531	47:16	2 731 883	24:49
F	75 455	42 242	117 697	3 366 895	44:62	2 007 772	47:53	5 374 667	45:67	3 110 640	26:43
G	33 968	27 383	61 351	1 418 985	41:77	1 500 781	54:81	2 919 766	47:59	1 702 500	27:75
Hn	19 788	15 420	35 208	911 736	46:08	748 940	48:57	1 660 676	47:17	1 080 646	30:69
Hs	31 830	25 980	57 810	1 344 810	42:25	1 292 846	49:76	2 637 656	45:63	1 804 842	31:22
I	16 626	11 413	28 039	746 517	44:90	494 847	43:36	1 241 364	44:27	942 286	33:61
K	29 649	23 262	52 911	1 237 535	41:74	1 025 205	44:07	2 262 740	42:77	1 282 043	24:23
L	57 949	44 010	101 959	2 577 147	44:47	2 065 365	46:93	4 642 512	45:53	2 233 387	21:99
M	109 852	73 640	183 492	4 550 649	41:43	3 210 642	43:60	7 761 291	42:30	4 786 264	26:08
N	54 270	29 549	83 819	2 439 241	44:95	1 404 117	47:52	3 843 358	45:85	2 633 055	31:41
O	64 016	39 087	103 103	2 561 192	40:01	1 771 577	45:33	4 332 769	42:02	2 821 360	27:36
P	83 632	55 443	139 075	3 521 142	42:10	2 557 923	46:14	6 079 065	43:71	4 248 423	30:55
R	55 270	31 660	86 930	2 313 445	41:86	1 475 265	46:60	3 788 710	43:58	2 567 732	38:36
S	67 588	45 624	113 212	2 461 243	36:42	1 840 599	40:34	4 301 842	38:00	2 702 309	23:87
T	61 426	28 714	90 140	2 821 998	45:94	1 270 663	44:25	4 092 661	45:40	3 219 288	35:71
U	34 309	22 346	56 655	1 447 266	42:18	1 221 521	54:66	2 668 787	43:97	2 063 324	36:42
W	50 715	40 546	91 261	2 096 479	41:34	2 012 673	49:64	4 109 152	45:03	2 602 845	28:52
X	54 779	44 989	99 768	2 226 289	40:64	2 324 445	51:67	4 550 734	45:61	3 141 929	31:49
Y	58 246	56 659	114 905	2 417 145	41:50	2 536 320	44:76	4 953 465	43:11	3 626 818	31:56
Z	32 540	23 915	56 455	1 415 509	43:50	1 114 414	46:60	2 529 923	44:81	1 329 174	23:54
AC	62 499	33 380	95 879	2 682 556	42:92	1 496 887	44:84	4 179 443	43:59	3 082 061	32:15
BD	69 726	78 440	148 166	3 145 273	45:11	4 396 136	56:04	7 541 409	50:90	6 887 749	46:49
Summa 1t	1 440 212	1 019 792	2 460 004	61 734 289	42:86	48 064 806	47:13	109 799 095	44:63	72 264 949	29:35
A	181 426	98 167	279 593	8 501 315	46:86	4 599 864	46:86	13 101 179	46:86	6 704 265	23:98
MA	82 715	34 630	117 345	4 054 258	49:01	1 471 374	42:49	5 525 632	47:09	2 965 281	25:27
OG	106 134	77 129	183 263	5 073 614	47:80	3 237 691	41:98	8 311 305	45:35	4 437 631	24:21
S:a komm.	370 275	209 926	580 201	17 629 187	47:61	9 308 929	44:34	26 938 116	46:43	14 107 177	24:31
S:a 1t + komm.	1 810 487	1 229 718	3 040 205	79 363 476	43:84	57 373 735	46:66	136 737 211	44:98	86 372 126	28:41
Variationsvidd					12:59		15:70		12:90		24:59

Kostnader i behandlingsrummet

Huvudman	Förbrukningsmaterial 8		Avskrivningar (inventarier) 9		Lokalkostnader 10		Övriga kostnader (inkl. distr. tandv: s andel av cent. adm. kostn.) 11		Summa kol. 7–11 (kostn. i behandl. rummet exkl. tandl. kostn.) 12	
	Tot.	Per tim. (btv+vtv)	Tot.	Per tim. (btv+vtv)	Tot.	Per tim. (btv+vtv)	Tot.	Per tim. (btv+vtv)	Tot.	Per tim. (btv+vtv)
B	1 546 358	5: 86	503 656	1: 91	1 935 015	7: 34	2 155 772	8: 18	12 979 234	49: 23
C	658 761	8: 16	151 000	1: 87	725 422	8: 98	832 075	10: 30	4 844 797	60: 00
D	513 259	5: 95	281 002	3: 26	784 491	9: 10	920 020	10: 67	4 847 201	56: 23
E	1 424 973	12: 77	302 400	2: 71	977 822	8: 76	957 589	8: 58	6 394 667	57: 32
F	1 233 577	10: 48	179 612	1: 59	1 046 987	8: 90	1 391 129	11: 82	6 961 945	59: 15
G	457 300	7: 45	89 700	1: 46	428 800	6: 99	585 100	9: 54	3 263 400	53: 19
Hn	411 850	11: 70	73 200	2: 08	169 174	4: 80	418 014	11: 87	2 152 884	61: 15
Hs	495 590	8: 52	210 742	3: 65	490 596	8: 49	515 461	8: 92	3 517 231	60: 84
I	314 676	11: 22	59 131	2: 11	143 000	5: 10	326 294	11: 64	1 785 387	63: 68
K	219 958	4: 16	107 712	2: 04	239 259	4: 52	312 364	5: 90	2 161 336	40: 85
L	749 271	7: 35	131 910	1: 29	439 300	4: 31	1 138 888	11: 12	4 687 756	45: 98
M	871 760	4: 75	254 520	1: 39	1 024 156	5: 58	1 744 087	9: 50	8 680 787	47: 31
N	541 803	6: 46	177 696	2: 12	397 918	4: 75	909 038	10: 85	4 659 510	55: 59
O	796 336	7: 72	338 950	3: 29	893 367	8: 66	980 763	9: 51	5 830 776	56: 55
P	1 342 351	9: 65	431 340	3: 10	1 162 945	8: 36	1 656 992	11: 91	8 842 051	63: 58
R	560 904	6: 45	145 800	1: 68	462 566	5: 32	727 599	8: 37	4 464 601	51: 36
S	847 294	8: 37	215 628	1: 90	1 082 926	9: 57	972 678	8: 50	5 820 835	51: 42
T	713 840	7: 92	398 101	4: 42	822 907	9: 13	775 516	8: 60	5 929 652	65: 78
U	424 339	7: 49	182 852	3: 23	550 932	9: 72	826 530	14: 59	4 047 977	71: 45
W	758 833	8: 31	180 500	1: 98	783 662	8: 59	1 028 308	11: 27	5 354 148	58: 67
X	979 103	9: 81	231 066	2: 32	650 009	6: 52	931 098	9: 33	5 933 205	59: 47
Y	1 412 067	12: 29	179 028	1: 56	654 384	5: 70	1 163 680	10: 13	7 035 977	61: 23
Z	425 825	7: 54	204 792	3: 63	319 878	5: 67	612 403	10: 85	2 892 072	51: 23
AC	709 202	7: 40	326 088	3: 40	638 512	6: 70	1 359 113	14: 18	6 114 976	63: 78
BD	1 496 300	10: 10	367 200	2: 48	1 447 401	9: 77	1 643 260	11: 09	11 841 910	79: 92
Summa 1t	19 905 530	8: 09	5 723 626	2: 33	18 271 429	7: 43	24 878 771	10: 11	141 044 305	57: 33
A	1 052 090	3: 76	166 409	0: 60	1 762 241	6: 30	3 184 257	11: 39	12 869 262	46: 03
MA	415 736	3: 54	73 225	0: 62	616 872	5: 26	913 046	7: 78	4 984 160	42: 47
OG	686 910	3: 75	309 506	1: 69	715 947	3: 91	1 500 301	8: 68	7 650 295	41: 74
S: a komm.	2 154 736	3: 71	549 140	0: 95	3 095 060	5: 33	5 597 604	9: 65	25 503 717	43: 96
S: a 1t + komm.	22 060 266	7: 26	6 272 766	2: 06	21 366 489	7: 03	30 476 375	10: 02	166 548 022	54: 78
Variationsvidd		9: 23		4: 36		5: 86		8: 69		39: 07

Distriktstandvård 1970

Huvudman	Tandhälsovård		Tandtekn. lab.				
	Tandhälsovård (kollektiv) 13		Tjänstgöringstim. för tandtekniker 14	Personalkostnader Tandtekn. 15		Övriga kostnader i laboratoriet 16	Kostnader för främmande tandtekniska arbeten 17
	Tot.	Per tim. (btv)	Tot.	Tot.	Per tim. (tandtekn.)	Tot.	Tot.
B	737 592	4: 79	55 491	991 245	17: 86	437 804	276 104
C	190 128	4: 28	16 351	331 948	20: 30	195 339	326 480
D	34 883	0: 70	18 086	309 850	17: 13	279 434	263 838
E	353 084	5: 18	40 205	757 981	18: 85	596 147	137 061
F	398 597	5: 28	25 228	465 974	18: 47	160 253	728 033
G	347 478	10: 23	15 315	292 297	19: 09	188 150	575 300
Hn	35 087	1: 77	15 828	287 372	18: 16	277 130	57 493
Hs	187 479	5: 89	22 956	432 662	18: 85	242 240	156 188
I	[1]		8 514	144 834	17: 01	163 977	59 932
K	73 974	2: 49	7 289	164 275	22: 54	90 732	51 569
L	322 220	5: 56	32 422	573 939	17: 70	321 875	111 207
M	535 432	4: 87	34 592	893 729	25: 84	652 616	101 188
N	232 951	4: 29	11 693	200 776	17: 70	85 983	196 084
O	[1]		5 760	108 940	18: 91	35 861	1 265 865
P	237 272	2: 84	26 899	556 178	20: 68	377 911	281 023
R	234 476	4: 24	16 100	359 869	22: 35	270 570	112 995
S	297 399	4: 40	44 380	745 823	16: 81	558 546	131 762
T	261 346	4: 25	7 348	186 283	25: 35	157 947	669 732
U	74 537	2: 17	14 324	408 594	28: 53	189 964	157 048
W	140 767	2: 78	45 643	740 701	16: 23	410 471	218 125
X	353 427	6: 45	42 621	854 825	20: 06	373 580	108 733
Y	239 054	4: 10	54 848	852 111	15: 54	1 008 943	36 188
Z	14 251	0: 44	23 177	396 496	17: 11	334 236	93 685
AC	360 479	5: 77	26 261	582 210	22: 17	667 144	404 611
BD	909 288	13: 04	66 034	1 213 312	18: 37	755 309	379 266
Summa 1t	6 571 201	4: 56	677 365	12 852 224	18: 97	8 832 162	6 899 510
A	599 426	3: 30	26 877	397 915	14: 81	195 913	901 049
MA	418 871	5: 06	16 900	212 735	12: 59	102 660	205 533
OG	[1]		48 600	704 692	14: 50	363 266	312 370
S: a komm.	1 018 297	2: 75	92 377	1 315 342	14: 24	661 839	1 418 952
S: a lt + komm.	7 589 498	4: 19	769 742	14 167 568	18: 41	9 494 001	8 318 462
Variationsvidd		12: 60			15: 74		

[1] Ingår i kol. 4–11

Distriktstandvård 1970

Kostnader för vuxentandvård per tandläkartimme

Huvudman	Tandläkarlöner m. m. (kol. 5)	Kostn. i beh. rummet (kol. 12)	Summa	97 % av kost f tandtekn. arb. (kol. 15–17)	Summa kostn. Vuxentandvård	Intäkter vuxentandvård: För åtgärder där tandtek. medverkat		För åtgärder där tandtekn. ej medverkat		Summa	
	18	19	20	21	22	23		24		25	
						Tot.	Per tim. (vtv)	Tot.	Per tim. (vtv)	Tot.	Per tim. (vtv)
B	45:11	49:23	94:34	15:08	109:42	1 354 610	12:35	2 305 355	21:02	3 659 965	33:37
C	41:61	60:00	101:61	22:76	124:37	584 618	16:07	992 722	27:28	1 577 340	43:35
D	44:03	56:23	100:26	22:58	122:84	602 711	16:45	921 695	25:15	1 524 406	41:60
E	51:20	57:32	108:52	33:32	141:84	1 054 376	24:29	1 530 139	35:24	2 584 515	59:53
F	47:53	59:15	106:68	31:10	137:78	1 076 212	25:48	1 111 113	26:30	2 187 325	51:78
G	54:81	53:19	108:00	37:40	145:40	534 100	19:50	742 238	27:11	1 276 388	46:61
Hn	48:57	61:15	109:72	39:13	148:85	340 096	22:06	541 213	35:10	881 309	57:15
Hs	49:76	60:84	110:60	31:03	141:63	495 123	19:06	899 526	34:62	1 394 649	53:68
I	43:36	63:68	107:04	31:34	138:38	190 436	16:69	269 662	23:63	460 098	40:31
K	44:07	40:85	84:92	12:78	97:70	330 392	14:20	518 726	22:30	849 118	36:50
L	46:93	45:98	92:91	22:20	115:11	805 867	18:31	1 261 374	28:66	2 067 241	46:97
M	43:60	47:31	90:91	21:70	112:61	1 022 805	13:89	1 958 435	26:59	2 981 240	40:48
N	47:52	55:59	103:11	15:85	118:96	377 953	12:79	827 517	28:00	1 205 470	40:80
O	45:33	56:55	101:88	35:01	136:89	707 629	18:10	1 009 201	25:82	1 716 830	43:92
P	46:14	63:58	109:72	21:26	130:98	1 054 368	19:02	1 758 506	31:72	2 812 874	50:73
R	46:60	51:36	97:96	22:77	120:73	601 937	19:01	913 348	28:85	1 515 285	47:86
S	40:34	51:42	91:76	30:54	122:30	873 150	19:14	1 318 291	28:89	2 191 441	48:03
T	44:25	65:78	110:03	34:25	144:28	369 563	12:87	931 351	32:44	1 300 914	45:31
U	54:66	71:45	126:11	32:80	158:91	476 383	21:32	709 325	31:74	1 185 708	53:06
W	49:64	58:67	108:31	32:75	141:06	1 217 605	30:03	1 437 321	35:45	2 654 926	65:48
X	51:67	59:47	111:14	28:83	139:97	1 022 924	22:74	1 513 215	33:64	2 536 139	56:37
Y	44:76	61:23	105:99	32:48	138:47	1 142 468	20:53	1 497 354	24:43	2 639 822	46:59
Z	46:60	51:23	97:83	33:44	131:27	468 760	19:60	701 690	29:34	1 170 450	48:94
AC	44:84	63:78	108:62	48:09	156:71	872 329	26:13	1 044 669	31:30	1 916 998	57:43
BD	56:04	79:92	135:96	29:04	165:00	1 613 431	20:57	2 422 732	30:89	4 036 163	51:46
Summa 1t	47:13	57:33	104:46	27:19	131:65	19 189 846	18:82	29 136 727	28:57	48 326 564	47:39
A	46:86	46:03	92:89	14:77	107:66	952 498	9:70	1 402 256	14:28	2 354 754	23:99
MA	42:49	42:47	84:96	14:59	99:55	314 587	9:08	472 132	13:63	786 719	22:72
OG	41:98	41:74	83:72	17:36	101:08	879 610	11:40	1 309 187	16:98	2 188 897	28:38
S:a komm.	44:34	43:96	88:30	15:69	103:99	2 146 695	10:22	3 183 675	15:17	5 330 370	25:39
S:a 1t+komm.	46:66	54:78	101:44	25:22	126:66	21 336 541	17:35	32 320 202	26:28		

Distriktstandvård 1970

Kostnader för barntandvård per tandläkartimme

Intäkter barntandvård

Huvudman	Tandläkarlöner m. m. (kol. 4) 26	Kostn. i beh.-rummet (kol. 12) 27	Summa 28	Kostn. för kollektiv tandhälsovård (kol. 13) 29	3 % av kostn. för tandtekn. arb. (kol. 15–17) 30	Summa kostn. barntandvård 31	32 Tot.	Per tim (btv)
B	45:45	49:23	94:68	4:79	0:33	99:80	1 688 342	10:96
C	43:55	60:00	103:55	4:28	0:58	108:41	658 828	14:84
D	41:78	56:23	98:01	0:70	0:52	99:23	777 267	15:69
E	44:59	57:32	101:91	5:18	0:66	107:75	1 048 539	15:39
F	44:62	59:15	103:77	5:28	0:54	109:59	796 682	10:56
G	41:77	53:19	94:96	10:23	0:93	106:14	371 400	10:93
Hn	46:08	61:15	107:23	1:77	0:94	109:94	216 201	10:93
Hs	42:25	60:84	103:09	5:89	0:78	109:76	495 485	15:57
I	44:90	63:68	108:58	[1]	0:67	109:25	171 152	10:29
K	41:74	40:85	82:59	2:49	0:31	85:39	326 122	11:00
L	44:47	45:98	90:45	5:56	0:52	96:53	752 940	12:99
M	41:43	47:31	88:74	4:87	0:45	94:06	1 147 847	10:45
N	44:95	55:59	100:54	4:29	0:27	105:10	563 847	10:39
O	40:01	56:55	96:56	[1]	0:66	97:22	562 588	8:79
P	42:10	63:58	105:68	2:84	0:44	108:96	935 435	11:19
R	41:86	51:36	93:22	4:24	0:40	97:86	544 109	9:84
S	36:42	51:42	87:84	4:40	0:64	92:88	662 755	9:81
T	45:94	65:78	111:72	4:25	0:50	116:47	676 733	11:02
U	42:18	71:45	113:63	2:17	0:66	116:46	573 700	16:72
W	41:34	58:67	100:01	2:78	0:81	103:60	680 094	13:41
X	40:64	59:47	100:11	6:45	0:73	107:29	867 116	15:83
Y	41:50	61:23	102:73	4:10	0:98	107:81	753 474	12:94
Z	43:50	51:23	94:73	0:44	0:76	95:93	345 311	10:61
AC	42:92	63:78	106:70	5:77	0:79	113:26	574 892	9:20
BD	45:11	79:92	125:03	13:04	1:01	139:08	982 857	14:10
Summa 1t	42:86	57:33	100:19	4:56	0:59	105:34	17 173 316	11:92
A	46:86	46:03	92:89	3:30	0:25	96:44	582 830	3:21
MA	49:01	42:47	91:48	5:06	0:19	96:73	237 067	2:87
OG	47:80	41:74	89:54	[1]	0:39	89:93	368 024	3:47
S:a komm.	47:61	43:96	91:57	2:75	0:28	94:60	1 187 921	3:21
S:a 1t+komm.	43:84	54:78	98:62	4:19	0:53	103:34	18 361 237	10:14
Variationsvidd	12:59	39:07	42:44	12:60	0:82	53:69		13:85

[1] Ingår i kol. 4–11

Tabell 3 Folktandvårdens kostnader per tandläkartimme och kostnadsslag 1970.

	Barntandvård			Vuxentandvård		
	Landsting	Kommuner	S:a	Landsting	Kommuner	S:a
Personalkostnader						
Tandläkare	42:86	47:61	43:84	47:13	44:34	46:66
Övr. personal	29:35	24:31	28:41	29:35	24:31	28:41
Förbrukningsmaterial	8:09	3:71	7:26	8:09	3:71	7:26
Avskrivningar (inventarier)	2:33	0:95	2:06	2:33	0:95	2:06
Lokalkostnader	7:43	5:33	7:03	7:43	5:33	7:03
Övriga kostnader	10:11	9:65	10:02	10:11	9:65	10:02
Tandhälsovård	4:56	2:75	4:19	–	–	–
Summa kostnader exkl. kostnader för tandtekniska arb.	104:75	94:32	102:81	104:46	88:30	101:44
Kostnader för tandtekniska arbeten	0:59	0:28	0:53	27:19	15:69	25:22
Summa kostnader	105:34	94:60	103:34	131:65	103:99	126:66

Bilaga 3 Omkostnader m m i privatpraktik

Innehåll

3.1 Omkostnadernas fördelning 1968 308
3.1.1 Undersökningens syfte . . 308
3.2 Undersökningens genomförande . 308
3.2.1 Undersökningens omfattning 308
3.3 Undersökningens resultat 309
3.3.1 Regionala variationer . . . 309
3.3.2 Uppdelning av materialet efter födelseår 309
3.3.3 Årsarbetstid i relation till vissa variabler 309
3.3.4 Inarbetat brutto i relation till övriga kostnadsvariabler 309
3.3.5 Inarbetat brutto och arvodessättning 310
3.4 Uppräkning av omkostnadsundersökning till 1970 års nivå 313
3.4.1 Utgångspunkt 313
3.4.2 Personalkostnader 314
3.4.3 Hyra 314
3.4.4 Tandtekniska laboratoriekostnader 314
3.4.5 Övriga kostnader 314
3.4.6 Förbrukningsmaterial . . . 314
3.4.7 Värdeminskningsavdrag . . 314
3.4.8 Avskrivna patientfordringar 314
3.4.9 Rörelsens netto 314
3.4.10 Egna pensioneringskostnader 315
3.4.11 Egna sjukförsäkringskostnader 315
3.4.12 Tandläkarens lön 315
3.4.13 Sammanfattning 315

Omkostnader m m i privatpraktik

Omkostnadernas fördelning 1968 jämte uppräkning till 1970 års nivå

3.1 *Omkostnadernas fördelning 1968*

Sveriges Tandläkarförbund utförde under december 1969 – februari 1970 en undersökning beträffande privatpraktikernas inarbetade brutto, kostnader, arvode, arbetsförhållanden m. m. avseende verksamhetsåret 1968. Undersökningen kom till stånd i första hand för att få fram resultat som kunde användas av enskilda tandläkare vid deras företagsekonomiska beräkningar. Det färdigbearbetade utredningsmaterialet ställde tandläkarförbundet till förfogande för 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring.

3.1.1 Undersökningens syfte

Avsikten var att få fram en bild av inkomst- och omkostnadsläget för privatpraktiker samt att kunna relatera omkostnadssituationen till vissa variabler som årsarbetstid, inarbetat brutto, rörelsens netto, region samt tandläkarens födelseår. Undersökningen avsåg även att ge viss upplysning om patientbeläggning, kursverksamhet, arvodesnivå m. m.

Undersökningen avsåg förhållandena under verksamhetsåret 1968.

3.2 *Undersökningens genomförande*

Undersökningen genomfördes som en stickprovsundersökning. Ett enkätformulär utsändes, vilket innehöll frågor om arbetstid, tid för administration, tid för genomgångna kurser, sjukfrånvaro samt den assisterande personalens storlek. Beträffande inarbetat brutto frågades efter det under 1968 totala inarbetade bruttot från praktiken dvs. under året influtna patientarvoden ökade eller minskade med skillnaden mellan utgående och ingående fordringar, lager eller skulder. Praktikomkostnaderna skulle tas direkt ifrån självdeklarationens rörelsebilaga. Rörelsens netto hämtades på samma sätt från deklarationsuppgifterna för år 1968. Slutligen fanns i enkätformuläret frågor om tillämpade arvoden för fem olika behandlingsåtgärder samt det timarvode som användes. Det inkomna materialet listades via hålkortsbearbetning men bearbetades sedan manuellt.

3.2.1 Undersökningens omfattning

Ett systematiskt urval gjordes, vilket omfattade ca 25 % av samtliga privatpraktiserande tandläkare som tillhör tandläkarförbundet. Totalt kom 1 128 frågeformulär att utsändas. Av de tillfrågade tandläkarna visade sig 104 ej tillhöra populationen dvs. de var antingen tjänstetandläkare, lärare eller ej yrkesverksamma. Bortfall etc. fördelar sig efter följande sammanställning. Vissa inkomna svar kunde ej bearbetas p. g. a. ofullständiga uppgifter.

	Antal	%
Inkomna svar, bearbetade	703	69
Inkomna svar, ej bearbetade	70	7
Sporadiskt arbetande tandläkare	81	8
Ej besvarade	170	16
	1 024	100

De 703 bearbetade svarsformulären ligger till grund för de tabellsammanställningar som här redovisas. En genomgång av bortfallet visar en något ojämn fördelning vad avser födelseår. Snedfördelningen är dock inte så stor att den i någon större utsträckning kan påverka det totala genomsnittet.

Svarsprocenten för olika regioner varierar däremot märkbart. Signifikanta skillnader mellan regionerna föreligger vad avser andelen besvarade formulär. Stockholm och Malmö ligger under genomsnittet i svarsprocent. Detta får effekt på vissa genomsnittsvärden t. ex. inarbetat brutto. Detta värde ligger under genomsnittet för Stockholm och Malmö vilket medför att det totala genomsnittet blir något för lågt.

3.3 *Undersökningens resultat*

De erhållna resultaten har grupperats efter ett antal variabler som region, tandläkarens födelseår, årsarbetstid och inarbetat brutto.

3.3.1 Regionala variationer

Tabell 3.1 ger en uppfattning om de regionala variationerna för de olika kostnads- och intäktsvariablerna. De angivna värdena utgör ett totalt genomsnitt för varje region. Som framgår av tabellen föreligger stora variationer beträffande årsarbetstiden mellan länen eller grupper av län. Variation föreligger även beträffande inarbetat brutto och olika kostnader. En viss samstämmighet mellan de olika variablerna torde kunna utläsas ur tabellen. De påvisade regionala variationerna bör finnas med vid bedömningen av tabeller som visar totala genomsnittet för hela landet.

I enkätformuläret fanns även en fråga med om bristande patientbeläggning. I tabell 3.1 finns en redovisning av svaren uttryckt som genomsnittligt antal timmar per vecka under vilka man ej kunde erhålla patient. En viss regional variation föreligger även här.

3.3.2 Uppdelning av materialet efter födelseår

Variationer i fråga om intäkter, omkostnader och pensioneringskostnader i förhållande till olika åldersklasser hos tandläkarna har även studerats. Relativt stora skillnader föreligger och ett visst samband synes föreligga. Samtliga variabler uppvisar högre värden för de yngre tandläkarna utom pensionskostnaderna.

3.3.3 Årsarbetstid i relation till vissa variabler

Antalet arbetstimmar bör givetvis spela en avgörande roll vid bedömningen av inkomst- och omkostnadsförhållandena. I tabell 3.2 har det inarbetade bruttot ställts i relation till årsarbetstiden. En jämförelse mellan genomsnittligt inarbetat brutto uppdelat på olika årsarbetstider med motsvarande medianvärde visar att de förra siffrorna överstiger de senare. Det genomsnittliga inarbetade bruttot per timme synes ligga högst vid 1 400–1 600 timmar.

Omkostnadsposternas genomsnittliga värden stiger i stort med årsarbetstiden vad avser personalkostnader och tandtekniker-kostnader vilket framgår av tabell 3.3. Övriga omkostnadsposter är naturligtvis inte så hårt korrelerade. Av tabell 3.4 framgår hur rörelsens netto är korrelerat till årsarbetstiden.

3.3.4 Inarbetat brutto i relation till övriga kostnadsvariabler

Tabell 3.5 ger genomsnittliga resp. medianvärden för praktikens netto till bruttoinkomsten. Den ger dessutom relationen mellan inarbetat brutto och totala omkostnaden eftersom omkostnaden plus nettot är lika

med det inarbetade bruttot. För tandläkare med anställd assistent har inarbetat brutto reducerats med assistentens lön och socialavgifter. Vidare har omkostnaderna proportionellt reducerats till praktikens omkostnader. Nettot synes genomgående år 1968 vara omkring 50 % av bruttoinkomsten. För att mera i detalj se hur olika slag av omkostnader relateras till bruttot har medelvärden för de olika bruttoklasserna framräknats absolut sett och i procent av bruttot (tabell 3.6 och 3.7). Stora variationer förekommer för alla omkostnadsposterna. Detta är heller kanske inte att förvåna sig över då den undersökta populationen ger en bild av de genomsnittliga förhållandena för privatpraktikern 1968 med normallön, begynnelse- och slutlön, praktikbyten osv. medräknade.

Inarbetat brutto visar variationer från 13 000 till 325 000 kr med 70 % mellan 100–200 000. Rörelsens netto varierar från 0–180 000 med drygt 99 % under 140 000 och 84 % mellan 30–110 000.

3.3.5 Inarbetat brutto och arvodessättning

Bland enkätfrågorna fanns även med några som avsåg arvodessättningen. Man efterfrågade endast arvoden avseende fem behandlingsåtgärder jämte tillämpat timarvode. Medeltal, medianvärden, variationsvidd samt de gränser som en viss procent av arvodena ligger emellan framgår av tabell 3.8. Medianvärdena för de olika arvodena har i tabell 3.9 satts i relation till inarbetat brutto. Som framgår av tabellen föreligger det ett mycket lågt samband mellan storleken på ett arvode och inarbetat brutto. Något direkt samband kan ej heller påvisas mellan arvoden och netto per timme (se tabell 3.10).

Tabell 3.1 Omkostnader och intäkter 1968 med regional uppdelning av materialet

Län	Antal	Årsarbets-tid, timmar	Bristande patient-timmar	Inarbetat brutto kr	Personal-kostnader kr	Hyra kr	Tandtekniker-kostnader kr
A–B	186	1 396	0,8	129 058	21 835	6 944	19 061
C–E	76	1 483	0,6	131 620	20 678	5 881	15 861
F–L	77	1 633	0,2	151 523	23 870	6 602	21 576
M	73	1 443	1,0	122 601	21 591	5 296	15 341
N–R	134	1 632	0,8	159 545	23 206	6 921	20 696
S–U	72	1 597	0,7	145 045	22 183	6 761	20 373
W–Z, AC, BD	85	1 675	0,6	147 637	24 983	7 366	20 069

Län	Antal	Övriga kostnader kr	Förbruk-ningsmaterial kr	Värde-minskning kr	Rörelsens netto kr	Egna pensions-kostnader kr	Egna sjuk-försäkrings-kostnader kr
A–B	186	6 861	7 925	4 966	63 027	5 960	1 650
C–E	76	7 093	8 497	4 933	68 577	6 750	1 566
F–L	77	7 890	10 220	5 624	79 040	9 127	1 601
M	73	8 539	8 147	4 353	61 540	5 795	1 433
N–R	134	8 392	9 886	5 990	75 944	8 089	1 844
S–U	72	8 023	10 002	5 554	73 216	7 410	1 617
W–Z, AC, BD	85	8 086	10 537	5 698	71 460	8 013	1 735

Tabell 3.2 Årsarbetstiden i relation till genomsnittligt inarbetat brutto 1968

Årsarbetstid timmar	Genomsn. inarb. brutto i kr	Genomsn. inarb. brutto/tim.	Median-värden för inarb. brutto
0–999	71 666	68,14	78 000
1 000–1 099	91 026	85,71	92 000
1 100–1 199	104 895	91,45	103 000
1 200–1 299	117 306	94,00	106 200
1 300–1 399	122 717	91,17	119 500
1 400–1 499	142 180	98,19	138 100
1 500–1 599	149 714	96,47	145 000
1 600–1 699	152 405	92,59	152 000
1 700–1 799	151 716	87,04	153 900
1 800–1 899	158 984	86,12	158 300
1 900–1 999	179 443	92,45	176 000
2 000–	172 078	79,14	167 700

Tabell 3.3 Årsarbetstid och genomsnittliga omkostnader 1968

Årsarb.tid timmar	Personal-kost. kr	Hyra kr	Tandtekn.kostn. kr	Övr.kostn. kr	Förbr.mat. kr	Värdeminskn. avdrag kr
0– 999	13 914	4 388	12 039	5 336	5 896	3 753
1 000–1 099	14 866	6 106	14 142	6 061	6 483	2 799
1 100–1 199	18 817	5 719	14 257	5 899	6 967	5 774
1 200–1 299	17 955	6 157	18 206	5 670	7 091	3 403
1 300–1 399	16 882	4 455	15 020	6 002	6 278	4 072
1 400–1 499	21 788	5 775	20 765	6 581	7 197	4 987
1 500–1 599	22 034	6 436	20 904	8 914	9 311	5 750
1 600–1 699	23 141	7 435	21 610	8 505	9 215	6 712
1 700–1 799	23 436	7 439	20 864	7 918	9 800	6 302
1 800–1 899	23 543	7 135	21 850	8 295	10 918	7 473
1 900–1 999	25 970	7 473	24 339	10 108	13 013	8 415
2 000–	24 668	6 206	21 942	8 591	12 215	8 976

Tabell 3.4 Årsarbetstid och rörelsens netto 1968

Årsarb.tid timmar	Genomsn. netto	Genomsn. netto/tim	Medianvärden för nettot
0– 999	33 033	44,47	37 500
1 000–1 099	40 700	38,32	42 500
1 100–1 199	48 913	42,64	48 300
1 200–1 299	59 799	47,92	55 500
1 300–1 399	66 325	49,28	66 400
1 400–1 499	72 350	49,97	71 500
1 500–1 599	76 130	49,05	70 000
1 600–1 699	77 615	47,15	76 500
1 700–1 799	76 264	43,75	76 250
1 800–1 899	78 899	42,74	81 000
1 900–1 999	90 143	46,44	85 000
2 000–	87 503	40,11	80 000

Tabell 3.5 Inarbetat brutto och rörelsens netto 1968

Brutto i 1 000-tal kr	Antal	Genomsnittl. netto	Standardavvikelse	Nettomedian
– 49	27	13 148	7 360	13 350
50– 99	108	39 350	12 475	40 000
100–109	54	55 555	12 650	55 000
110–119	57	55 175	15 175	56 500
120–129	54	60 925	14 730	62 000
130–139	57	67 807	13 330	67 000
140–149	62	71 451	16 900	73 000
150–159	59	82 457	15 040	80 000
160–169	50	86 800	15 870	85 500
170–179	41	84 756	15 080	87 000
180–189	41	92 317	18 580	93 000
190–199	22	103 181	17 080	101 000
200–249	59	109 067	22 060	111 500
250–	12	115 000	37 600	115 000

Tabell 3.6 Inarbetat brutto och genomsnittliga omkostnader i kr 1968

Brutto i 1000-tal kr	Antal	Pers. kostn. P	Hyra H	Tandtekn. kostn. T	Övr. omkostn. Ö	Förbr. material F	Värdeminskn. V	Avskr. pat. fordr. A
0– 49	9	8 669	3 458	6 170	4 644	3 974	2 624	102
50– 99	90	14 351	4 617	11 123	4 772	5 589	2 481	321
100–109	43	17 325	4 916	12 450	5 715	6 404	3 246	279
110–119	49	17 344	6 437	16 022	6 957	7 744	3 897	389
120–129	44	18 761	5 932	17 901	6 193	7 678	4 972	237
130–139	51	22 711	6 147	19 193	7 535	7 926	5 173	194
140–149	52	22 200	8 096	19 346	9 108	9 539	5 049	725
150–159	49	22 958	6 227	20 063	7 085	8 048	5 551	151
160–169	46	23 537	7 261	21 783	7 740	10 494	6 834	488
170–179	35	25 885	9 604	23 348	9 486	11 169	10 357	498
180–189	36	26 732	8 733	23 935	11 914	10 820	8 993	341
190–199	17	24 961	9 075	28 647	8 260	11 775	8 234	139
200–249	53	30 769	7 740	31 281	10 542	13 799	9 760	774
250–	12	37 477	10 544	45 975	11 378	22 433	11 575	1 104

Tabell 3.7 Genomsnittliga omkostnader och netto i % av brutto för bruttoklasser kr 1968. (Betr. förkortningarna se tab. 3.6. N = netto per timme.)

Brutto 1000-tal kr	Antal	P	H	T	Ö	F	V	A	N	Summa omk.
0– 49	9	20,3	8,1	14,4	10,9	9,3	6,1	0,2	30,7	69,3
50– 99	90	17,4	5,6	13,5	5,8	6,8	3,0	0,4	47,6	53,4
100–109	43	16,4	4,6	11,8	5,4	6,0	3,1	0,3	52,5	47,5
110–119	49	15,2	5,6	14,1	6,1	6,8	3,4	0,3	48,4	51,6
120–129	44	15,2	4,8	14,5	5,0	6,2	4,0	0,2	49,4	50,6
130–139	51	16,6	4,5	14,0	5,5	5,8	3,8	0,1	49,6	50,4
140–149	52	15,3	5,6	13,3	6,3	6,6	3,5	0,5	49,1	50,9
150–159	49	15,1	4,1	13,0	4,6	5,3	3,6	0,1	54,1	45,9
160–169	46	14,3	4,4	13,2	4,7	6,4	4,1	0,3	52,6	47,4
170–179	35	14,8	5,5	13,3	5,4	6,4	5,9	0,3	48,4	51,6
180–189	36	14,5	4,8	13,0	6,5	5,9	4,9	0,2	50,2	49,8
190–199	17	12,8	4,7	14,7	4,3	6,1	4,2	0,1	53,1	46,9
200–249	53	14,4	3,6	14,6	4,9	6,5	4,6	0,4	51,0	49,0
250–	12	14,7	4,1	18,0	4,5	8,8	4,5	0,4	45,0	55,0
M 142.357		15,2	4,7	13,8	5,4	5,9	4,1	0,3	50,1	49,9

Tabell 3.8 Arvoden i kr 1968

	Medelvärde	Median	Variation	Fördelning
Hel överkäksprotes	558	485	200–1 500	94 % mellan 300–1 000
Amalgam	40	40	15– 75	96 % mellan 30– 50
Silikat	38	40	20– 65	98 % mellan 25– 50
Extraktion	31	30	10– 65	92 % mellan 20– 40
Guldkrona	385	390	275– 600	96 % mellan 300– 500
Timarvode	103	100	50– 160	87 % mellan 80– 120

Tabell 3.9 Brutto per timme och medianvärden för arvoden i kr 1968

Brutto per timme i kr	Antal	Hel ök	Amal-gam	Sili-kat	Extrak-tion	Guld-krona	Tim-arvode
0– 49	26	465	35	35	30	370	100
50– 59	41	445	40	40	30	395	100
60– 69	60	475	40	40	30	395	100
70– 79	117	465	40	40	30	385	100
80– 89	128	470	40	40	30	385	105
90– 99	104	515	40	40	30	375	105
100–109	82	490	40	40	30	400	110
110–119	53	500	40	40	30	390	110
120–129	33	505	40	40	30	400	120
130–139	23	500	45	40	30	410	120
140–149	15	650	40	40	35	390	120
150–	21	550	45	40	35	420	120
Totalt	703	485	40	40	30	390	100

Tabell 3.10 Netto per timme och medianvärden för arvoden i kr 1968

Netto per timme i kr	Antal	Hel ök	Amal-gam	Sili-kat	Extrak-tion	Guld-krona	Tim-arvode
0– 9	6						
10–19	25	465	35	35	30	350	100
20–29	78	460	40	40	30	390	100
30–39	154	490	40	40	30	390	105
40–49	192	480	40	40	30	385	105
50–59	135	500	40	40	30	400	110
60–69	57	485	40	40	30	395	115
70–79	37	475	40	40	30	410	120
80–	19	510	45	40	35	415	120
Totalt	703	485	40	40	30	390	105

3.4 *Uppräkning av omkostnadsundersökningen till 1970 års nivå*

Den undersökning som ovan redogjorts för avsåg omkostnadernas fördelning 1968. För utredningen var detta en nackdel eftersom annat utredningsmaterial daterar sig till 1970. Ett försök har därför gjorts att räkna upp materialet till 1970 års kostnadsnivå. Avsikten var därvid att materialet skulle kunna presenteras på ett sådant sätt att en jämförelse med folktandvårdens kostnader 1970 möjliggjordes.

3.4.1 Utgångspunkt

Följande fördelning av inarbetat brutto 1968 har framräknats för alla uttagna tandläkare.

	Personalkostnader	Hyra	Teknikerkostnader	"Övriga kostnader"	
Medelvärde	21 672	6 559	18 290	7 840	
%	15,6	4,7	13,2	5,7	
	Förbrukningsmaterial	Värdeminskning	Avskrivna patientfordringar	Netto	Brutto
Medelvärde	8 998	3 719	367	69 608	138 690
%	6,5	2,7	0,3	50,2	

3.4.2 Personalkostnader

Av personalkostnaderna beräknas 19 826 utgöra lön och 1 846 sociala avgifter. Enligt avtalet ökade lönekostnaderna med 17 % under perioden 1968–1970. 17 % av 19 826 ger en lön på 23 196 kr 1970. Sociala avgifter har beräknats till 2 439, vilket ger en total personalkostnad på 25 635 kr 1970 eller en ökning med 18,3 %.

3.4.3 Hyra

Genomsnitt 6 559 eller 4,7 % av bruttot 1968. Bostadsdelen i konsumentprisindex ökade från 232 till 278 eller 19,8 % vilket ger 7 858 kr 1970.

3.4.4 Tandtekniska laboratoriekostnader

Genomsnitt 18 290 eller 13,2 % av bruttot 1968. Enligt uppgifter från Sveriges Tandteknikers Riksförbund steg priserna med 7,3 %. Man kan dock registrera att vissa förändringar i debiteringssättet skett, och det är svårt att beräkna exakt hur dessa slår i priserna. En övergång till andra material och andra typer av arbeten har givetvis också skett.

För att få en uppfattning om hur förändringarna påverkat priserna för liknande produkter gjordes en informell utredning av priserna 1968 och 1970 för ett antal arbeten hos några tandläkare. Av den utredningen framgår klart att prisökningen varit mer än de registrerade 7,3 %.

Det är omöjligt att göra en riktig uppskattning av utvecklingen, men den borde vara någonstans mellan 10 och 15 % för likartade produkter, vilket innebär en ökning mellan 1 829 och 2 744 kr eller totalt 20 119 och 21 034 kr 1970. Vid beräkningar av kostnad per timme har den högre siffran använts.

3.4.5 Övriga kostnader

Genomsnitt 7 840 kr eller 5,7 % av bruttot 1968. Denna post innehåller en mängd olika saker, som är svåra att urskilja och bestämma prisutveckling för. Resultatet torde dock inte skilja sig mycket från den allmänna prisutvecklingen, varför totalindex i konsumentprisindex används. Totalindex har ökat från 215 till 236 eller 11,0 % 1968–1970, vilket innebär att posten ökat till 8 600 kr 1970.

3.4.6 Förbrukningsmaterial

Genomsnitt 8 998 eller 6,5 % av bruttot 1968. Det har skett en övergång till engångsartiklar och nya material, varför ingen jämförelse kan göras med något existerande index eller genom att se på utvecklingen på enstaka material. En utredning baserad på fördelning i en praktik och försäljningssiffror hos dentalbolag visade att utvecklingen för dessa produkter kan uppskattas till 25 %, vilket innebär 11 248 kr 1970.

3.4.7 Värdeminskningsavdrag

Genomsnitt 3 719 eller 2,7 % av bruttot 1968. Totalindex 11,0 % ger 4 128 kr 1970.

3.4.8 Avskrivna patientfordringar

Genomsnitt 367 eller 0,3 % av bruttot 1968. Totalindex 11,0 % ger 407 kr 1970.

3.4.9 Rörelsens netto

Inarbetat brutto minskat med direkta praktikkostnader skall vara rörelsens netto. Detta är ett riktmärke men stämmer ej på kronan när beroende på att inneliggande lager, fordringar och skulder inte korrigerats till fullo i grunduppgifterna. Rörelsens netto var genomsnittligt 69 608 kr eller totalt 65 640 894 för 943 tandläkare, innebärande 50,2 % av inarbetat brutto. Diskrepansen mellan brutto, netto och kostnader blir 1,1 %. Dessa 1,1 % har tillförts tandläkarens lön.

3.4.10 Egna pensioneringskostnader

Genomsnitt 7 178 kr eller 5,2 % av bruttot 1968. Pensionspristalet har ökat från 174 (juli 1968) till 190 (juli 1970) eller 9,2 % innebärande 7 838 kr 1970.

3.4.11 Egna sjukförsäkringskostnader

Genomsnitt 1 652 kr eller 1,2 % av bruttot 1968. Basbeloppet har stigit från 5 800 (juli 1968) till 6 300 (juli 1970) eller med 8,6 %, innebärande 1 794 kr 1970.

3.4.12 Tandläkarens lön

Genomsnitt netto minus avgifter för pension och sjukdom (71 245 – 7 178 – 1 652 = 62 415 kr).

En uppräkning går inte att göra, men man kan göra en jämförelse med t. ex. vad en 1:e distriktstandläkare fått i påslag under motsvarande period. Någon ökning av tantieminkomsten har ej skett varken totalt för blandtandläkare eller för denna typ av tandläkare, varför endast generellt tillägg på lönegradslönen bidragit till en höjning på 3 % eller till 64 287 kr 1970.

En privattandläkare kan givetvis ha tagit ut en större löneökning. Som en annan kalkyl kan man anta att tandläkaren låtit sin lön öka i takt med löneutvecklingen på den allmänna arbetsmarknaden vilket i stort sett motsvarar tandläkarens genomsnittliga omkostnadsstegring. Man får då göra en uppräkning med 16,4 % dvs. den procentuella ökning som övriga omkostnadsposter genomsnittligt räknats upp med. Lönen 62 415 kr 1968 stiger då till 72 651 kr 1970.

3.4.13 Sammanfattning

I tabell 3.11 har de uppräknade omkostnaderna jämte praktikens netto sammanförts. Uppgifter finns medtagna dels för samtliga i undersökningen ingående tandläkare, dels för den grupp som hade en årsarbetstid på 1 400–1 799 timmar. Inom denna grupp ryms de tandläkare som har en normal årsarbetstid. Tandläkare som arbetar deltid eller har en extremt lång årsarbetstid är således exkluderade.

I tabellen har bägge antagandena om tandläkarens löneutveckling medtagits. Uppräkning I avser uppräkningen med 3 % och uppräkning II den med 16,4 %.

Tabell 3.11 Omkostnader och netto per timme uppräknat till 1970 års nivå för hela undersökningsgruppen och för de tandläkare som arbetar 1 400–1 799 timmar per år. Uppräkning I avser uppräkning av tandläkarens lön med 3 %, uppräkning II med 16,4 %.

	Hela undersökningsgruppen		Tandläkare med årsarbetstid 1 400–1 799	
	Uppräkning I	Uppräkning II	Uppräkning I	Uppräkning II
	kr	kr	kr	kr
Personalkostnader	16,75	16,75	16,82	16,82
Hyra	5,14	5,14	5,16	5,16
Förbrukningsmaterial	7,36	7,36	6,98	6,98
Värdeminskning	2,70	2,70	3,65	3,65
Avskrivna patientfordringar	0,27	0,27	0,30	0,30
Övriga kostnader	5,62	5,62	5,65	5,65
Summa direkta praktikkostnader	37,85	37,85	38,55	38,55
Tandläkarnas:				
pensionsavgifter	5,13	5,13	5,32	5,32
sjukförsäkringsavgifter	1,17	1,17	1,20	1,20
lön	42,05	47,52	42,34	47,83
Summa personalkostnader tandläkarna	48,35	53,82	48,86	54,35
Summa kostnader exkl. tekniker	86,20	91,67	87,41	92,90
Teknikerkostnader	13,76	13,76	14,83	14,83
Summa kostnader	99,96	105,43	102,24	107,73

Bilaga 4 Arvodesenkät

Innehåll

4.1 Undersökningens bakgrund och syfte 317
4.1.1 Inledning 317
4.1.2 Rapportens innehåll . . . 317
4.1.3 Undersökningens syfte . . 317
4.2 Undersökningspopulation, urvalsram och urval 317
4.3 Undersökningsvariabler och bakgrundsvariabler 318
4.3.1 Undersökningsvariabler . . 318
4.3.2 Bakgrundsvariabler 318
4.4 Insamling och granskning av data 318
4.4.1 Mätmetod 318
4.4.2 Utsändning av blanketter . 319
4.4.3 Granskning 319
4.4.4 Bearbetning 319
4.5 Allmän analys av erhållna svar . . 319
4.5.1 Analysens uppläggning . . 319
4.5.2 Sammanställning av uppgifter 320
4.5.3 Kommentarer till sammanställningen i tabell 1 . . . 332
4.5.4 Några sammanfattande synpunkter 335
4.6 Redovisning av på enkätformuläret lämnade kommentarer 335
4.6.1 Arvoderingsprinciper i fråga om röntgenkontroller . . . 335
4.6.2 Debiteringsnormer för behandling i temporära bettet 336
4.6.3 Övriga kommentarer . . . 336
4.7 Arbetstid 336
4.8 Bakgrundsvariabler 336
4.9 Analys av den samlade arvodesnivån för ett antal representativa behandlingar hos enskilda tandläkare 337
4.9.1 Analysmetod 337
4.9.2 Bearbetningar 339
4.9.3 Resultat 339
4.10 Arvoden som innefattar tandtekniskt arbete 344

Enkät avseende 1970 års arvoden bland privatpraktiserande tandläkare

4.1 *Undersökningens bakgrund och syfte*

4.1.1 Inledning

Inom 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring diskuterades inledningsvis att genomföra en undersökning i enkätform angående privattandläkarnas arvoden för olika behandlingar. Våren 1971 beslutades om att genomföra en sådan undersökning, varefter uppläggningen påbörjades.

Undersökningen har genomförts i samarbete mellan utredningen och Sveriges Tandläkarförbund. Det praktiska arbetet med undersökningen har handlagts av tandläkarförbundets kansli.

Den arbetsgrupp med representanter från utredningen och tandläkarförbundet som planerade uppläggning, genomförande och redovisning av enkäten har bestått av tandläkarna Bertil Karlsson (ordf.), Jan Erik Ahlberg (utredningen), Björn Ekman, Erik Johansson, Hans Sundberg (utredningen) samt sekreterarna Ingemar Egelstedt och Bengt Holm.

4.1.2 Rapportens innehåll

Föreliggande rapport redovisar den enkätbaserade studien av arvodesnivån för olika behandlingar hösten 1970. Först berörs syfte, population, urval, uppläggning samt insamling av data. Därefter redogörs för granskning, bearbetning samt hur den allmänna analysen av erhållna svar skett. Härpå följer redovisning av kommentarer för enskilda behandlingar samt grupper av behandlingar med hänvisning till en tabellarisk sammanställning. Sist redovisas en del ytterligare bearbetningar bl. a. med hänsyn till vissa bakgrundsvariabler samt ett försök att få en uppfattning om den genomgående arvodesnivån per tandläkare.

4.1.3 Undersökningens syfte

Syftet var att för olika behandlingar bestämma arvodesnivå, normal variation kring denna nivå samt spridningen mellan tandläkare vad avser normalt arvode. Vidare avsågs att erhålla uppgifter om det lägsta resp. högsta arvode som tandläkare debiterade för olika behandlingar. Behandlingarna skulle täcka den verksamhet som förekommer i en allmänpraktik. Erhållna resultat skulle avse totalvärden för hela riket, men med vissa möjligheter att utreda eventuella skillnader eller samband med avseende på olika bakgrundsvariabler.

4.2 *Undersökningspopulation, urvalsram och urval*

Eftersom en undersökning av detta slag är av mera kontroversiell natur och kvaliteten mycket beroende av förtroende mellan uppgiftslämnare och den som genomför under-

sökningen, ansågs det lämpligt att Sveriges Tandläkarförbund genomförde den.

Av rikets privatpraktiserande tandläkare är nästan alla (ca 90 %) anslutna till Sveriges Tandläkarförbund.

I Tandläkarförbundets medlemsregister finns uppgift på verksamhetsområde och arbetstid per vecka. Från detta register har dragits privattandläkare med arbetstid över 0 timmar. Dessa tandläkare utgör således ursprungspopulationen.

De tandläkare som efter utsändandet av enkätformulär rapporterade att de har specialinriktning beträffande sin praktik har bortfallit ur populationen.

Urvalsramen var alla privatpraktiserande tandläkare som hade varit verksamma under större delen av 1970, som hösten 1971 tillhörde Sveriges Tandläkarförbund och som var verksamma i privatpraktik hösten 1970.

Urvalets storlek bestämdes med hjälp av tidigare arvodesundersökningar i tandläkarförbundets regi samt med hjälp av en arvodesundersökning gjord i USA som redovisar medelvärde och varians för ett stort antal åtgärder.

Kraven på undersökningen sattes till att man för 90 % av redovisade arvodesrubriker borde få en precision av medelvärdet på plus eller minus 3 %. För de flesta åtgärder framkom att 200 till 300 svar fordrades för detta. Då tidigare undersökningar visat att svarsprocenten varierade mellan 50 och 100 % för olika åtgärder beslöts att man, för att nå önskat resultat, borde kunna redovisa ca 600 bearbetningsbara svar.

Från tandläkarförbundets medlemsregister drogs maskinellt var 4:e individ som uppfyllde uppställda krav. Eftersom registret är sorterat lokalföreningsvis och i födelsenummerordning inom varje lokalförening fick man automatiskt en proportionell stratifiering geografiskt och efter ålder. Lokalföreningarnas gränser sammanfaller i de flesta fall med länsgränserna.

Urvalets fördelning framgår av följande tabell.

	Antal	Procent
Insamlade och bearbetade svar	618	80,7
Insamlade svar men ej bearbetade p. g. a. ofullständiga uppgifter	12	1,6
Sporadiskt verksamma tandläkare	15	1,9
Ej svar eller vägrat svara	121	15,8
Summa tandläkare som skulle ingått i bearbetningen om korrekt svar erhållits	766	100,0
Ej tillhörande populationen men som ingick bland de utlottade (avförda)	35	
Summa utlottade tandläkare	801	

4.3 *Undersökningsvariabler och bakgrundsvariabler*

4.3.1 Undersökningsvariabler

Med undersökningsvariabler avses här de arvoden som tandläkarna använt för olika typer av tandvårdsarbeten. Arvodesrubrikerna framgår av undersökningsformuläret (underbilaga 4.1). För varje rubrik har svar på normalt, lägsta och högsta arvode i kronor efterfrågats. Dessutom fanns möjlighet att i stället för numeriskt svar ange en speciell kod, om annan debiteringsprincip genomgående tillämpades (se anvisning underbilaga 4.2).

4.3.2 Bakgrundsvariabler

Varje uppgiftslämnare fick dessutom uppge födelseår, länsbokstav, praktikform och arbetstid per vecka samt antal arbetade veckor. Dessa variabler har i vissa klasser använts som bakgrundsvariabler (se Granskning 4: 3). Resultatet för dessa variabler har framtagits men ej analyserats fullständigt (se avsnitt 4.8).

4.4 *Insamling och granskning av data*

4.4.1 Mätmetod

Insamlingen har skett genom postenkät. I samband med den slutliga utformningen av blanketten gjordes en provundersökning bland ca 60 privattandläkare. Avsikten med den var att kontrollera att frågorna utformats begripligt och att de flesta förekommande behandlingar medtagits. Någon sam-

manställning av resultatet har ej gjorts, utan materialet har endast använts vid den slutliga utformningen av formuläret.

4.4.2 Utsändning av blanketter

Den första utsändningen skedde vecka 43 1971. Påminnelser gjordes vecka 46 och 47 1971. En vecka efter sista påminnelsen tillställdes ordförandena i alla lokalföreningar en lista över dem som ej svarat för att dessa skulle få en personlig telefonpåminnelse. Insamlingen bröts vecka 50.

4.4.3 Granskning

Granskningen har i stort sett skett manuellt och i två steg. Först har en översiktlig granskning gjorts, varvid inkodning skett av bakgrundsvariablerna födelseår, region, praktikform och årsarbetstid enligt särskild granskningsinstruktion. Senare har en mera ingående granskning skett, varvid rimlighet, kodning enligt anvisningar m. m. kontrollerats. Direkt kontakt med vederbörande tandläkare har tagits i tvivelaktiga fall. Slutligen har erhållna värden efter den maskinella bearbetningen rimlighetskontrollerats och upprättats i de fall man via det listade materialet klart kunnat konstatera fel uppgifter eller felstansningar.

4.4.4 Bearbetning

Vid den maskinella bearbetningen har medelvärde och varians för normalt, lägsta och högsta arvode framtagits, både för materialet totalt och efter indelning efter de olika bakgrundsvariablerna. Dessutom har fördelningslistor enligt anvisningarnas olika koder för debiteringsprinciper framtagits.

Fördelningslistor för varje arvodesrubrik vad avser antal svar inom olika arvodesnivåer har senare framtagits manuellt beträffande normalarvodena.

4.5 *Allmän analys av erhållna svar*

4.5.1 Analysens uppläggning

För samtliga behandlingar som upptages i frågeformuläret (underbilaga 4.1) ges i tabell 1 medelvärden (N) för normalt resp. lägsta och högsta arvode. För behandlingar som även innefattar tandtekniskt arbete är kostnaden för detta inkluderat i arvodet. För normalt arvode anges procent avgivna numeriska svar dvs. underlaget för medeltalsberäkningarna. Med numeriska svar avses att tandläkaren med siffror angett ett arvode i kronor i stället för att med koder (se underbilaga 4.2) beteckna att han använder en annan debiteringsprincip t. ex. tidsdebitering. Vidare anges procent avgivna svar för tidsdebitering, spridning (S) samt relativ spridning. Procenten räknas på antal möjliga svar (618). Dessutom ges 1:a kvartil, median och 3:e kvartil.

Med utgångspunkt i dessa uppgifter har arbetsgruppen försökt att värdera undersökningens resultat samt klassa behandlingarna i 3 grupper.

Vid denna klassificering av arvodena har främst använts uppgifterna på procent numeriska svar samt relativ spridning (spridningen dividerad med medelvärde $\frac{S}{M}$). Indelningsnormerna för grupperna har satts efter en allmän analys av hela materialet. I vissa fall har klassificeringen inte följts men då har detta särskilt motiverats.

Grupperingen syftar till att sammanföra i grupp 1 de behandlingar som uppnår den största tillförlitligheten i den meningen att såväl svarsprocenten är hög (varvid avses numeriska svar) som osäkerheten i det redovisade medeltalarvodet är relativt låg, dvs. variationen mellan tandläkare är liten. Det bör uppmärksammas att osäkerheten i medeltalet blir mindre med stigande antal svar med större homogenitet i arvodesbeloppen.

Avsikten är också att skilja ut de behandlingar (grupp 3) som uppvisar liten svarsprocent och stor osäkerhet. Övriga behandlingar samlas i en mellangrupp (2).

Kriterier för de tre värderingsgrupperna

Grupp 1 Minst 75 % numeriska svar och spridning mindre än 0,30 av medelvärdet. Denna grupp består av arvoden där största delen av tandläkarna kan ange ett numeriskt värde och spridning hos de erhållna svaren är låg.

Grupp 2 Minst 50 % numeriska svar och spridning mellan 0,30–0,50 av medelvärdet. Man kan säga att tre grupper av behandlingar hamnar i denna grupp. De mera svårdefinierbara behandlingarna med måttlig svarsprocent på numeriskt värde och relativt stor spridning, behandlingar som är väl avgränsade men som utförs av endast en del av kåren samt de med stor procent numeriska svar men med relativt stor spridning.

Grupp 3 Mindre än 50 % numeriska svar eller över 0,50 på relationen spridning-medelvärde, dvs. hit förs behandlingar som sällan utförs, av flertalet debiteras annorlunda eller där angivna numeriska värden uppvisar stor spridning.

Några exempel på vad olika antagna värden på relativ spridning betyder redovisas nedan för några behandlingar. Tabellen uppvisar gränserna för medelvärde ± spridning om spridningen antages vara 20, 30, 40, 50 eller 60 % av medelvärdet. Dessutom ges det sanna procenttalet av S/M.

Medelvärdet för fem olika behandlingar, medelvärdet ± spridning vid olika antagna värden på relativ spridning samt faktiskt värde på relativ spridning.

4.5.2 Sammanställning av uppgifter

Den allmänna analysen av materialet finns sammanställd i tabell 1. I denna tabell används följande beteckningar.

Normalt = det arvode som angivits som svar på frågan vad som erfarenhetsmässigt visat sig vara mest förekommande arvode eller som använts som riktmärke hösten 1970.

Lägsta, högsta = de arvodesgränser inom vilka de flesta behandlingar varierade hösten 1970.

Num % = procent svar med numeriskt värde (i kronor uttryckt arvode) räknat på antal bearbetade svar (618 st.).

Behandling	M i kr	Medelvärde ± antagen relativ spridning uttryckt i kr $M \pm \frac{S}{M} \times 100$					Faktiskt värde $\frac{S}{M} \times 100$ %
		$\frac{S}{M} = 20\ \%$	$\frac{S}{M} = 30\ \%$	$\frac{S}{M} = 40\ \%$	$\frac{S}{M} = 50\ \%$	$\frac{S}{M} = 60\ \%$	
112 Undersökning av revisionsfall	23	18–28	16–30	14–32	11–35	9–37	40
431 Rotfyllning av icke vital tand en kanal	121	97–145	85–157	73–169	60–182	48–194	31
512 Amalgamfyllning, två sammanhängande ytor, premolar	47	38–56	33–61	28–66	23–71	19–75	17
733 Guldkrona med fasad	442	354–530	309–575	265–619	221–663	177–707	15
912 Hel över- eller underkäksprotes	522	418–626	365–679	313–731	261–783	209–835	23

T % = procent svar, som angett att debiteringsprincipen varit tidsdebitering (räknat på antal bearbetade svar 618 st.).

M = medelvärde (kr)[1]

S = spridning (kr)[2]

$\frac{S}{M}$ = relativ spridning[3]

Q_1 = 1:a kvartilen (kr)[4]

Me = median (kr)[5]

Q_3 = 3:e kvartilen (kr)[6]

Grupp = grupp 1, 2 resp. 3.

1 Här avses det aritmetiska medelvärdet, dvs. summan av alla observationerna dividerad med antalet observationer.

2 Spridningen eller den s. k. medelavvikelsen bestämmes genom att man tar skillnaden mellan varje enskilt värde och gruppens medelvärde. Dessa skillnader kvadreras, och summeras varefter kvadratroten dras ur det så bildade talet. Spridningen ger en direkt upplysning om hur stor variationen är kring ett beräknat medelvärde.

3 Den relativa spridningen eller variationskoefficienten anger förhållandet mellan spridningen och medelvärdet. Detta tal möjliggör jämförelse i fråga om storleken på variationen mellan olika grupper, i detta fall mellan olika arvoden.

4 1:a kvartilen är det värde på variabeln (i detta fall arvodet) under vilket 25 % av antalet observationer ligger.

5 Medianen är mittobservationen. Medianen blir alltså det värde på variabeln (arvodet) under vilket 50 % av antalet observationer ligger.

6 3:e kvartilen är det värde på variabeln (arvodet) under vilket 75 % av antalet observationer ligger. Mellan 1:a och 3:e kvartilen ligger alltså 50 % av materialet.

Tabell 1 Sammanställning av arvodesenkätens resultat. Enkätformulärets (underbilaga 1) kodnummer och uppställning används.

Behandling	Normalt								Lägsta		Högsta		Grupp nr
	Num %	T %	M kr	S kr	S M	Q_1 kr	Me kr	Q_3 kr	M kr	S M	M kr	S M	
100 *Undersökning, rådfrågning och allmän behandling*													
110 Primärundersökning													
111 Saneringsfall	78	7	26,19	10,6	0,40	20	25	30	22,67	0,51	38,71	0,70	2
112 Revisionsfall	76	6	23,16	9,4	0,40	20	20	30	20,22	0,46	31,15	0,51	2
113 Undersökning inkl. bitewing	85	4	38,90	11,9	0,31	30	40	45	33,76	0,32	46,61	0,30	2
114 Terapiförslag och kostnadsberäkning	47	18	35,87	15,6	0,43	25	35	45	30,25	0,61	54,04	0,57	2
120 Kompletterande undersökning													
121 Parodontalstatus	39	28	39,94	19,8	0,50	25	40	50	32,01	0,51	52,38	0,47	3
122 Studie- eller arkivmodell inkl. enklare analys	52	20	45,27	20,0	0,44	30	45	50	40,15	0,43	59,22	0,51	2
123 Bettanalys i individuell artikulator	19	22	80,21	45,1	0,56	50	70	100	62,91	0,64	95,28	0,53	3
124 Provtagning för lab. undersökning inkl. analyskostn. (PAD etc.)	13	11	45,49	20,0	0,44	30	40	60	37,71	0,52	50,00	0,51	3
130 Röntgenundersökning													
131 En exponering	96	1	16,49	5,2	0,32	10	15	20	14,01	0,38	19,79	0,37	2
132 Varje ytterligare exponering	94	1	7,53	3,2	0,42	5	5	10	7,02	0,43	10,16	0,69	2
133 Helstatus	93	2	86,37	22,7	0,26	75	80	100	77,83	0,31	97,93	0,28	1
134 Tillägg för bitewing i samband med primärundersökning per exponering	72	1	13,29	9,6	0,72	10	10	15	12,21	0,82	16,49	0,76	2

Behandling	Normalt								Lägsta		Högsta		Grupp nr
	Num %	T %	M kr	S kr	S M	Q_1 kr	Me kr	Q_3 kr	M kr	S M	M kr	S M	
140 Intyg													
141 Recept	50	2	11,79	5,7	0,48	10	10	15	10,61	0,53	15,17	0,56	2
142 Intyg, enkelt	73	3	19,87	8,3	0,42	15	20	25	18,09	0,46	26,19	0,48	2
143 Intyg (försäkring, domstol etc.)	89	5	35,68	14,2	0,40	25	30	50	31,32	0,42	50,01	0,45	2
144 Remiss	38	4	19,50	8,7	0,45	15	20	25	17,42	0,51	26,24	0,49	3
150 Viss allmän behandling													
151 Avlägsnande av plaque, puts, polering etc.	54	38	28,27	11,6	0,41	20	25	35	22,33	0,55	45,54	0,52	2
152 Instruktion i allm. munhygien med kostrådgivning	30	40	29,88	14,5	0,48	20	25	35	23,47	0,62	43,41	0,66	3
153 Lokal fluorbehandling	36	34	23,43	11,9	0,51	15	20	30	20,17	0,64	35,49	0,47	3
154 Behandling av känsliga tandhalsar	52	36	20,44	9,8	0,48	10	20	25	16,39	0,54	30,91	0,46	3
155 Övrigt (audiovisuella hjälpmedel etc.)	5	15	24,83	15,6	0,63	15	20	30	26,36	0,85	42,78	0,56	3
200 *Tandkirurgisk behandling*													
210 Extraktioner													
211 Extraktion av en tand	95	4	36,35	8,1	0,22	30	35	40	29,45	0,32	49,96	0,31	1
212 Extraktion av ytterligare tand vid samma tillfälle	93	6	13,29	8,8	0,66	5	10	20	11,62	0,68	22,76	0,61	2
213 Extraktion komplicerad (t. ex. separering eller uppklaffning)	51	42	58,38	20,2	0,35	50	50	70	49,86	0,32	89,35	0,45	2

Behandling	Normalt								Lägsta		Högsta		Grupp
	Num %	T %	M kr	S kr	S M	Q_1 kr	Me kr	Q_3 kr	M kr	S M	M kr	S M	
214 Operativt avlägsnande av tand (retinerad)	27	37	84,63	36,7	0,43	60	75	100	70,69	0,42	128,80	0,47	3
215 Behandling av efterblödning, eftersmärtor etc.	46	19	18,37	8,3	0,45	10	20	25	15,40	0,50	27,41	0,46	2
220 Övrig tandkirurgi													
221 Incision av abscess	78	17	25,60	10,1	0,39	20	25	30	21,75	0,45	34,81	0,40	2
222 Behandling av dent difficilitis, per gång	71	19	22,39	9,5	0,42	15	20	30	18,88	0,50	31,08	0,44	2
223 Rotspetsoperation	28	24	117,38	42,8	0,36	90	100	150	100,68	0,36	154,48	0,04	3
224 Frenulumplastik	26	27	70,24	32,8	0,47	50	60	90	61,94	0,46	95,97	0,46	3
225 Annan kirurgisk behandling	6	42	62,06	42,9	0,69	35	50	75	49,55	0,62	114,74	0,76	3
226 Normal efterbehandling	35	21	20,23	8,6	0,42	15	20	25	17,75	0,59	29,49	0,58	2
300 *Parodontalbehandling*													
310 Icke kirurgisk parodontalbehandling													
311 Avlägsnande av tandsten och rotplaning	56	42	34,32	14,7	0,43	25	30	40	25,41	0,52	62,77	0,59	2
312 Avlägsnande av överskott	29	51	22,53	10,4	0,46	15	20	30	18,73	0,53	44,85	0,73	3
313 Medikamentell tandköttsbehandling	27	25	24,14	12,1	0,50	15	20	30	20,04	0,58	36,54	0,55	3
320 Parodontalkirurgi													
321 Gingivektomi, en till tre tänder	42	34	65,69	30,8	0,47	50	60	75	54,49	0,46	89,03	0,44	3

Behandling	Normalt								Lägsta		Högsta		Grupp nr
	Num %	T %	M kr	S kr	S M	Q_1 kr	Me kr	Q_3 kr	M kr	S M	M kr	S M	
322 Gingivektomi, kvadrant	39	30	121,11	58,7	0,48	80	100	150	104,07	0,49	154,39	0,47	3
323 Flap operation	13	24	132,59	67,1	0,51	75	125	200	106,33	0,55	169,95	0,54	3
324 Normal efterbehandling vid återbesök	32	20	24,12	10,0	0,41	20	20	30	20,69	0,51	33,44	0,45	2
400 *Pulpa och rotbehandling*													
410 Debitering per delåtgärd													
411 Trepanering, exkavering	38	10	35,17	10,6	0,30	30	35	40	29,91	0,35	48,56	0,32	1
412 Devitaliserande inlägg	35	6	37,89	11,1	0,29	30	40	45	33,96	0,35	48,18	0,32	1
413 Amputation	26	8	51,11	16,3	0,32	40	50	60	44,95	0,34	63,20	0,36	2
414 Primärrensning	34	12	44,66	16,2	0,36	30	40	60	39,51	0,37	61,62	0,41	2
415 Efterföljande rensning	32	13	37,28	14,9	0,40	30	35	45	33,61	0,40	52,21	0,41	2
416 Inläggsbyte	32	10	30,84	11,6	0,38	20	30	35	28,53	0,42	41,73	0,38	2
417 Rotfyllning	36	11	64,95	24,1	0,37	50	60	75	57,74	0,37	91,68	0,39	2
420, 430 Debitering för helt genomförd rotbehandling													
421 Rotfyllning av vital tand en kanal	61	8	103,59	28,8	0,28	80	100	120	96,03	0,29	129,02	0,36	1
422 Rotfyllning av vital tand två kanaler	61	8	118,69	32,8	0,28	100	120	145	109,36	0,30	146,90	0,35	1
423 Rotfyllning av vital tand tre eller flera kanaler	59	9	141,01	44,2	0,31	110	140	165	132,43	0,32	179,13	0,37	2
424 Pulpaamputation	39	8	64,14	24,1	0,38	50	60	75	57,57	0,38	78,09	0,37	2
425 Pulpaöverkappning	35	9	33,12	20,9	0,63	20	30	40	28,20	0,62	43,75	0,55	3

Behandling	Normalt								Lägsta		Högsta		Grupp nr
	Num %	T %	M kr	S kr	S M	Q_1 kr	Me kr	Q_3 kr	M kr	S M	M kr	S M	
431 Rotfyllning av icke vital tand en kanal	51	17	120,99	37,2	0,31	100	120	150	112,80	0,32	162,17	0,40	2
432 Rotfyllning av icke vital tand två kanaler	50	17	134,89	40,3	0,30	105	130	155	124,63	0,30	178,46	0,38	2
433 Rotfyllning av icke vital tand tre eller flera kanaler	50	17	160,84	64,3	0,40	120	150	180	149,77	0,38	215,21	0,41	2
441 Bakteriologiskt prov	9	2	35,89	16,6	0,46	25	30	40	35,32	0,42	49,41	1,00	3
500 *Amalgam, silikat och likartad behandling*													
510 Amalgam													
511 Restaurering, en yta	94	4	37,99	6,8	0,18	35	40	40	29,61	0,31	46,59	0,22	1
512 Två sammanhängande ytor, premolar	95	4	47,49	7,9	0,17	45	45	50	43,34	0,20	55,31	0,20	1
513 Två sammanhängande ytor, molar	95	4	52,10	8,8	0,17	45	50	55	47,68	0,19	61,32	0,22	1
514 Tre sammanhängande ytor, premolar	95	4	56,13	10,1	0,18	50	55	60	51,75	0,21	65,00	0,22	1
515 Tre sammanhängande ytor, molar	94	4	61,70	11,0	0,18	55	60	70	56,78	0,20	72,76	0,26	1
516 Krona å premolar, inkl. stiftförankring	91	5	90,59	22,1	0,24	75	90	100	80,31	0,25	106,81	0,26	1
517 Krona å molar, inkl. stiftförankring	74	5	106,35	27,0	0,25	90	100	125	96,98	0,44	128,28	0,38	1
518 Kronpelare, inkl. stiftförankring	74	5	70,14	22,2	0,32	50	70	80	61,42	0,34	84,26	0,34	2

Behandling	Normalt								Lägsta		Högsta		Grupp nr
	Num %	T %	M kr	S kr	S M	Q_1 kr	Me kr	Q_3 kr	M kr	S M	M kr	S M	
520 Silikatcement eller självpolymeriserande akrylat													
521 Restaurering, enstaka yta	95	3	43,36	6,6	0,15	40	45	50	39,07	0,20	49,46	0,18	1
522 Restaurering, två motstående ytor, per styck	95	3	38,32	8,7	0,22	35	40	40	35,64	0,23	44,43	0,25	1
523 Komplicerad fyllning (ex. hörn)	82	9	54,08	12,4	0,23	45	50	60	49,13	0,24	64,80	0,25	1
530 Kompositionsmaterial													
531 Enstaka yta	53	3	47,90	8,8	0,18	40	45	50	43,62	0,21	54,43	0,21	1
532 Två motstående ytor, per styck	52	4	42,13	9,1	0,21	35	40	45	38,90	0,29	47,57	0,30	1
533 Två sammanhängande ytor	42	5	57,45	13,8	0,24	50	55	60	52,47	0,26	66,83	0,26	1
534 Tre sammanhängande ytor	32	6	68,74	18,9	0,27	55	65	80	60,74	0,26	78,78	0,35	2
535 Krona, inkl. stiftförankring	16	6	93,89	44,4	0,47	70	90	120	86,88	0,56	119,42	0,50	3
536 Stiftförankring, vital tand	24	7	43,74	35,2	0,80	15	30	60	41,55	0,80	60,09	0,76	3
600 *Annan behandling*													
611 Excavering och behandling med provisorisk fyllning	67	18	29,31	10,05	0,34	20	30	35	24,54	0,41	39,86	0,35	2
612 Fastsättning eller cementering av fasad, pontic och kronor	85	10	30,93	9,08	0,29	25	30	40	27,09	0,33	42,28	0,32	1
613 Borttagande av gamla stift eller kronor	15	50	39,73	16,91	0,43	30	40	50	31,77	0,45	67,96	0,41	3
614 Bettinslipning	18	54	57,39	38,73	0,67	40	50	70	41,98	0,67	95,03	0,58	3
615 Bitskena	38	22	184,85	69,79	0,38	150	175	200	165,16	0,40	217,58	0,39	2

Behandling	Normalt								Lägsta		Högsta		Grupp nr
	Num %	T %	M kr	S kr	S M	Q_1 kr	Me kr	Q_3 kr	M kr	S M	M kr	S M	
700 *Inlägg, kronor och stifttänder*													
710 Inlägg													
711 Restaurering med guldinlägg, en yta	57	7	185,54	59,41	0,32	150	175	200	164,40	0,34	208,97	0,35	2
712 Två sammanhängande ytor, front eller premolar	60	8	256,50	71,13	0,28	200	250	300	233,48	0,31	286,56	0,27	2
713 Två sammanhängande ytor, molar	58	8	276,02	73,82	0,26	225	275	325	252,04	0,29	306,14	0,26	2
714 Tre sammanhängande ytor, premolar	65	7	312,39	76,09	0,24	250	300	350	288,17	0,27	343,04	0,23	2
715 Tre sammanhängande ytor, molar	65	7	331,06	76,55	0,23	280	325	400	307,85	0,26	364,96	0,23	2
716 3/4 krona	61	7	370,88	79,12	0,21	325	375	400	352,62	0,23	401,26	0,22	2
720 Restaurering med kohesivt guld													
721 Skarv av guldkonstruktion	10	6	73,20	35,50	0,48	50	60	80	64,63	0,52	103,29	0,49	3
722 Separat fyllning	6	5	107,00	56,21	0,52	75	100	100	90,89	0,57	142,42	0,49	3
730 Kronor													
731 Krona i ädelmetall, premolar, utan fasad	89	2	407,32	64,65	0,16	350	400	450	396,43	0,16	438,50	0,17	1
732 Krona i ädelmetall, molar utan fasad	94	2	423,37	61,40	0,15	385	425	450	410,60	0,15	453,25	0,16	1
733 Krona med fasad	95	2	441,79	64,34	0,15	400	450	475	431,91	0,14	476,04	0,16	1
734 Krona med metallbundet porslin	71	2	553,67	84,73	0,15	500	550	600	547,34	0,15	598,21	0,16	2

Behandling	Normalt								Lägsta		Högsta		Grupp nr
	Num %	T %	M kr	S kr	S M	Q_1 kr	Me kr	Q_3 kr	M kr	S M	M kr	S M	
735 Stiftkrona, Davies	60	1	434,38	76,09	0,17	400	430	475	429,63	0,17	467,59	0,18	2
736 Stiftkrona, Richmond	86	2	440,76	63,32	0,14	400	450	475	430,83	0,15	470,56	0,16	1
737 Särskilda tillkommande förankringselement (typ Bifra, Dolder etc.)	12	15	258,22	147,31	0,57	125	250	400	234,26	0,68	298,77	0,55	3
740 Porslin													
741 Porslinskrona	93	2	452,06	64,58	0,14	400	450	500	440,12	0,15	491,21	0,17	1
750 Övrigt													
751 Gjuten metallpelare (då sådan debiteras separat)	72	3	113,32	45,28	0,40	90	100	140	104,12	0,45	131,71	0,40	2
752 Gjuten metallpelare med kappa (då sådan debiteras separat)	66	3	121,44	54,86	0,45	100	120	150	110.04	0,37	137,95	0,34	2
753 Temporär krona	40	7	47,48	32,56	0,68	30	40	50	42,34	0,66	64,43	0,71	3
800 *Broterapi*													
811 Broled, stöd-krona	95	2	440,19	64,34	0,15	400	450	475	427,13	0,14	473,75	0,16	1
812 Broled, stöd-inlägg	73	3	398,62	84,26	0,21	350	400	450	367,23	0,26	428,30	0,21	1
813 Broled, hängande	95	1	417,52	74,97	0,18	375	400	450	397,56	0,19	444,47	0,17	1
814 Broled, stöd, metallbundet porslin	67	2	557,28	88,43	0,16	500	550	600	548,84	0,16	596,48	0,16	2
815 Broled, hängande, metallbundet porslin	67	2	535,07	95,50	0,18	475	525	600	527,62	0,18	568,96	0,19	2
816 Temporärt broled	33	10	55,75	44,61	0,80	30	50	55	46,67	0,57	66,03	0,56	3

Behandling	Normalt								Lägsta		Högsta		Grupp nr
	Num %	T %	M kr	S kr	S M	Q_1 kr	Me kr	Q_3 kr	M kr	S M	M kr	S M	
900 *Avtagbar protes*													
910 Total tandförlust													
911 Helprotes	95	2	970,18	206,88	0,21	850	900	1 100	947,91	0,19	1 101,69	0,23	1
912 Hel över- eller underkäksprotes	96	2	521,89	120,83	0,23	450	500	600	512,00	0,24	606,53	0,43	1
913 Behandling med immediatprotes, en käke, exkl. erforderlig kirurgisk behandling och ev. rebasering	73	6	523,82	156,52	0,30	450	500	600	520,47	0,28	591,43	0,28	1
920 Partiell tandförlust													
921 Partiell protes 1–3 tänder	54	8	441,13	149,67	0,34	350	450	500	380,28	0,39	490,61	0,35	2
922 Partiell protes 4–8 tänder	57	7	491,70	134,54	0,27	400	450	550	439,82	0,31	540,96	0,28	2
923 Partiell protes 9–13 tänder	57	7	529,52	140,71	0,26	450	500	600	481,74	0,28	582,79	0,26	2
924 Partiell protes 1–3 tänder	71	6	823,39	188,41	0,23	700	800	950	768,54	0,24	879,49	0,25	1
925 Partiell protes 4–8 tänder	75	6	857,20	183,03	0,21	750	800	950	812,96	0,23	927,39	0,24	1
926 Partiell protes 9–13 tänder	74	5	881,98	189,94	0,22	750	850	1 000	845,28	0,22	966,21	0,25	1
927 Särskilda tillkomna förankringselement	8	12	225,67	265,89	1,18	90	100	200	140,77	1,20	231,98	1,06	3
930 Övrigt													
931 Rebasering av protes	75	10	130,69	42,43	0,32	100	125	150	116,42	0,37	160,75	0,34	2
932 Reparation av protes	46	25	59,26	24,08	0,41	45	50	70	50,81	0,40	87,80	0,43	3
933 Tillsättning av tand, per tand	47	22	53,38	36,61	0,69	40	50	60	49,17	0,58	69,33	0,46	3
934 Justering av protes	23	22	24,76	11,18	0,45	20	25	30	21,45	0,54	38,42	0,49	3

000 *Övrigt*

010 Tidsdebitering

	Normalt							
	Num %	M kr	S kr	S M̄	Q_1 kr	Me kr	Q_3 kr	Grupp nr
011 Tidsdebitering oberoende av svårighetsgrad (T)	57	123,07	21,44	0,17	120	120	140	1
012 Tidsdebitering vid normal svårighetsgrad (T_1)	30	124,39	25,25	0,20	110	120	140	1
013 Tidsdebitering vid högre svårighetsgrad (T_2)	30	151,92	40,00	0,26	140	150	175	1
020 Uteblivande från överenskommen behandlingstid								
021 Per timme	58	72,23	26,23	0,36	60	70	80	2
022 Per gång	52	32,81	10,90	0,33	25	30	40	2
030 Jourtillägg								
031 Procentuell förhöjning	43	51,90	24,20	0,47	50	50	50	3
032 Timarvodestillägg	22	60,89	35,78	0,59				3

4.5.3 Kommentarer till sammanställningen i tabell 1

Nedan ges några allmänna kommentarer till de erhållna resultaten. Motiveringar till eventuella avsteg från de allmänna principerna för tillförlitlighetsgrupperingar lämnas. Genomgången sker rubrik för rubrik i den ordningsföljd som tabell 1 är uppställd. Uppgifter från primärmaterialet (t. ex. om man utför en behandling eller ej, debiteringsprinciper m. m.) som ej finns medtagna i tabell 1 har även behandlats vid utformningen av kommentarerna.

100 Undersökning, rådfrågning och allmän behandling.

För fråga 114 (terapi- och kostnadsförslag) noteras att 21 % av de svarande angett att behandlingen ej debiteras särskilt. Arvodet för terapiförslaget finns troligen inbakat i arvodet för undersökningen eller får de olika behandlingar som utförts på patienten bära kostnaden för terapiförslaget. Beträffande rubrikerna 111–113 (olika typer av undersökning) uppvisar 113 en mera samlad bild än 111 och 112, men samtliga hänförs till grupp 2 p. g. a. kriteriet S/M<30.

121 (parodontalstatus) har en hög procent tidsdebiteringar (28 %). Det låga antalet numeriska svar gör att rubriken förs till grupp 3.

122 (studiemodell) innehåller även en teknikerdel. De erhållna värdena är av sådan beskaffenhet att arvodesrubriken bör kunna föras till grupp 2.

123 (bettanalys) utgör som en renodlad behandlingsåtgärd en relativt sällan förekommande behandling som ofta remitteras till tandläkare med speciell utbildning. Av de svarande har också 35 % angett att de ej utför behandlingen. Erhållna svar innehåller en så stor osäkerhet att rubriken måste föras till grupp 3.

För 124 (provtagning för laboratorieundersökning) kan motsvarande resonemang föras som för 123.

Av undergrupperna (131–133) uppfyller endast 133 villkoren för att rubriken skall kunna hänföras till grupp 1. Övriga hänföres till grupp 2 p. g. a. kriteriet S/M. Detta kan förklaras genom att debiteringssättet med jämna femkronetal kraftigt påverkar medelfel vid ett lågt medelvärde.

I fråga om 134 (tillägg för bitewing) inkluderar många tandläkare detta arvode i undersökningen. Antalet numeriska svar sjunker alltså för denna rubrik samtidigt som medelvärdet uppvisar en stor osäkerhet. Rubriken förs dock till grupp 2 eftersom antalet numeriska svar är så högt och medelvärdet har ett lågt värde.

141 (recept) debiteras ej separat enligt 31 % av de svarande. Osäkerhet i det erhållna medelvärdet gör att arvodesrubriken förts till grupp 2.

För 142 och 143 (intyg) ligger antalet numeriska värden högt, men debiteringarna varierar. Rubrikerna förs till grupp 2.

I fråga om 144 (remiss) uppger 38 % av de svarande tandläkarna att de ej debiterar denna åtgärd särskilt. Procent numeriska svar är vidare mycket låg vilket gör att arvodesrubriken måste föras till grupp 3.

De värden som erhållits för 151 (avlägsnande av plaque, puts m. m.) uppfyller villkoren för att rubriken skall kunna föras till grupp 2. Noteras bör dock att 18 % av de svarande uppger att de ej debiterar åtgärden särskilt.

Rubrikerna 152–155 måste enligt ovan angivna kriterienormer föras till grupp 3. 154 (behandling av känsliga tandhalsar) har visserligen värden som ligger på gränsen för att motivera flyttning till grupp 2, men behandlingen är ej särskilt frekvent och svår att innehållsmässigt beskriva, varför det kan vara motiverat att hänföra även detta arvode till grupp 3.

200 Tandkirurgisk behandling

För 211 (extraktion, 1 tand) pekar resultaten enhetligt på att denna rubrik skall hänföras till grupp 1. Det höga värdet på S/M för 212 beror på debiteringssättet. Rubriken förs till grupp 2.

I fråga om 213 (extraktion, komplicerad) finner man att antalet numeriska svar reducerats. 214 (operativt avlägsnande av tand) har relativt få numeriska svar samtidigt som 30 % av de svarande uppger tidsdebitering.

Beträffande 215 (efterbehandling) gäller att detta arvode ofta är inbakat i övriga arvoden inom denna grupp (drygt 20 % debiterar ej åtgärden särskilt). För de svar som avgetts gäller att relativa medelfelet är måttligt, varför arvodesrubriken förs till grupp 2.

För gruppen 221–225 noteras en sjunkande frekvens av antalet numeriska värden samtidigt som det relativa medelfelet ökar. Endast 221 och 222 klarar kriterierna för att föras till grupp 2. Beträffande 226 (efterbehandling) kan motsvarande resonemang föras som för 215, varför arvodesrubriken trots det låga antalet numeriska svar förts till grupp 2.

300 Parodontalbehandling

Inom denna grupp kan endast 311 (avlägsnande av tandsten) anses uppfylla kriterierna för att hänföras till grupp 2. Noteras bör dock att för denna arvodesrubrik 42 % av de svarande har angett att de tillämpar tidsdebitering och 9 % att de ej debiterar åtgärden särskilt.

Inget av värdena för rubrikerna 321–324 uppvisar någon större säkerhet enligt de normer som tidigare angetts. Samtliga rubriker har därför förts till grupp 3. Många tandläkare har angett tidsdebitering samtidigt som antalet svarande som uppgett att de ej utför behandlingen ligger mellan 12 och 34 %. För 324 uppger 18 % att detta ej debiteras särskilt.

400 Pulpa- och rotbehandling.

De flesta tandläkare har angett en debiteringsprincip. Uppskattningsvis 20 % har angett värden för båda debiteringssätten. Första kriteriet för värdering av resultaten kan därför ej strikt tillämpas. Debitering per delåtgärd kan anses vara ett slags tidsdebitering varför antalet svar med tidsdebitering som debiteringsnorm är något lägre än för vissa arvoden avseende helt genomförd rotbehandling.

Rubrikerna 421–422 uppvisar värden som ligger så pass samlade att arvodesrubrikerna kan hänföras till grupp 1. Värdet på S/M för 423 hänför rubriken till grupp 2. 424 (pulpaamputation) har en lägre frekvens av antalet numeriska svar samtidigt som 15 % uppgett att de ej utför behandlingen. 425 (pulpaöverkappning) har ett lägre antal numeriska värden samtidigt som relativa medelfelet ökat kraftigt.

431–433 avser rotbehandling av icke vital tand. Relativa medelfelet är högre än för de värden som erhölls för behandling av vital tand samtidigt som 17 % av de svarande uppgett att de tillämpar tidsdebitering. Arvodesrubrikerna förs därför till grupp 2.

441 (bakteriologiskt prov) har ytterst få svar och måste därför föras till grupp 3.

Debitering per helt genomförd behandling synes ge ett lägre genomsnittligt arvode än debitering per delåtgärd. För jämförelsens skull har arvode framräknats för en tänkt normalbehandling innebärande rotfyllning av en vital respektive gangränös rotkanal dels med arvodering per delåtgärd (a), dels per helt utförd behandling (b).

Rotfyllning av vital tand med en rotkanal: (a) 138 kr (b) 104 kr

Rotfyllning av gangränös tand med en rotkanal: (a) 213 kr (b) 121 kr

Den påvisade skillnaden sammanhänger med svårigheterna att vid debitering per helt genomförd behandling ange ett arvode för normalfall. De i undersökningen påträffade beloppen torde i praxis såväl under- som överstigas med utgångspunkt i fallets svårighetsgrad. Skillnaden mellan medelvärdet för lägsta respektive högsta arvode är också relativt stor speciellt vad gäller behandling av icke vital tand.

500 Amalgam, silikat och likartad terapi

Rubrikerna 511–517 (olika typer av amalgamfyllningar) har värden som väl uppfyller

kriterienormerna för att kunna hänföras till grupp 1. Behandling 518 hamnar strax utanför de båda kriteriegränserna.

Beträffande 521–523 (silikatfyllningar) noteras samma säkerhet beträffande de angivna medelvärdena varför arvodesrubrikerna förts till grupp 1.

Beträffande rubrikerna 531–533 (enkla fyllningar i kompositionsmaterial) kan noteras att de erhållna värdena visserligen är sådana att arvodesrubrikerna kan hänföras till grupp 2, men antalet tandläkare som uppger att de ej utför dylika fyllningar uppgår till ca 30 % varför arvodesrubrikerna ändock förts till grupp 1. Kompositionsmaterialen är i vissa fall att betrakta som ett alternativ till silikatcementet. I fråga om 534–535 (mera omfattande fyllningar med kompositionsmaterial) gäller att detta är en terapiform under utprovning. De erhållna svaren på 534 och 535 uppvisar också en diffus bild.

600 Annan behandling

För 612 har erhållits värden sådana att rubriken kan föras till grupp 1.

611 (excavering, provisorisk fyllning) uppvisar en diffus bild.

613 (borttagande av stift) och 614 (bettinslipning) är behandlingar som uppvisar stor variation beträffande åtgärdernas beskaffenhet. Tidsdebiteringen uppgår till närmare 50 %.

615 (bettskena) har visserligen få numeriska värden, men erfarenhetsmässigt vet man att denna terapiform utförs av relativt få tandläkare. Medelvärdet har ett måttligt värde för det relativa medelfelet, varför arvodesrubriken har kunnat föras till grupp 2.

700 Inlägg, kronor och stifttänder

Beträffande 711–716 (olika typer av guldinlägg) visar de erhållna resultaten sådana värden på svarsprocent att samtliga arvodesrubriker inom denna grupp hänförts till grupp 2. Värden på S/M kommer dock klart under kriteriegränsen för grupp 1.

Ytterst få svar har noterats för behandlingarna 721 och 722 (kohesivt guld) och detta stämmer med erfarenheten att denna terapi numera sällan utförs.

731–733 (olika typer av kronor i ädelmetall) har värden på arvodena som väl uppfyller kriterierna för att hänföras till grupp 1. Det gäller även 736 (Richmondkrona). 734 (krona med metallbundet porslin) samt 735 (Davieskrona) har lägre antal beträffande de numeriska värdena och måste därför föras till grupp 2. Beträffande 735 uppger 25 % av de svarande att de ej utför behandlingen. 737 (särskilda förankringsmoment) är en svårdefinierad arvodesrubrik och det fåtal svar som erhållits uppvisar en diffus bild, varför arvodesrubriken måste hänföras till grupp 3.

751 och 752 (gjutna pelare) kan betecknas som delåtgärder vid utförande av olika kronor. Ibland räknas arvodet in i totalarvodet för en krona. Erhållna resultat är också av den art att arvodesrubrikerna måste föras till grupp 2.

753 (temporär krona) debiteras ej särskilt när en tandläkare utför efterföljande behandling. De erhållna numeriska värdena avser förmodligen de fall då man sätter en temporär krona för att avvakta vidare terapi. Värdena hos de erhållna svaren är dock så osäkra att arvodesrubriken måste föras till grupp 3.

800 Broterapi

Rubrikerna 811–813 (olika brostöd) uppvisar i stort sett samma bild beträffande de erhållna svaren som motsvarande enstaka kronor. Broleden 814–815 har dock lägre svarsprocent. I fråga om 816 (temporärt broled) uppger ca 17 % av de svarande att de ej debiterar den provisoriska bron särskilt. Oftast är utförandet av provisorisk bro medräknat i priset för själva broarbetet.

900 Avtagbar protes

Samtliga tre rubriker under avdelningen total tandförlust har erhållit svar vilka uppfyller

kriterierna för att arvodena skall kunna föras till grupp 1. Detta trots att användandet av varierande teknik hos olika tandläkare bidrar till att det uppgivna arvodet kan avse olika typer av proteser.

För 921–923 (partiella proteser med bockade klamrar) är antalet numeriska svar relativt lågt, varför arvodesrubrikerna förs till grupp 2. En ökning av antalet svar noteras beträffande 924–926 (partiell protes med gjutet skelett) samtidigt som värdet för det relativa medelfelet sjunker, varför arvodesrubrikerna kunnat föras till grupp 1.

Endast rubriken 931 (rebasering av protes) uppvisar en så homogen bild av svaren att den hamnar i grupp 2. Ca 30 % uppger att de ej debiterar 934 (justering av protes) särskilt. De flesta torde endast debitera justering av tidigare utförd protes.

010 Tidsdebitering

Många har troligen inte uppfattat frågan på rätt sätt. Dock överensstämmer värdena på 011 och 012 mycket. På annat ställe i redovisningen har därför dessa rubriker slagits samman. Man måste ha klart för sig att det rör sig om ersättning för nettotid, dvs. den tid som patienten befinner sig i behandlingsstolen för att få en viss åtgärd utförd. Arvodet måste således ligga högre än vad som motsvaras av tandläkarens omkostnad per timme.

4.5.4 Några sammanfattande synpunkter

Vid genomgången av undersökningens resultat har hittills en gruppering skett i stort sett efter rent statistiska principer. För att utröna vilka typer av arvoden som hamnat i de olika grupperna har en uppdelning även skett med hänsyn till tidsdebitering, antal besök, teknikermedverkan samt varierande behandlingsinnehåll.

Sammanställningen nedan visar att arvodesrubrikerna fördelar sig relativt jämnt mellan de tre grupperna. De arvoden där minst 25 % av de svarande uppgett tidsdebitering har nästan samtliga hamnat i grupp 3. Någon större skillnad beträffande arvoden som avser behandlingar utförda vid ett eller flera patientbesök förmärks ej vad avser grupperna 1 och 2. Arvoden som innehåller en teknikerdel fördelar sig jämnt mellan grupp 1 och 2, medan ytterst få sådana arvoden hamnat i grupp 3. Utmärkande för grupp 3 är dessutom att den innehåller många arvodesrubriker som kan motsvaras av flera olika typer av behandlingar.

4.6 *Redovisning av på enkätformuläret lämnade kommentarer*

I enkätformuläret fanns även några speciella frågor samt plats för kommentarer. En sammanfattning av inkomna svar lämnas här.

4.6.1 Arvoderingsprinciper i fråga om röntgenkontroller

	Ja	Nej	Ej svar
1. Sker debitering av röntgenkontroller under en behandlingsperiod enligt debiteringsnormerna för röntgen (131–132)?	13 %	68 %	19 %
2. Ingår kostnaden för röntgenkontroll i debiteringen för respektive behandlingsåtgärd?	88 %	4 %	8 %

	Antal arvoden	Tidsdebitering		Behandlingen utförs normalt vid		Tekniker-arvode ingår	Arvodesrubriken innehåller flera typer av behandling
		< 25 % av svaren	25 % ≤ av svaren	1 besök	flera besök		
Grupp 1	34	34	–	18	16	14	–
Grupp 2	49	46	3	27	22	18	4
Grupp 3	32	18	14	28	4	6	19
	115	98	17	73	42	38	23

För nej-svaren i fråga 2 begärdes att man skulle ange debiteringsprincip. Olika svarstyper har förekommit. För samtliga gäller dock att viss reducering av arvodet för röntgenexponering tillämpas.

4.6.2 Debiteringsnormer för behandling i temporära bettet

Frågan var: "Tillämpas för sådan behandling ovan angivna arvodesnormer?"

Ja	55 %
Nej	29 %
Ej svar	16 %

Av dem som svarat nej anger de flesta att de tillämpar någon form av reducerat arvode. Några anger tidsdebitering men med viss reducering av timarvodet, andra remitterar barnpatienterna.

4.6.3 Övriga kommentarer

Genomgående tidsdebitering, ev. ej röntgen och intyg	12 st
Genomgående tidsdebitering utom kron – bro – protes och ev. röntgen och intyg där ett fast pris tillämpas	12 st
Summa tandläkare med utpräglad tidsdebitering	24 st

Övriga kommentarer avser ofta debiteringsprinciper avseende en eller flera enstaka behandlingsåtgärder. Dylika kommentarer har beaktats och i vissa fall förts in i samband med den allmänna analysen av arvodena. Några tandläkare har klart angivit att angivet normalarvode i det aktuella fallet blir föremål för mindre justeringar med hänsyn till sådana faktorer som tidsåtgång, svårighetsgrad etc. Dylika påpekanden torde gälla för hela materialet..

4.7 *Arbetstid*

Årsarbetstiden för varje tandläkare har framräknats manuellt vid granskningen av blanketterna. Uppgifter baseras på uppgivet antal arbetade veckor och antal arbetstimmar under en normal vecka. Följande instruktion fanns i anvisningarna för dessa uppgifter.

Antal arbetsveckor är lika med 52 minus antal veckor som praktiken varit stängd, dvs. 52 minus summan av antal hela veckor och delar av veckor som gått bort för helger (normalt 2 1/2, 1970), semester, kurser, sjukdom och annan bortovaro.

Veckoarbetstiden avser en normal arbetsvecka, korrigerad för säsongsvariationer. (Ex: Om man normalt arbetar 40 tim. per vecka under 8 månader och 30 tim. under 2 månader anges $\frac{40\times8+30\times2}{10}=39$ timmar per vecka). Med veckoarbetstid avses total arbetstid, dvs. såväl debiterad som icke debiterad tid som ägnas åt praktiken (dock ej tid som inte kan debiteras p. g. a. bristande patienttillgång).

Materialet har indelats i klasser efter årsarbetstid. I tabell 2 ges fördelningen av materialet efter dessa klasser antalsmässigt och i procent. Speciellt anges gruppen av tandläkare med kombinerad privatpraktik och tjänst. Denna grupp ingår i totalredovisningen.

Deltagarna i undersökningen redovisar totalt 922 000 timmar i årsarbetstid eller 1 492 timmar per tandläkare och år med 35,7 timmar per vecka i 41,8 veckor.

Tabell 3 visar veckoarbetstid efter årsarbetstidsklasser, och tabell 4 veckoarbetstid efter antal arbetade veckor.

4.8 *Bakgrundsvariabler*

Hela det insamlade materialet har också grupperats efter bakgrundsvariablerna födelseår, region, praktikform samt årsarbetstid. Årsarbetstiden avser alla tandläkare med praktikform 1–4 (exkl. de med kombinerad privatpraktik – tjänst).

Någon djupgående analys av betydelsen av dessa faktorer har inte gjorts. En enkel signifikansanalys har dock visat att även om vissa skillnader kan konstateras så är det påfallande vilken stor homogenitet som råder mellan olika bakgrundsvariabler och arvodes-

Tabell 2 Antal tandläkare fördelade efter årsarbetstid

Årsarbetstid	Totalt			I totalt ingående tandläkare med komb privattjänst
	Antal	%	Kumulerad	Antal
0– 999	78	12,6	12,6	32
1 000–1 099	21	3,4	16,0	5
1 100–1 199	16	2,6	18,6	3
1 200–1 299	44	7,1	25,7	4
1 300–1 399	24	3,9	29,6	2
1 400–1 499	52	8,4	38,0	1
1 500–1 599	81	13,1	51,1	–
1 600–1 699	104	16,8	67,9	1
1 700–1 799	74	12,0	79,9	–
1 800–1 899	68	11,0	90,9	–
1 900–1 999	27	4,4	95,3	–
2 000–	29	4,7	100,0	–
	618			48

nivån. Det har därför inte ansetts påkallat att här redovisa några tabeller. Eventuella samband mellan olika samverkande faktorer kan den genomförda analysen ej påvisa.

4.9 *Analys av den samlade arvodesnivån för ett antal representativa behandlingar hos enskilda tandläkare*

Hittills har redovisningen skett för varje enskild arvodesrubrik. Denna har visat att för de flesta arvoden föreligger en stor spridning vad avser arvodesnivån. Redovisningen ger dock inte besked om hur arvodesnivån varierar mellan olika typer av behandlingar för en och samma tandläkare. Inte heller vet man hur den totala nivån skiljer sig tandläkare emellan, dvs. hur bruttoinkomsten varierar då man tar hänsyn till nivån på samtliga arvoden. En analys av den senare frågan har därför skett varvid materialet genomgåtts för ytterligare maskinell bearbetning. Metoden har varit följande.

4.9.1 Analysmetod

För analysen har 20 arvodesrubriker (i två fall med alternativ) utvalts. Dessa är tagna från samtliga av arvodesenkätens huvudgrupper och torde representera minst 90 % av behandlingspanoramat inom en tandläkarpraktik. Detta dock under den förutsättningen att för alla arvodesrubriker inom varje grupp av behandlingsåtgärder arvodesnivån ligger ungefär lika för varje tandläkare, dvs. att den uttagna rubriken är representativ för gruppen av behandlingar. De uttagna arvodesrubrikerna finns angivna i tabell 5.

Varje arvodesrubrik har vid analysen tilldelats en viss vikt, vilken har bestämts på följande sätt. Från frekvensorundersökningen (se bilaga 1) har uppgift erhållits om hur stor del av arbetstiden som genomsnittligt ägnas åt de utvalda arvodesrubrikerna eller

Tabell 3 Antal tandläkare fördelade efter årsarbetstid och antal arbetstimmar per vecka

Årsarbetstid	Veckoarbetstid i timmar						
	0–9	10–19	20–29	30–34	35–39	40–44	45–
0– 999	4	26	39	4	2	2	1
1 000–1 099	–	–	19	2	–	–	–
1 100–1 199	–	–	12	3	1	–	–
1 200–1 299	–	–	6	33	5	–	–
1 300–1 399	–	–	–	19	5	–	–
1 400–1 499	–	–	–	16	36	–	–
1 500–1 599	–	–	–	3	73	5	–
1 600–1 699	–	–	–	–	65	39	–
1 700–1 799	–	–	–	–	30	44	–
1 800–1 899	–	–	–	–	4	54	10
1 900–1 999	–	–	–	–	–	16	11
2 000–	–	–	–	–	–	3	26
618	4	26	76	80	221	163	48
%	0,6	4,2	12,3	12,9	35,8	26,4	7,8

Tabell 4 Antal tandläkare efter antal arbetade veckor och arbetstid per vecka

Arb. veckor	Veckoarbetstid i timmar								
	0–9	10–19	20–29	30–34	35–39	40–44	45–	tot.	%
0–19	–	1	2	2	1	1	–	7	1,1
20–29	1	2	2	1	2	1	1	10	1,6
30–34	–	2	1	2	–	–	–	5	0,8
35–39	2	4	15	7	17	7	–	52	8,4
40	–	2	16	26	29	17	5	95	15,4
41	–	1	1	3	8	12	1	26	4,2
42	–	4	12	12	38	19	7	92	14,9
43	1	4	6	4	39	20	4	78	12,6
44	–	–	10	15	33	35	9	102	16,5
45	–	2	4	5	32	27	9	79	12,8
46	–	1	4	2	14	18	5	44	7,1
47	–	1	1	1	6	3	5	17	2,8
48	–	2	2	–	2	3	1	10	1,6
49	–	–	–	–	–	–	1	1	0,2
50	–	–	–	–	–	–	–	–	–
tot.	4	26	76	80	221	163	48	618	
%	0,6	4,2	12,3	12,9	35,8	26,4	7,8		

de grupper av behandlingar som de representerar. Ett antaget antal timmar har sedan använts för att med hjälp av frekvensorundersökningens resultat fördela en viss tidsmängd på varje av de 20 utvalda arvodesrubrikerna. Division har sedan skett med de medelbehandlingstider som i frekvensorundersökningen finns angivna för de olika arvodesrubrikerna. Efter en avrundning till jämna heltal har således vikter erhållits som för varje arvodesrubrik tar hänsyn till dels hur frekvent ifrågavarande behandling är, dels hur lång tid behandlingen tar. Vid analysen av arvodesnivån har man således kunnat beakta hur ofta de olika arvodesrubrikerna kan komma till användning inom en praktik med en verksamhet som ansluter sig till genomsnittliga fördelningen av arbetstiden.

Den fortsatta bearbetningen har sedan tillgått så att för varje tandläkare har bildats en produktsumma för de utvalda arvodena, dvs. de olika vikterna har multiplicerats med tandläkarens normalarvode för de enskilda arvodesrubrikerna. Motsvarande produktsumma bildas sedan med användande av medelvärdet för de olika arvodena. Kvoten mellan de båda produktsummorna har sedan bildats. Såväl i täljare som nämnare har enbart de arvodesrubriker där vederbörande tandläkare har ett numeriskt värde medtagits innan kvoten bildats.

Databearbetningen omfattar endast de tandläkare som för de utvalda arvodesrubrikerna har minst 14 st. angivna med numeriskt värde. Om sedan någon av de medtagna tandläkarna angivit tidsdebitering som arvoderingsprincip för någon rubrik, fungerade programmet så att vederbörandes tidsdebiteringsbelopp använts för att ersätta ett numeriskt värde på just denna arvodesrubrik.

För två arvodesrubriker har funnits alternativ. Om svar ej funnits på nr 421, helt genomförd rotbehandling av vital tand, har detta ersatts med summan av rubrikerna 414 och 417, primärrensning resp. rotfyllning med debitering per delåtgärd. Rubrik 011, tidsdebitering oberoende av svårighetsgrad, har kunnat ersättas av 012, tidsdebitering vid normal svårighetsgrad.

Om en tandläkare har angivit arvoden som överensstämmer med de framräknade medelvärdena för de olika arvodesrubrikerna kommer hans kvot således att ligga kring 1. Ligger en tandläkares arvoden under genomsnittsvärdena erhåller han ett värde mindre än 1. Den som har arvoden över de framräknade medelvärdena får en kvot som överstiger 1.

Exempel:

Arvodesrubriknummer	Medelvärde för normalt arvode i kronor	Vikt	Normalt arvode i kronor för		
			Tdl 1	Tdl 2	Tdl 3
113	39	49	45	30	T
131	16	43	20	10	5
133	89	1	100	75	50
151	28	16	60	T	–
011	123	22	140	–	–
(012)	(124)	22	–	100	–

Man kan likaså ha arvoden som både överresp. understiger medelvärdena och kommer då att få en kvot större eller mindre än 1 beroende på vilka arvoden som avviker, hur mycket de avviker och hur höga vikttalen är. Kvotsiffran ger således en uppfattning om hur den samlade arvodesnivån påverkar en praktiks bruttoinkomst.

Produktsumman för de olika arvodesrubrikernas medelvärden ger ett direkt belopp i kronor som uttrycker det brutto man teoretiskt skulle arbeta in om man utförde det antal behandlingar som teoretiskt ryms inom den tidsrymd som vikterna är beräknade på. På samma sätt går det att översätta de olika kvoterna till ett krontalsbelopp (se diagrammen).

4.9.2 Bearbetningar

Flera bearbetningar har gjorts med olika viktuppsättningar och medelvärden på normalarvodet (se tabell 5). För bearbetning 1–3 har de medelvärden som erhållits i föreliggande undersökning applicerats i nämnaren. För bearbetning 4, 5 och 6 har medelvärdena höjts med 10, 20 resp. 30 %.

Vikterna i bearbetning 1 skall återge en verksamhet där tandläkarens fördelning av arbetstiden i stort sett överensstämmer med den genomsnittliga fördelning som framkom ur frekvensundersökningen. Denna viktuppsättning har även använts för bearbetningarna 4, 5 och 6.

Ytterligare två viktsystem har konstruerats för bearbetning 2 och 3. Vid bearbetning 2 skall viktuppställningen spegla en praktik där huvuddelen av arbetena utförs inom den konserverande vården och där vissa rubriker för fast och avtagbar protes helt strukits. Vikterna vid bearbetning 3 återger en verksamhet där utförandet av protetiska arbeten upptar en relativt stor del av arbetstiden.

4.9.3 Resultat

Varje enskild kvot har framräknats maskinellt och listats i storleksordning. Kvoterna har sammanställts i klasser av storleken 0,1 varefter resultatet presenteras i diagramform (diagram 1–6). Förutom fördelningen framgår av diagrammen kumulativ procent och vad de olika kvoterna betyder översatt i produktsumma. Denna summas värde för kvoten 1 framgår av tabell 5 för varje bearbetning.

Diagrammen visar hur den varierande arvodessättningen kan tänkas påverka det inarbetade bruttot i praktiken om man inte tar hänsyn till individuella variationer beträffande behandlingstider, rationellt utnyttjande av praktikens resurser m. m. För att få en uppfattning om storleken på variationen av t. ex. brutto per år åsätter man kvoten 1,0 ett lämpligt värde på inarbetat brutto, och man kan då se hur fördelningen blir kring detta värde.

Bearbetning 1–3 visar fördelningen då man simulerar en genomsnittspraktik, en praktik med tonvikten lagd på konserverande vård samt en praktik med inriktning mera på protesarbeten. Några avsevärda förändringar visar inte fördelningsdiagrammen, varför man konstaterar att bruttonivån troligen är lika för de varierande inriktningarna och att de enskilda tandläkarnas avvikelser från medelvärdet på normalarvodet inte i stort påverkas av praktikinriktningen. Spridningen av arvodesnivån (se bl. a. avsnitt 5) när man granskar enskilda behandlingar kvarstår alltså när man som här söker beakta tandläkarnas

Tabell 6 Använda arvodesrubriker, medelvärden för arvodena samt vikter vid de sex olika bearbetningarna

M = Medelvärde för normalt arvode i kronor

Arvodesrubrik	Bearbetning nummer											
	1		2		3		4		5		6	
	M	Vikt	M	Vikt	M	Vikt	M förh med 10 %	Vikt	M förh med 20 %	Vikt	M förh med 30 %	Vikt
113 Undersökning inkl. bitewing	39	49	39	49	39	49	43	49	47	49	51	49
131 Röntgen, en exponering	16	43	16	43	16	43	18	43	19	43	21	43
133 Röntgen, helstatus	86	1	86	1	86	1	95	1	103	1	112	1
151 Avlägsnande av plaque, puts	28	16	28	16	28	16	31	16	34	16	36	16
211 Extraktion, en tand	36	17	36	17	36	17	40	17	43	17	47	17
311 Avlägsnande av tandsten	34	37	34	37	34	37	37	37	41	37	44	37
(414) Primärrensning	45	18	45	18	45	18	50	18	54	18	59	18
(417) Rotfyllning	65	15	65	15	65	15	72	15	78	15	85	15
421 Rotfyllning av vital tand, en kanal	104	17	104	17	104	17	114	17	125	17	135	17
511 Amalgam, en yta	38	28	38	34	38	14	42	28	46	28	49	28
512 Amalgam, två ytor, premolar	47	39	47	48	47	20	52	39	56	39	61	39
515 Amalgam, två ytor, molar	62	31	62	38	62	15	68	31	74	31	81	31
521 Silikat, en yta	44	44	44	54	44	22	48	44	53	44	57	44
533 Kompositfyllning, två ytor	57	7	57	9	57	4	63	7	68	7	74	7
733 Guldkrona med fasad	442	3	442	1	442	8	486	3	530	3	575	3
741 Porslinskrona	452	1	452	1	452	2	497	1	542	1	588	1
811 Broled, stödkrona	440	1	440	–	440	3	484	1	528	1	572	1
813 Broled, hängande	418	1	418	–	418	2	460	1	502	1	543	1
912 Hel ÖK el UK	522	1	522	1	522	2	574	1	626	1	679	1
925 Part 4–8 tänder, vitallium	857	1	857	–	857	1	942	1	1 028	1	1 114	1
011 Tidsdebitering	123	22	123	22	123	22	135	22	148	22	160	22
(012) Tidsdebitering	124	22	124	22	124	22	136	22	149	22	161	22
Produktsumma	20 646		19 686		21 572		22 709		24 786		26 841	

Bearbetning 1

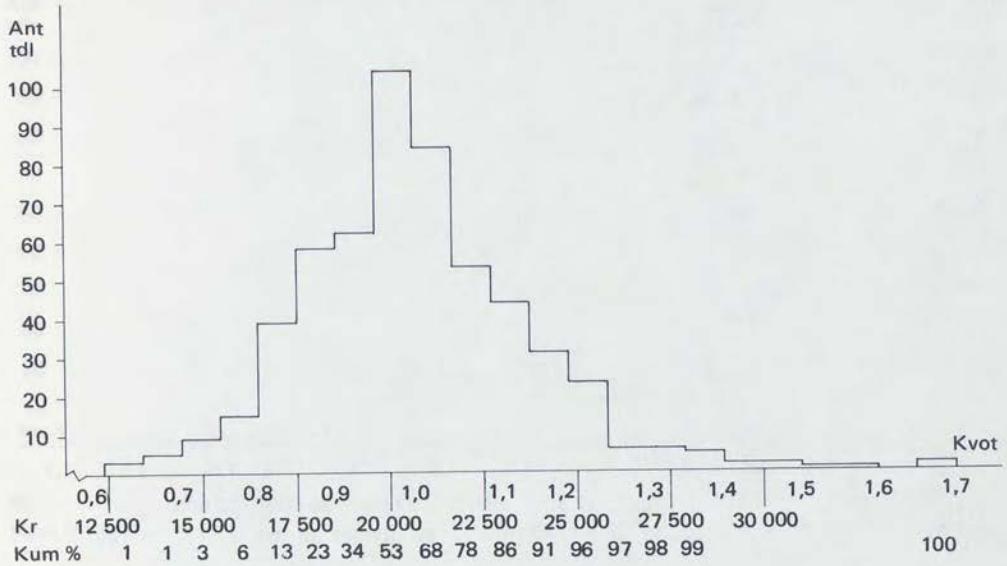


Diagram 1

Bearbetning 2

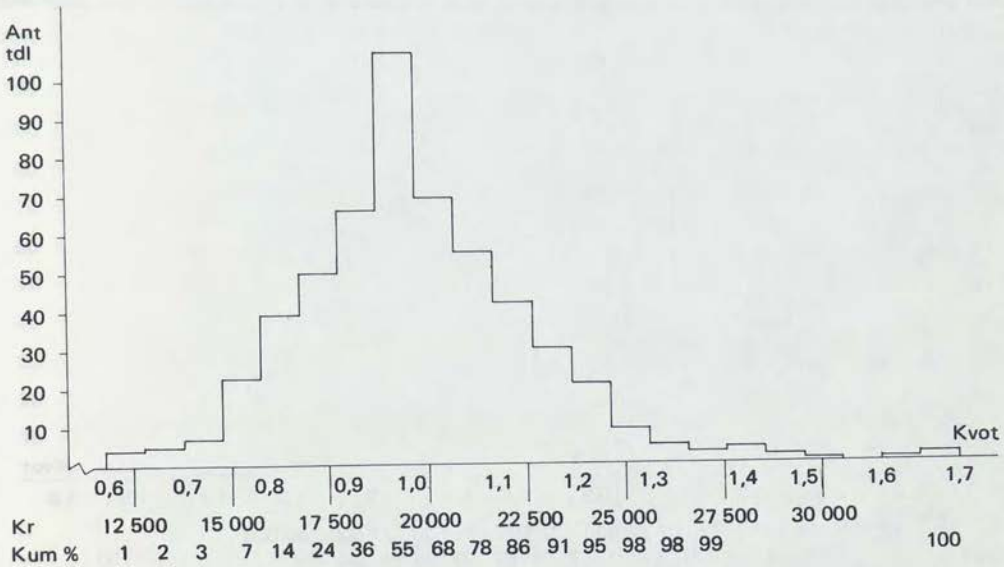
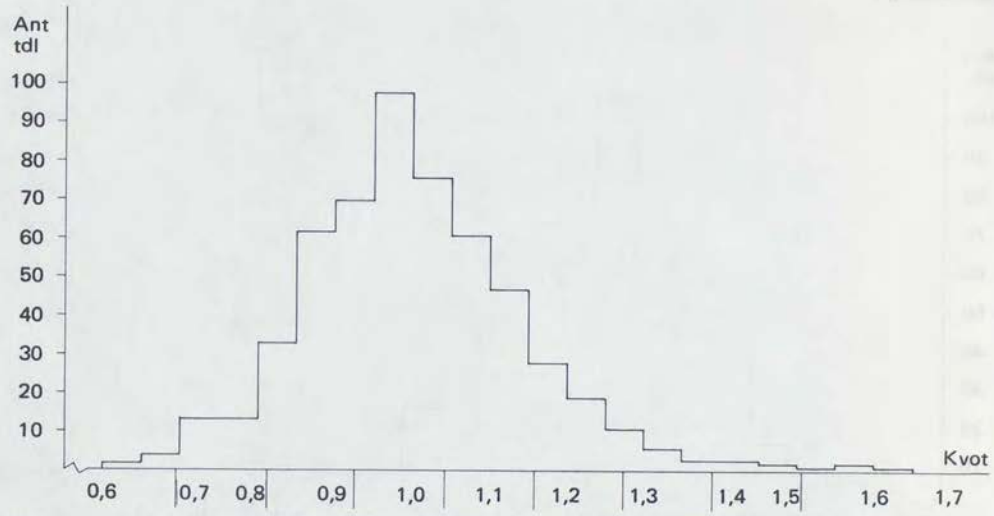


Diagram 2

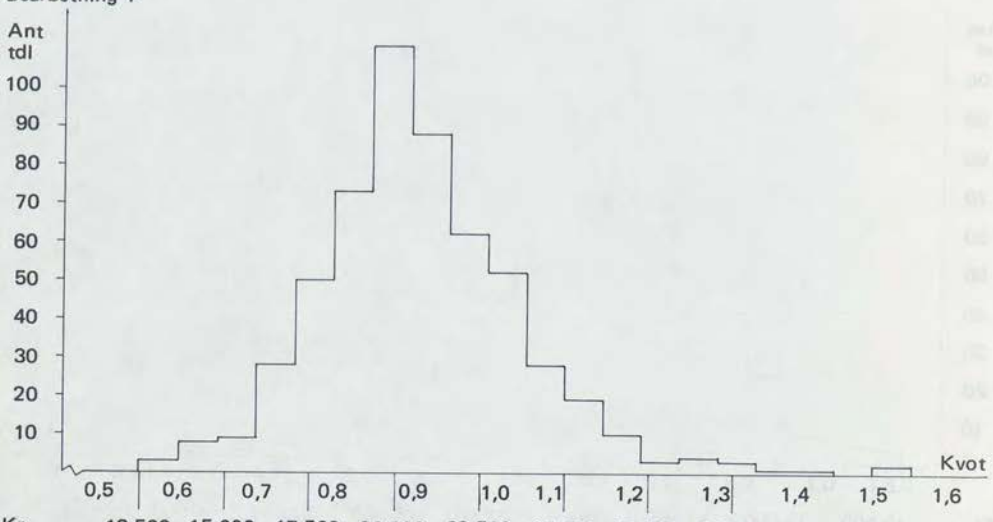
Bearbetning 3



Kr	15 000	17 500	20 000	22 500	25 000	27 500	30 000	32 500				
Kum %	1	3	6	12	23	36	53	67	77	86	91	95	97	98	98	99	100

Diagram 3

Bearbetning 4



Kr	12 500	15 000	17 500	20 000	22 500	25 000	27 500	30 000				
Kum %	2	4	9	18	31	51	67	78	87	92	96	98	98	99	100

Diagram 4

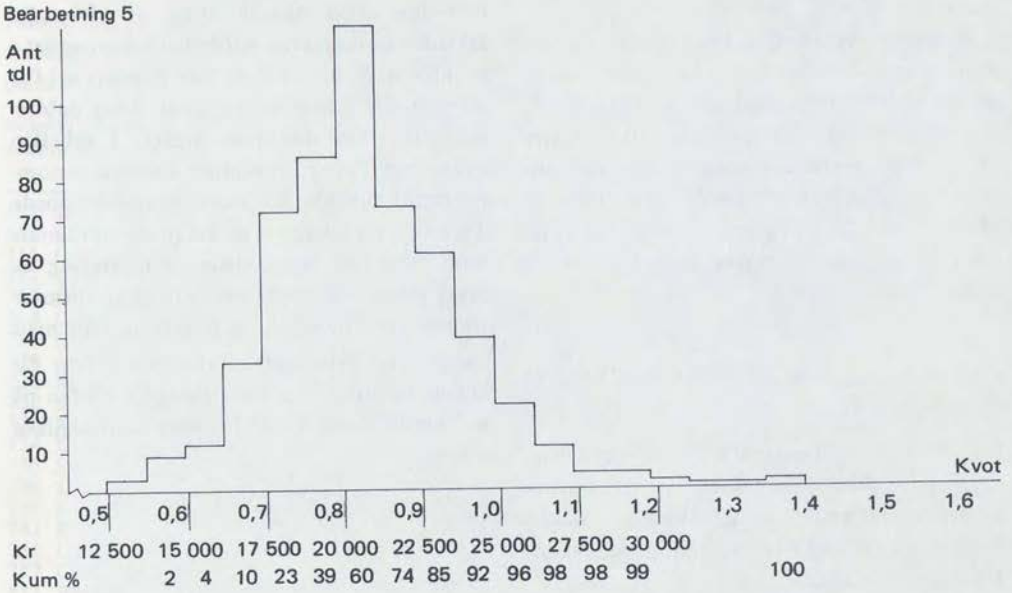


Diagram 5

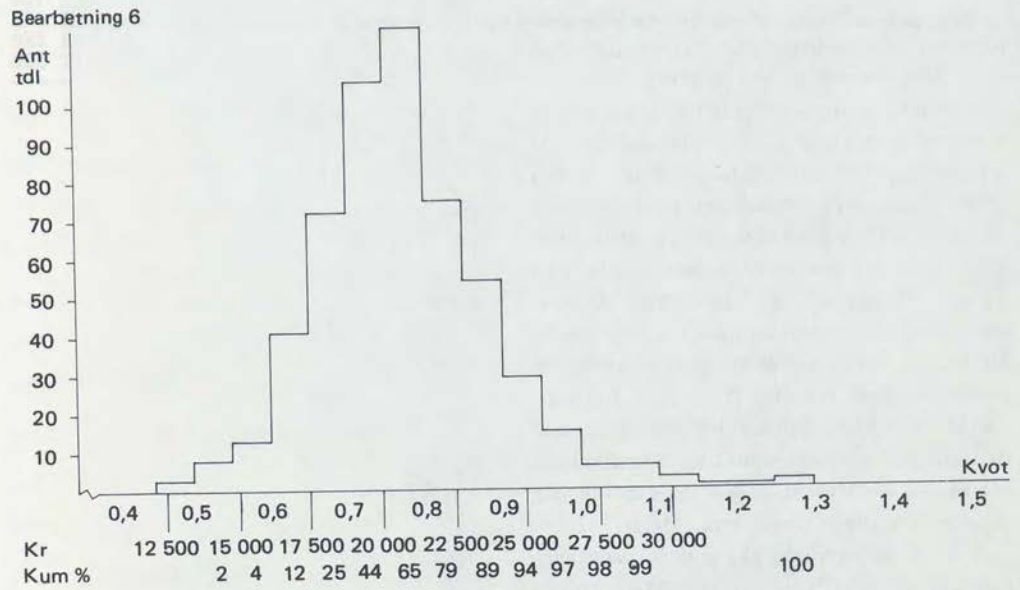


Diagram 6

totala arvodesnivå.

Bearbetningarna 4–6 skall ge svar på hur fördelningen blir om man höjer medelvärdet på normalarvodena med 10, 20 eller 30 %. Av diagrammen framgår att 78 % ligger under den samlade medelarvodesnivån om man höjer det med 10 % rakt över. Om man höjer med 20 % ligger 92 % under och slutligen om man höjer med 30 % ligger 97 % under.

4.10 *Arvoden som innefattar tandtekniskt arbete*

En hel del av arvodesrubrikerna innefattar normalt tandtekniskt arbete. Enligt anvisningarna till arvodesundersökningen skulle uppgivna arvoden avse debitering inkl. tandteknikerkostnader.

I tabell 6 har de arvodesrubriker angetts vilka normalt belastas med kostnader för tandtekniskt arbete. Ett försök har gjorts att få en uppfattning hur stor andel av de olika arvodena som utgörs av teknikerkostnader. För varje arbete som anges i tabellen har de moment av tandtekniskt arbete som normalt åtgår för att erhålla ett färdigt arbete typ guldkrona etc. listats upp. Kostnaden för dessa olika arbetsmoment har sedan tagits från Dentallaboratoriernas riksförbunds riktprislista 1970. Efter summering har påslag för mervärdeskatt skett.

Antalet arbetsmoment eller vilka arbetsmoment som åtgår för en tandtekniker för att utföra ett färdigt arbete beror dels på den arbetsteknik som tandläkaren använder, dels på vilken utformning det färdiga arbetet får. Kostnaden för det tandtekniska arbetet kan därigenom komma att variera rätt avsevärt för de olika arvodesrubrikerna. Ett försök att belysa detta har gjorts genom att varierande arvoden räknats fram med utgångspunkt i olika behandlingsprinciper och utformning av slutprodukten. Spännvidden för dessa variationer anges för arbeten där sådana är vanligen förekommande.

Viktigt att understryka i detta sammanhang är att tabellen ej återger något undersökningsresultat, utan enbart teoretiska värden för olika tandtekniska arvoden. De faktiska kostnaderna torde variera avsevärt i praktiken. Som exempel kan nämnas att för arbeten där ädelmetaller ingår dessa debiteras efter den vikt som åtgått. I tabellen nedan har en på erfarenhet baserad genomsnittsvikt använts. En större betydelse torde dock det förhållandet ha att priserna räknats fram efter en riktprislista. Rabattering av dessa priser torde ofta ske antingen i form av att alla arbetsmoment ej debiteras eller med en generell rabattsats. Tabellens siffror får således ej uppfattas som faktiska värden på vad tandläkarna betalt för sina tandtekniska arbeten.

Tabell 6 Sammanställning av arvoden som även innehåller en teknikerandel. Angivna arvoden avser medelvärden för normalarvoden. I teknikerkostnaderna, där moms är inkluderad, ingår även kostnad för ädelmetaller och prefabricerade tänder.

Rubrik i arvodes-undersökningen	Arvode (M) i kr	Normalt tekniker-arvode i kr inkl. moms	i % av M	Variation teknikerarv.
122 Studiemodell	45	17	38	
615 Bitskena	185	106	57	106–132
711 Guldinlägg en yta	186	63	34	
712 Guldinlägg, två ytor, front	257	78	30	
713 Guldinlägg, två ytor, molar	276	78	28	
714 Guldinlägg, tre ytor, premolar	312	112	36	111–120
715 Guldinlägg, tre ytor, molar	331	112	35	111–120
716 3/4 krona	371	112	30	111–120
731 Krona i ädelmetall	407	136	33	131–136
732 Krona i ädelmetall, molar	423	136	32	131–136
733 Krona med fasad	442	187	42	161–188
734 Krona med porslin	554	271	49	267–271
735 Stiftkrona, Davies	434	174	40	170–174
736 Stiftkrona, Richmond	441	184	42	180–184
737 Förankringselement	258	122	47	
741 Porslinskrona	452	143	32	139–143
751 Gjuten pelare	113	79	70	
752 Gjuten pelare med kappa	121	106	88	101–106
811 Broled, stödkrona	440	152	35	148–209
812 Broled, stödinlägg	399	160	40	
813 Broled, hängande	416	127	31	
814 Broled, stöd	557	310	56	306–310
815 Broled, porslin	535	278	52	
816 Temporärt broled	56	32	57	
911 Helprotes	970	429	44	429–553
912 Hel under- eller överkäksprotes	522	214	41	214–313
913 Immediatprotes	524	213	41	213–350
921 Part 1–3 tänder	441	208	47	208–231
922 Part 4–8 tänder	492	244	50	244–267
923 Part 9–13 tänder	530	297	56	297–320
924 Part 1–3 tänder	823	372	45	
925 Part 4–8 tänder	857	409	48	
926 Part 9–13 tänder	897	461	51	
927 Särskilda förankringselement	226	kan ej anges		
931 Rebasering av protes	131	67	51	67–100
932 Rep av protes	59	37	63	37– 64
933 Tillsättning av tand, per tand	53	40	75	40– 68

ARVODESUNDERSÖKNING

Avser arvoden i enskild praktik **hösten 1970**

1-8

Födelseår | Länsbokstav | Praktikform: ☐ ensam ☐ principal ☐ arrende ☐ associer ☐ assistent ☐ komb. privatpraktik-tjänst (ex. försvarstdl, lärare)

	Normalt arvode	Spännvidd Lägsta arvode	Spännvidd Högsta arvode
100 Undersökning, rådfrågning och allmän behandling			
110 Primärundersökning			
01 → 9-10 111 Saneringsfall	11-13	14-16	17-19
112 Revisionsfall	20-22	23-25	26-28
113 Undersökning inkl bitewing	29-31	32-34	35-37
114 Terapiförslag och kostnadsberäkning	38-40	41-43	44-46
120 Kompletterande undersökning			
121 Parodontalstatus	47-49	50-52	53-55
122 Studie- eller arkivmodell inkl enklare analys	56-58	59-61	62-64
123 Bettanalys i individuell artikulator	65-67	68-70	71-73
02 → 9-10 124 Provtagning för laboratorie-undersökning inkl analyskostnader (PAD etc)	11-13	14-16	17-19
130 Röntgenundersökning			
131 En exponering	20-22	23-25	26-28
132 Varje ytterligare exponering	29-31	32-34	35-37
133 Helstatus	38-40	41-43	44-46
134 Tillägg för bitewing i samband med primärundersökning per exponering	47-49	50-52	53-55

I vissa fall sker upprepade röntgenkontroller av en och samma tand eller tandgrupp under en behandlingsperiod, t ex vid rotbehandling eller fyllningskontroll.

Sker debiteringen härvid enligt ovan? 74 1 ☐ Ja 2 ☐ Nej

Ingår kostnaden härför i debiteringen för den aktuella åtgärden? 75 1 ☐ Ja 2 ☐ Nej

Om Nej: ange annan debiteringsprincip

	Normalt arvode	Spännvidd Lägsta arvode	Spännvidd Högsta arvode
140 Intyg m m			
141 Recept	11-13	14-16	17-19 ← 03 9-10
142 Intyg, enkelt	20-22	23-25	26-28
143 Intyg (försäkring, domstol etc)	29-31	32-34	35-37
144 Remiss	38-40	41-43	44-46
150 Viss allmän behandling			
151 Avlägsnande av plaque, puts, polering etc	47-49	50-52	53-55
152 Instruktion i allmän munhygien med kostrådgivning	56-58	59-61	62-64
153 Lokal fluorbehandling	65-67	68-70	71-73
154 Behandling av känsliga tandhalsar	11-13	14-16	17-19 ← 04 9-10
155 Övrigt (audiovisuella hjälpmedel etc)	20-22	23-25	26-28
200 Tandkirurgisk behandling			
210 Extraktioner			
211 Extraktion av en tand	29-31	32-34	35-37
212 Extraktion av ytterligare tand vid samma tillfälle	38-40	41-43	44-46
213 Extraktion komplicerad (t ex separering eller uppklaffning)	47-49	50-52	53-55
214 Operativt avlägsnande av tand (retinerad)	56-58	59-61	62-64
215 Behandling av efterblödning, eftersmärtor etc	65-67	68-70	71-73
220 Övrig tandkirurgi			
221 Incision av abcess	11-13	14-16	17-19 ← 05 9-10
222 Behandling av dent difficilitis, per gång	20-22	23-25	26-28
223 Rotspetsoperation	29-31	32-34	35-37
224 Frenulumplastik	38-40	41-43	44-46
225 Annan kirurgisk behandling	47-49	50-52	53-55
226 Normal efterbehandling vid återbesök	56-58	59-61	62-64

300 Parodontalbehandling

310 Icke kirurgisk parodontalbehandling	Normalt arvode	Spännvidd Lägsta arvode	Spännvidd Högsta arvode
311 Avlägsnande av tandsten och rotplaning	65-67	68-70	71-73
312 Avlägsnande av överskott	11-13	14-16	17-19
313 Medikamentell tandköttsbehandling	20-22	23-25	26-28

06 → 9-10

320 Parodontalkirurgi			
321 Gingivektomi, en till tre tänder	29-31	32-34	35-37
322 Gingivektomi, kvadrant	38-40	41-43	44-46
323 Flap operation	47-49	50-52	53-55
324 Normal efterbehandling vid återbesök	56-58	59-61	62-64
325 Övrigt	65-67	68-70	71-73

400 Pulpa och rotbehandling

Alternativ 1
Om debitering **per delåtgärd** tillämpas

411 Trepanering, exkavering	11-13	14-16	17-19
412 Devitaliserande inlägg	20-22	23-25	26-28
413 Amputation	29-31	32-34	35-37
414 Primärrensning	38-40	41-43	44-46
415 Efterföljande rensning	47-49	50-52	53-55
416 Inläggsbyte	56-58	59-61	62-64
417 Rotfyllning	65-67	68-70	71-73

07 → 9-10

Alternativ 2
Om debitering för **helt** genomförd rotbehandling tillämpas

420 a) Vital tand			
421 Rotfyllning av vital tand en kanal	11-13	14-16	17-19
422 Rotfyllning av vital tand två kanaler	20-22	23-25	26-28
423 Rotfyllning av vital tand tre eller flera kanaler	29-31	32-34	35-37
424 Pulpaamputation	38-40	41-43	44-46
425 Pulpaöverkappning	47-49	50-52	53-55

08 → 9-10

430 b) Icke vital tand	Normalt arvode	Spännvidd Lägsta arvode	Spännvidd Högsta arvode
431 Rotfyllning av icke vital tand en kanal	56-58	59-61	62-64
432 Rotfyllning av icke vital tand två kanaler	65-67	68-70	71-73
433 Rotfyllning av icke vital tand tre eller flera kanaler	11-13	14-16	17-19
441 Baktereologiskt prov	20-22	23-25	26-28

← 09 9-10

500 Amalgam, silikat och likartad terapi

510 Amalgam			
511 Restaurering, en yta	29-31	32-34	35-37
512 Två sammanhängande ytor, premolar	38-40	41-43	44-46
513 Två sammanhängande ytor, molar	47-49	50-52	53-55
514 Tre sammanhängande ytor, premolar	56-58	59-61	62-64
515 Tre sammanhängande ytor, molar	65-67	68-70	71-73
516 Krona å premolar, inkl stiftförankring	11-13	14-16	17-19
517 Krona å molar, inkl stiftförankring	20-22	23-25	26-28
518 Kronpelare, inkl stiftförankring	29-31	32-34	35-37

← 10 9-10

520 Silikatcement eller självpolymeriserande akrylat			
521 Restaurering, enstaka yta	38-40	41-43	44-46
522 Restaurering, två motstående ytor, per styck	47-49	50-52	53-55
523 Komplicerad fyllning (ex hörn)	56-58	59-61	62-64

530 Kompositionsmaterial			
531 Enstaka yta	65-67	68-70	71-73
532 Två motstående ytor, per styck	11-13	14-16	17-19
533 Två sammanhängande ytor	20-22	23-25	26-28
534 Tre sammanhängande ytor	29-31	32-34	35-37
535 Krona, inkl stiftförankring	38-40	41-43	44-46
536 Stiftförankring, vital tand	47-49	50-52	53-55

← 11 9-10

600 Annan behandling

611 Excavering och behandling med provisorisk fyllning	56-58	59-61	62-64

612 Fastsättning eller cementering av fasad, pontic och kronor	65-67	68-70	71-73
613 Borttagande av gamla stift eller kronor	11-13	14-16	17-19
614 Bettinslipning	20-22	23-25	26-28
615 Bitskena	29-31	32-34	35-37
700 Inlägg, kronor och stifttänder, separata (se anvisn 4)			
710 Inlägg			
711 Restaurering med guldinlägg, en yta	38-40	41-43	44-46
712 Två sammanhängande ytor, front eller premolar	47-49	50-52	53-55
713 Två sammanhängande ytor, molar	56-58	59-61	62-64
714 Tre sammanhängande ytor, premolar	65-67	68-70	71-73
715 Tre sammanhängande ytor, molar	11-13	14-16	17-19
716 ¾ krona	20-22	23-25	26-28
720 Restaurering med kohesivt guld			
721 Skarv av guldkonstruktion	29-31	32-34	35-37
722 Separat fyllning	38-40	41-43	44-46
730 Kronor (se även 750)			
731 Krona i ädelmetall, premolar, utan fasad	47-49	50-52	53-55
732 Krona i ädelmetall, molar, utan fasad	56-58	59-61	62-64
733 Krona med fasad	65-67	68-70	71-73
734 Krona med metallbundet porslin	11-13	14-16	17-19
735 Stiftkrona, Davies	20-22	23-25	26-28
736 Stiftkrona, Richmond	29-31	32-34	35-37
737 Särskilda tillkommande förankringselement (typ Bifra, Dolder etc)	38-40	41-43	44-46
740 Porslin (se även 750)			
741 Porslinskrona	47-49	50-52	53-55

	Normalt arvode	Spännvidd Lägsta arvode	Spännvidd Högsta arvode
750 Övrigt			
751 Gjuten metallpelare (då sådan debiteras separat)	56-58	59-61	62-64
752 Gjuten metallpelare med kappa (då sådan debiteras separat)	65-67	68-70	71-73
753 Temporär krona	11-13	14-16	17-19
800 Broterapi (se anvisn 4)			
811 Broled, stöd-krona	20-22	23-25	26-28
812 Broled, stöd-inlägg	29-31	32-34	35-37
813 Broled, hängande	38-40	41-43	44-46
814 Broled, stöd, metallbundet porslin	47-49	50-52	53-55
815 Broled, hängande, metallbundet porslin	56-58	59-61	62-64
816 Temporärt broled	65-67	68-70	71-73
900 Avtagbar protes (se anvisn 4)			
910 Total tandförlust			
911 Helprotes	11-14	15-18	19-22
912 Hel över- eller underkäksprotes	23-26	27-30	31-34
913 Behandling med immediatprotes, en käke, exkl erforderlig kirurgisk behandling och ev rebasering	35-38	39-42	43-46
920 Partiell tandförlust			
Med bockade eller gjutna klamrar			
921 Partiell protes 1—3 tänder	47-50	51-54	55-58
922 Partiell protes 4—8 tänder	59-62	63-66	67-70
923 Partiell protes 9—13 tänder	11-14	15-18	19-22
Med vitalliumskelett			
924 Partiell protes 1—3 tänder	23-26	27-30	31-34
925 Partiell protes 4—8 tänder	35-38	39-42	43-46
926 Partiell protes 9—13 tänder	47-50	51-54	55-58
927 Särskilda tillkomna förankringselement	59-62	63-66	67-70

		Normalt arvode	Spännvidd Lägsta arvode	Högsta arvode
	930 Övrigt			
18 → 9-10	931 Rebasering av protes	11-14	15-18	19-22
	932 Reparation av protes	23-26	27-30	31-34
	933 Tillsättning av tand, per tand	35-38	39-42	43-46
	934 Justering av protes	47-50	51-54	55-58
	000 Övrigt			
	010 Tidsdebitering			
19 → 9-10	011 Tidsdebitering oberoende av svårighetsgrad (T)			11-13
	012 Tidsdebitering vid normal svårighetsgrad (T_1)			14-16
	013 Tidsdebitering vid högre svårighetsgrad (T_2)			17-19
	020 Uteblivande från överenskommen behandlingstid			
	021 Per timme			20-22
	022 Per gång			23-25

030 Jourtillägg	
031 Procentuell förhöjning	26-28
032 Timarvodestillägg	29-31
040 Behandling i temporära bettet	
Tillämpas för sådan behandling ovan angivna arvodesnormer?	32 1 ☐ Ja 2 ☐ Nej
Om Nej: Ange de normer som tillämpas	
051 Antal arbetade veckor 1970 (minus antal veckor praktiken varit stängd) (se anvisn 7)	33-34
052 Antal arbetstimmar under en normal vecka 1970, (med säsongskorrektion för sommartid o dyl) (se anvisn 7)	35-36

Ifylles av STF

37-40

060 Övriga av Dig ev tillämpade arvodesnormer som ej angivits ovan.

Avrives av STF

Namn

Adress

Telefon (med riktnummer)

ANVISNINGAR
till arvodesundersökning

Det är mycket svårt — kanske omöjligt — att göra ett frågeformulär, som täcker varje typ av behandlingsåtgärd och häremot svarande arvode. Följande anvisningar bör kunna underlätta besvarandet. Försök att besvara alla behandlingsåtgärder så noggrant som möjligt.

1. Arvodesuppgifterna skall avse **hösten 1970.**

2. Vid varje behandlingsåtgärd finns tre rutor nämligen:
"Normalt arvode". Här ifylles det arvode som erfarenhetsmässigt visat sig vara det mest förekommande eller använts som riktmärke hösten 1970.

"Lägsta arvode" — "Högsta arvode" ("Spännvidd"). Här anges de arvodesgränser inom vilka de flesta behandlingarna erfarenhetsmässigt varierade hösten 1970.

3. Uppgivna arvoden skall avse debitering **inkl** tandteknikerkostnader.

4. Om inte "normalt arvode" kan anges för viss typ av behandling beroende på, att debitering alltid sker efter någon speciell debiteringsnorm, eller att debitering ej sker särskilt, ange detta under rubriken "Normalt arvode" med det tillämpliga av nedanstående koder:

T	Tidsdebitering oberoende av svårighetsgrad
T_1	Tidsdebitering vid normal svårighetsgrad
T_2	Tidsdebitering vid högre svårighetsgrad
RT	Reducerad tidsdebitering
Tk	Enbart teknikerkostnad
TTk	Tidsdebitering + teknikerkostnad
STk	Styckepris + teknikerkostnad
ST	Styckepris + tidsdebitering
2Tk	2 ggr teknikerkostnad
3Tk	3 ggr teknikerkostnad
DEJ	Debiteras ej särskilt
BEJ	Behandlingen göres ej

Även om debitering sker enligt ovan, bör högsta och lägsta arvode enl punkt 2 anges, dvs inom vilka gränser (i kronor räknat) de flesta behandlingar erfarenhetsmässigt varierade hösten 1970.

5. I vissa fall kan rubrikerna synas onödigt detaljerade. Om Du **regelmässigt** tillämpar ett samlingsarvode för två eller flera i formuläret upptagna rubriker, och följaktligen inte kan dela upp Ditt arvode för dessa åtgärder, försök att markera detta med angivande av totalarvodet.

6. Om Du finner att någon åtgärd saknas, för vilken Du tillämpar en specifik arvodesnorm, ber vi Dig komplettera på lämplig tom rad.

7. Till formuläret har även fogats uppgift på antal arbetsveckor och veckoarbetstid 1970.

Antal arbetsveckor är lika med 52 minus antal veckor som praktiken varit stängd, dvs 52 minus summan av antal hela veckor och delar av veckor som gått bort för helger (normalt 2½, 1970), semester, kurser, sjukdom och annan bortovaro.

Veckoarbetstiden avser en normal arbetsvecka, korrigerad för säsongsvariationer.
(Ex: Om man normalt arbetar 40 tim per vecka under 8 månader och 30 tim under 2 månader anges $\frac{40\times8+30\times2}{10}$ = 38 timmar per vecka.)
Med veckoarbetstid avses total arbetstid dvs såväl debiterad som icke debiterad tid som ägnas åt praktiken (dock ej tid som inte kan debiteras p g a bristande patienttillgång).

Vid eventuella oklarheter och frågor kontakta sekr Bengt Holm eller sekr Ingemar Egelstedt, Sveriges Tandläkarförbund, Fack, 102 40 Stockholm 5, tel 08/63 12 50.

Bilaga 5 Mödratandvårdsundersökning

Innehåll

5.1 Undersökningens genomförande och syfte 352
5.2 Undersökningspopulationen . . . 352
5.3 Insamling av data 353
5.4 Sammanställning av erhållna svar 353
5.4.1 Tabelluppställning 353
5.4.2 Kommentarer till tabellerna 353

Mödratandvårdsundersökning

5.1 *Undersökningens genomförande och syfte*

Enligt gällande bestämmelser i lagen om allmän försäkring har blivande och nyblivna mödrar rätt till viss återbäring för utgifter för tandvård under havandeskapstiden och inom 270 dagar efter förlossningen, se kapitel 5.2. Den som är berättigad till mödratandvård erhåller förtur i folktandvården inom de flesta distrikt.

1970 års utredning om tandvårdsförsäkring har låtit riksförsäkringsverket utföra en undersökning beträffande mödratandvården. Avsikten med undersökningen var i första hand att söka belysa ett eventuellt samband mellan inkomst och barnaföderskornas utnyttjande av rätten till ersättning för tandvårdsutgifter. Vidare avsåg man att erhålla uppgifter om i vilken utsträckning som barnaföderskor kände till denna försäkringsförmån. Undersökningen skulle slutligen ge vissa upplysningar om tandvårdsvanorna hos det klientel som erhåller mödratandvård.

Undersökningen har gjorts i form av en statistisk undersökning där man via försäkringskassorna inhämtade uppgifter om ersättningsberättigade mödrar.

5.2 *Undersökningspopulation*

Urvalsramen var de mödrar som fött barn under 1970. Av dessa omfattade undersökningen de mödrar som fött barn under perioden 1–21 november 1970. Dessa har alltså haft rätt till återbäring på kostnader för tandvård som utförts under tiden februari 1970–augusti 1971. Mödrar, som har proteser eller som erhållit fri tandvård p. g. a. att de själva eller någon nära anhörig är tandläkare, ingår ej i undersökningen. Ej heller har mödrar samboende med make/partner, vilken ej var inskriven i allmän försäkringskassa, medtagits i undersökningen. Mödrar vars barn var dödfött eller avlidit efter förlossningen är likaledes uteslutna.

Undersökningspopulation och bortfall framgår av följande sammanställning.

Antal barnaföderskor perioden 1–21 nov 1970 (6 barnaföderskor med dödfödda barn ingår ej.)	5 076
Sammanboende med make/partner som ej var inskriven i allmän försäkringskassa	4
Barnaföderskor som erhållit fri tandvård	8
Barnaföderskor som har helprotes	18
Undersökningspopulation	5 046
Ej anträffbara	101
Vägrat medverka eller make/partner ej kunnat identifieras i kassans register	34
Flyttat utomlands	48
Antal mödrar som ingår i undersökningen	4 863
Procent av undersökningspopulationen	95,8 %

5.3 *Insamling av data*

Vissa uppgifter om de för undersökningen aktuella mödrarna hämtades ur kassornas register. Kassorna genomförde därefter telefonintervjuer enligt en särskild intervjublankett (underbilaga 1). De svarsalternativ som ingår i fråga 8 – orsaker till att vederbörande inte besökt tandläkare – angavs därvid av den som utförde intervjun. Uppgift om den försäkrades sjukpenningklass har tagits direkt ifrån kassans register. I vissa fall har uppgifterna om barnaföderskorna kompletterats genom kontakter med barnavårdsman, pastorsämbete eller socialbyrå. I de fall då barnaföderskan sammanbodde med make/partner under den aktuella perioden har uppgifter inhämtats på samma sätt.

5.4 *Sammanställning av erhållna svar*

5.4.1 Tabelluppställning

De erhållna svaren har sammanställts i ett antal tabeller (tab. 1–13). Uppgifterna avser dels hela riket, dels olika regioner. Den regionala indelningen är storstäder, skogslän och övriga i riket med följande indelningsgrund:

Region	Innefattar
Storstäder	Stockholm, Göteborg, Malmö
Skogslän	Värmlands, Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens, Norrbottens
Övriga riket	Resterande län (utom storstäderna)

I vissa tabeller görs en indelning efter hushållsinkomst. Denna inkomst har satts till mitten i det inkomstintervall som motsvarar den försäkrades sjukpenningklass med undantag för försäkrade med årsinkomst uppgående till 39 000 kronor eller mer. Om barnaföderskan sammanbodde med make/partner har bådas hushållsinkomster adderats till gemensam hushållsinkomst. De mot sjukpenningklasserna svarande hushållsinkomsterna framgår av underbilaga 2.

5.4.2 Kommentarer till tabellerna

Av tabell 1 framgår att en mycket stor andel (drygt 97 %) av de ersättningsberättigade kände till försäkringsförmånen. Ingen nämnvärd skillnad föreligger mellan de geografiska regionerna i detta avseende. Detsamma gäller för mödrar i olika åldrar (tabell 2). Ej heller synes några större skillnader föreligga vad beträffar kännedom om förmånen när en uppdelning sker efter hushållsinkomstens storlek (tabell 3). En mycket intensiv upplysningsverksamhet om mödratandvårdsförsäkringen bedrivs framförallt på mödra- och barnavårdscentralerna varför det erhållna resultatet ej är förvånande.

Av dem som var berättigade till ersättning utnyttjade drygt 83 % försäkringen (tabell 1). Någon geografisk skillnad kunde ej noteras. I tabell 4 har de mödrar som utnyttjade ersättningsrätten fördelats efter hushållsinkomstens storlek. Därvid finner man att utnyttjandegraden stiger med ökande hushållsinkomst; försäkringsförmånen utnyttjas minst inom de två lägsta inkomstgrupperna. Vid en uppdelning i olika regioner (tabell 5) förstärks denna tendens vad beträffar storstäderna.

Den övervägande delen av mödratandvården har utförts inom privattandvården. Detta framgår av tabell 6. Utnyttjandet av folktandvården sjunker med stigande inkomst, medan besöken hos privatpraktiker ökar påtagligt. Vid tolkning av tabellen bör man komma ihåg att blivande eller nyblivna mödrar har förtur i folktandvården och att siffrorna ej kan anses gälla för befolkningen i övrigt.

Vid regional uppdelning finner man (se tabell 7) att folktandvården i storstäderna svarar för en mindre del av mödratandvården. I skogslänen dominerar den inom de två lägsta inkomstklasserna. Detta torde sammanhänga med att folktandvårdens vuxentandvård är bäst utbyggd i skogslänen och att förtur inte alltid finns för mödrar bosatta inom de övriga regionerna.

Hushållsinkomstens relation till utnyttjandegraden framgår något mer överskådligt av

tabell 8 där median- och kvartilvärden använts vid uppdelningen. Tidigare noterade skillnader kommer här igen, som t. ex. att hushållsinkomsten är något lägre hos dem som sökt folktandvården för att få sin mödratandvård utförd. De som sökt tandläkare under ersättningsperioden har också i regel en något högre inkomst än de som ej sökt tandläkare.

Frågan om man utnyttjat ersättningsrätten eller ej sammanhänger givetvis med tidigare tandvårdsvanor. Av tabell 9 framgår att mödrarna inom åldersgruppen 16–19 år har den lägsta förekomsten av regelbundna tandvårdsvanor. Frekvensen av regelbundna tandläkarbesök stiger sedan med åldern för att åter minska i de högre åldrarna. Vid den regionala uppdelningen (tabell 10) förstärks denna tendens ytterligare vad beträffar skogslänen. Vid tolkning av resultaten bör än en gång understrykas att undersökningen omfattar en speciell grupp patienter. I stort torde dock resultaten överensstämma med andra undersökningar (t. ex. Smedby, se kapitel 3).

Enligt tabell 11 synes frågan om regelbundna tandläkarbesök för mödrarnas del vara sammankopplad med hushållsinkomsten. Så uppger t. ex. ca 65 % inom den lägsta inkomstklassen att de regelbundet besöker tandläkaren, medan motsvarande siffra i den högsta inkomstklassen är 86 %. Detta resultat är dessutom något mer markant i skogslänen och storstäderna (tabell 12). Dessa siffror kan delvis förklara en del av resultaten i tabellerna 4 och 5, dvs. mödratandvårdsförsäkringen synes ej ha kunnat helt påverka tidigare tandvårdsvanor som här visat sig ha ett visst samband med hushållsinkomsten. Detta framgår även av tabell 13 där de som varken utnyttjat ersättningsrätten och som ej går regelbundet till tandläkaren framförallt återfinns inom de lägre inkomstgrupperna. De mödrar som ej har regelbundna tandvårdsvanor men som sökt mödratandvård utgör dock 14 % av totalantalet.

I tabell 14 har de uppgivna orsakerna till att ersättningsrätten ej utnyttjades angetts med en uppdelning efter hushållsinkomst. Totalt finner man en relativt jämn fördelning av den uppgivna orsaken med en viss övervikt för alternativen "tyckte inte det behövdes" och "annan orsak". De olika alternativen fördelar sig relativt jämnt mellan de olika inkomstklasserna. Materialet till tabellen är hämtat från 677 svarande som ingick i denna grupp. Det torde vara svårt att få fram den verkliga orsaken till uteblivna tandläkarbesök genom telefonintervju där ett stort antal intervjuare medverkar. Uppräkningen av de olika alternativen torde även medföra att resultaten får bedömas med viss försiktighet.

Tabell 1 Mödrar fördelade efter kännedom om ersättningsrätten samt utnyttjandegraden.

Antal mödrar, som var berättigade till ersättning för utgifter för tandläkarvård, var för

hela riket	4 863
storstäder	1 357
skogslän	977
övriga riket	2 529

Av dessa kände följande antal till ersättningsrätten.

hela riket	4 743
storstäder	1 321
skogslän	955
övriga riket	2 467

I procent av antal berättigade utgör de för

hela riket	97,5
storstäder	97,4
skogslän	97,8
övriga riket	97,6

Av dem som var berättigade till ersättning utnyttjade följande antal försäkringen.

hela riket	4 066
storstäder	1 124
skogslän	812
övriga riket	2 130

I procent av antal berättigade utgör de för

hela riket	83,6
storstäder	82,8
skogslän	83,1
övriga riket	84,2

Tabell 2 Mödrar fördelade efter kännedom om ersättningsrätten och efter ålder.

Hela riket
Procentuell fördelning

Kände till ersättningsrätten	Ålder						
	16–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40 och däröver	Summa
ja	95,0	97,8	98,1	97,7	95,6	96,6	97,4
nej	5,0	2,2	1,9	2,3	4,1	3,4	2,6
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 3 Mödrar med kännedom om ersättningsrätten fördelade efter hushållsinkomst.

Hela riket
Absolut fördelning

Kännedom om ersättningsrätten	Hushållsinkomst					
	–20 000	20 000–30 000	30 000–40 000	40 000–50 000	50 000–	Summa
ja	537	846	1 348	888	1 124	4 743
nej	23	24	35	18	20	120
Summa	560	870	1 383	906	1 144	4 863

Procentuell fördelning

Kännedom om ersättningsrätten	Hushållsinkomst					
	–20 000	20 000–30 000	30 000–40 000	40 000–50 000	50 000–	Summa
ja	95,9	97,2	97,5	98,0	98,3	97,5
nej	4,1	2,8	2,5	2,0	1,7	2,5
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 4 Mödrar som utnyttjade ersättningsrätten fördelade efter hushållsinkomst.

Hela riket
Absolut fördelning

Utnyttjade ersättningsrätten	Hushållsinkomst					
	–20 000	20 000–30 000	30 000–40 000	40 000–50 000	50 000–	Summa
ja	410	693	1 156	773	1 034	4 066
nej	150	177	227	133	110	797
Summa	560	870	1 383	906	1 144	4 863

Procentuell fördelning

Utnyttjade ersättningsrätten	Hushållsinkomst					
	–20 000	20 000–30 000	30 000–40 000	40 000–50 000	50 000–	Summa
ja	73,2	79,7	83,6	83,3	90,4	83,6
nej	26,8	20,3	16,4	14,7	9,6	16,4
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 5 Mödrar som utnyttjade ersättningsrätten fördelade efter hushållsinkomst.

Procentuell fördelning

Storstäder	Hushållsinkomst i 1 000-tal kronor						
Utnyttjade ersättningsrätten	–20	20–30	30–40	40–50	50–	Summa	Antal
ja	66,0	74,6	81,4	85,4	88,7	82,8	1 124
nej	33,4	25,4	18,6	14,6	11,3	17,2	233
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	1 357

Skogslän	Hushållsinkomst i 1 000-tal kronor						
Utnyttjade ersättningsrätten	–20	20–30	30–40	40–50	50–	Summa	Antal
ja	78,4	75,6	85,5	83,3	92,5	83,1	812
nej	21,6	24,4	14,5	16,7	7,5	16,9	165
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	977

Övriga riket	Hushållsinkomst i 1 000-tal kronor						
Uttnyttjade ersättningsrätten	–20	20–30	30–40	40–50	50–	Summa	Antal
ja	73,2	82,7	84,0	85,9	91,4	84,2	2 130
nej	26,8	17,3	16,0	14,1	8,6	15,8	399
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	2 529

Tabell 6 Mödrar med och utan utgifter för tandvård. Fördelning efter hushållsinkomst.

Hela riket

Absolut fördelning

Mödrar	Hushållsinkomst					
	–20 000	20 000–30 000	30 000–40 000	40 000–50 000	50 000–	Summa
Med utg. för folktandvård	181	269	384	225	234	1 293
med utg. för pp-tandvård	229	424	772	548	800	2 773
Summa	410	693	1 156	773	1 034	4 066
Utan utg. för tandvård	150	177	227	133	110	797
Totalt	560	870	1 383	906	1 144	4 863

Procentuell fördelning

Mödrar	Hushållsinkomst					
	–20 000	20 000–30 000	30 000–40 000	40 000–50 000	50 000–	Summa
Med utg. för folktandvård	32,3	30,9	27,8	24,7	20,5	26,0
med utg. för pp-tandvård	40,9	48,8	55,8	60,6	69,9	57,0
Summa	73,2	79,7	83,6	85,3	90,4	83,3
Utan utg. för tandvård	26,8	20,3	16,4	14,7	9,6	16,4
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

pp-tandvård = privatpraktikertandvård

Tabell 7 Mödrar med och utan utgifter för tandvård. Fördelning efter hushållsinkomst.

Städer

Procentuell fördelning

Mödrar	Hushållsinkomst i 1 000-tal kronor						
	–20	20–30	30–40	40–50	50–	Summa	Antal
Med utg. för folktandvård	26,6	23,9	19,6	25,4	18,4	21,1	286
med utg. för pp-tandvård	39,4	50,7	61,8	60,0	70,3	61,7	838
Summa	66,0	74,6	81,4	85,4	88,7	82,8	1 124
Utan utg. för tandvård	34,0	25,4	18,6	14,6	11,3	16,4	223
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	1 357

Skogslän

Procentuell fördelning

Mödrar	Hushållsinkomst i 1 000-tal kronor						
	–20	20–30	30–40	40–50	50–	Summa	Antal
Med utg. för folktandvård	43,8	39,4	34,2	28,0	25,3	34,2	334
med utg. för pp-tandvård	34,6	36,2	51,3	55,3	67,2	48,9	478
Summa	78,4	75,6	85,5	83,3	92,5	83,1	812
Utan utg. för tandvård	21,6	24,4	14,5	16,7	7,5	16,9	165
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	977

Övriga riket

Procentuell fördelning

Mödrar	Hushållsinkomst i 1 000-tal kronor						
	–20	20–30	30–40	40–50	50–	Summa	Antal
Med utg. för folktandvård	28,5	29,3	29,7	23,6	20,9	26,6	673
med utg. för pp-tandvård	44,6	53,4	54,3	62,3	70,5	57,6	1 457
Summa	73,1	82,7	84,0	85,9	91,4	84,2	2 130
Utan utg. för tandvård	26,8	17,3	16,0	14,1	8,6	15,8	399
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	2 529

pp–tandvård = privatpraktikertandvård

Tabell 8 Mödrar med och utan utgifter för tandvård. Inkomstfördelning efter nedre kvartil, median och övre kvartil.

Hela riket

Mödrar	Hushållsinkomst		
	Nedre kvartil	Median	Övre kvartil
Med utgift för folktandvård	25 200	32 100	46 000
Med utgift för pp-tandvård	30 500	39 500	51 300
Med utgift för tandvård	28 700	38 000	50 200
Utan utgift för tandvård	22 800	33 100	43 300
Samtliga	27 500	37 200	49 200

pp-tandvård = privatpraktikertandvård

Tabell 9 Mödrar som regelbundet (dvs. minst 1 gång/år) går till tandläkare, fördelade efter ålder.

Procentuell fördelning

Regelbundna tandläkarbesök	Ålder						
	16–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–	Summa
ja	57,7	71,9	80,2	78,8	70,5	61,0	74,4
nej	42,3	28,1	19,8	21,2	29,5	39,0	25,6
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 10 Mödrar som regelbundet (dvs. minst 1 gång/år) går till tandläkare, fördelade efter ålder.

Procentuell fördelning

Storstäder	Ålder							
Regelbundna tandläkarbesök	16–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–	Summa	Antal
ja	55,1	75,1	80,5	84,4	83,0	83,3	77,	1 056
nej	44,9	24,9	19,5	15,6	17,0	16,7	22,	301
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	1 357

Skogslän	Ålder							
Regelbundna tandläkarbesök	16–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–	Summa	Antal
ja	50,0	67,3	77,4	71,7	66,0	50,0	69,	674
nej	50,0	32,7	22,6	28,3	34,0	50,0	31,	303
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,	977

Övriga riket	Ålder							
Regelbundna tandläkarbesök	16–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–	Summa	Antal
ja	61,8	72,0	81,0	78,8	68,0	59,3	74,	1 886
nej	38,2	28,0	19,0	21,2	32,0	40,7	25,	643
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	2 529

Tabell 11 Mödrar som regelbundet (dvs. minst 1 gång/år) går till tandläkare, fördelade efter hushållsinkomst.

Hela riket

Absolut fördelning

Regelbundna tandläkarbesök	Hushållsinkomst i 1 000-tal kronor					
	–20	20–30	30–40	40–50	50–	Summa
ja	362	549	1 015	706	984	3 616
nej	198	321	368	200	160	1 247
Summa	560	870	1 383	906	1 144	4 863

Procentuell fördelning

Regelbundna tandläkarbesök	Hushållsinkomst i 1 000-tal kronor					
	–20	20–30	30–40	40–50	50–	Summa
ja	64,6	63,1	73,4	77,9	86,0	74,4
nej	35,4	36,9	26,6	22,1	14,0	25,6
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 12 Mödrar som regelbundet (dvs. minst 1 gång/år) går till tandläkare, fördelade efter hushållsinkomst.

Procentuell fördelning

Storstäder Regelbundna tandläkarbesök	Hushållsinkomst i 1 000-tal kronor						
	–20	20–30	30–40	40–50	50–	Summa	Antal
ja	61,5	67,6	74,5	81,2	85,3	77,9	1 056
nej	38,5	32,4	25,5	18,8	14,7	22,1	301
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	1 357

Skogslän Regelbundna tandläkarbesök	Hushållsinkomst i 1 000-tal kronor						
	–20	20–30	30–40	40–50	50–	Summa	Antal
ja	58,8	54,9	71,4	75,6	85,1	69,0	674
nej	41,2	45,1	28,6	24,4	14,9	31,0	303
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	977

Övriga riket Regelbundna tandläkarbesök	Hushållsinkomst i 1 000-tal kronor						
	–20	20–30	30–40	40–50	50–	Summa	Antal
ja	68,8	65,2	73,6	77,3	87,1	74,6	1 886
nej	31,2	34,8	26,4	22,7	12,9	25,4	643
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	2 529

Tabell 13 Mödrar fördelade efter utnyttjande av ersättningsrätten och efter regelbundenheten i tandläkarbesöken samt efter hushållsinkomst.

Hela riket

Procentuell fördelning

Mödrar som	Hushållsinkomst i 1 000-tal kronor						
	–20	20–30	30–40	40–50	50–	Summa	Antal
utnyttjade ersättningsrätten och som går regelbundet till tandläkare	57,1	59,1	67,5	72,9	81,9	69,2	3 366
utnyttjade ersättningsrätten och som ej går regelbundet till tandläkare	16,1	20,6	16,0	12,4	8,5	14,4	700
ej utnyttjade ersättningsrätten och som går regelbundet till tandläkare	7,5	4,0	5,9	5,0	4,1	5,1	250
ej utnyttjade ersättningsrätten och som ej går regelbundet till tandläkare	19,3	16,3	10,6	9,7	5,5	11,3	547
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	4 863

Tabell 14 Mödrar som kände till ersättningsrätten men ej utnyttjade den, fördelade efter orsak till ej företagna tandläkarbesök och efter hushållsinkomst.

Hela riket

Procentuell fördelning

Orsak till ej företagna tandläkarbesök	Hushållsinkomst					
	–20 000	20 000–30 000	30 000–40 000	40 000–50 000	50 000–	Summa
För dyrt	13,1	14,5	11,7	13,4	8,5	12,5
Svårt att komma till tandläkare	13,9	13,8	16,7	13,4	21,3	15,6
Obehagligt	17,7	19,5	13,7	16,8	13,8	16,3
Tyckte inte det behövdes	23,8	25,8	20,8	24,4	24,5	23,6
Annan orsak	31,5	26,4	37,1	32,0	31,9	32,0
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Underbilaga 2

Sjukpenning motsvaras av	*inkomst kr*
00,06H	0
06	2 200
07	3 000
08	3 800
09	4 600
10	5 400
12	6 300
14	7 600
16	9 300
19	11 100
22	13 000
25	15 000
28	17 000
31	19 500
34	22 500
37	25 500
40	28 500
43	31 500
46	34 500
49	37 500
52	39 000

Underbilaga 1

RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET
Matematisk-statistiska byrån
Fack
103 60 STOCKHOLM 3

MÖDRATANDVÅRDSUNDERSÖKNING

Uppgifterna avser nyblivna mödrar under perioden 1–21 november 1970

Lokalkontorets nummer

Kvinnans personnummer

Kvinnans klassbeteckning vid tidpunkten för nedkomsten

1. Sammanbodde Ni med Er make/partner vid tidpunkten för nedkomsten ja 1 nej 2

2. Om ja
   a) vilket personnummer har Er make/partner
   b) vilken kassa/kommun tillhör Er make/partner

3. Brukar Ni gå regelbundet till tandläkare, dvs. minst en gång om året ja 1 nej 2

4. Kände Ni till att Ni kunde få återbäring från försäkringskassan för en del av utgifterna ja 1 nej 2

5. Var Ni hos tandläkare så att Ni fick återbäring ja 1 nej 2

6. Om *ja* på fråga 5:
   a) var Ni hos folktandvården ja 1 nej 2
   b) gick Ni till tandläkare någon gång under 1969 ja 1 nej 2

7. Om *nej* på fråga 5:
   När var Ni senast hos tandläkaren

i början av 1970	1969	1968	tidigare eller inte alls
1	2	3	4

8. Om vederbörande svarar ja på fråga 4 (kände till ersättningsrätten) och nej på fråga 5 (inte utnyttjade den):

   Kan Ni säga varför Ni inte gick till tandläkaren i samband med havandeskapet

   1. för dyrt
   2. svårt att komma till tandläkare
   3. obehagligt
   4. tyckte inte det behövdes
   5. annan orsak

Ort och datum

Namnunderskrift

Bilaga 6 Gällande taxor

Innehåll

6.1 Folktandvårdstaxan 365
6.2 Taxa för viss tandläkarvård utförd vid centraltandpoliklinik m. m. . 370
6.3 Taxa för specialbehandling vid centraltandpoliklinik 372
6.4 Mödratandvårdstaxa 374

Gällande taxor

6.1 Folktandvårdstaxan

Taxan innehåller huvudsakligen *patientavgifter* inom folktandvårdens vuxentandvård (SFS 1957: 634, senast ändrad 1971: 847). Taxan gäller till utgången av år 1973.

1 § Denna taxa avser av landstingskommun eller kommun som icke tillhör landstingskommun med statsbidrag anordnad folktandvård, dock med de undantag som föranledas av bestämmelserna i 2 §.

Huvudmannen äger bestämma att lägre avgifter än de i taxan föreskrivna skola tillämpas.

2 § Beträffande ersättning för tandvård, som inom folktandvården meddelas barn intill utgången av det kalenderår då barnet fyller sexton år, gälla särskilda, i kungörelsen den 26 maj 1961 (nr 278) angående statsbidrag till folktandvård meddelade bestämmelser.

Erhåller barn, som deltager i organiserad barntandvård enligt berörda kungörelse, jämväl särskild tandregleringsvård, äger huvudmannen uttaga avgift för sådan vård med högst 33 kronor för varje kalenderhalvår, under vilket behandling meddelas.

Behandling av tandskador av mera svårartad beskaffenhet, som utföres på centraltandpoliklinik, ersättes enligt bestämmelser, fastställda av vederbörande huvudman för polikliniken.

3 § För nedan angivna åtgärder skall avgift erläggas med följande belopp, vilka innefatta ersättning jämväl för lokalbedövning där sådan erfordras.

	Avgift kronor
I. Rådfrågning, undersökning m. m.	
Rådfrågning jämte behandlingsförslag och kostnadsberäkning utan efterföljande behandling	10: —

	Avgift kronor
Utförligt skriftligt intyg eller utlåtande angående tand- och muntillståndet samt i förekommande fall uppgifter om erforderlig behandling (exempelvis rättsintyg och intyg till försäkringsbolag)	15: —
Röntgenundersökning vid ett eller flera tillfällen under en behandlingsperiod:	
av en tand eller av en tandgrupp, som omfattas av samma exponering	7: —
av varje ytterligare tand eller tandgrupp som nyss sagts	2: —
sammanlagt under behandlingsperioden .... högst	40: —

Särskild avgift må icke uttagas för röntgenundersökning i samband med rotbehandling samt ej heller för sådan undersökning i kontrollsyfte av tand, som rotbehandlats under tidigare behandlingsperiod vid folktandvården.

II. Tandkirurgisk behandling (tanduttagning m. m.)

Tanduttagning:	
en tand	10: —
varje ytterligare tand vid samma tillfälle	5: —
dock sammanlagt under en behandlingsperiod:	
i en käke ..... högst	40: —
i båda käkarna ..... högst	70: —
Svårare fall av tanduttagning, t. ex. separering eller uppklaffning	20—40: —

Mjölktanduttagning skall utföras mot reducerad avgift eller kostnadsfritt.

Incision (öppnande av varböld)	10: —
Rotspets- eller cystaoperation, omfattande en tand eller flera angränsande tänder	50: —
Efterbehandling av sår, per gång	10: —

III. Pulpakirurgisk behandling (rotbehandling) inberäknat röntgenundersökning och röntgenkontroll

Pulpaamputation	40: —
Rotbehandling av vital tand med	
en rotkanal	50: —
flera rotkanaler	60: —
Rotbehandling av gangränös eller annan icke vital tand	80: —

IV. Konserverande behandling (tandfyllning)

Amalgamfyllning, enkel, i fram- och hörntänder, cervikalfyllning i kind- och oxeltänder, centralfyllning i kind- och oxeltänder	15: —

Flera fyllningar i samma fissursystem räknas som en fyllning.

	Avgift kronor
Amalgamfyllning, centralapproximal i kind- och oxeltänder (2 ytor)	25: —
Amalgamfyllning, dubbelapproximal i kind- och oxeltänder (3 ytor)	33: —
Amalgamfyllning, krona	41: —
Silikatcementfyllning	21: —
Guldinlägg (i förekommande fall inberäknat stift), omfattande	
en tandyta	90: —
två tandytor	115: —
tre tandytor	135: —
Incisalkanten å fram- och hörntänder räknas ej som tandyta.	
Provisorisk fyllning (cement eller guttaperka)	8: —
Temporära förband (omfattande enstaka tänder) mellan olika behandlingstillfällen äro kostnadsfria.	

V. Behandling med fast protes (kronor och broar av ädelmetall, porslin m. m.)

Jacketkrona, utan guldpelare	165: —
Porslinskrona (Davis) med guldmellanlägg	135: —
Richmondkrona med porslins- eller konsthartsfasad	175: —
Guldkrona (i förekommande fall inberäknat fasad):	
å framtand, hörntand och kindtand	165: —
å oxeltand	215: —
Hängande broled (inberäknat fasad)	100: —
Gjuten pelare (guld eller silver) under krona	80: —
Amalgampelare under krona	20: —
För fast protes i metallbundet porslin utgår tillägg med 75 kronor per krona eller led.	
Fastsättning av lossnad fasad	10: —
Fastsättning av lossnad stifttand	15: —
Avgift för fastsättning må ej uttagas, om behandlingen utförts vid folktandvården mindre än fem år före fastsättningen.	

VI. Behandling med avtagbar protes (protes av konstharts, kautschuk m. m.)

Partiell protes, omfattande	
högst tre tänder	125: —
fyra eller flera tänder	150: —

	Avgift kronor
Tillkommer för	
underkäksspång av rostfritt stål	6: —
klammer av rostfritt stål	6: —
Hel över- eller underkäksprotes	160: —
Helprotes	275: —
Lagning av protes	35: —
För tillsättning eller utbyte av tand tillkommer för varje tand	5: —
Ny protesbas (fullständig rebasering)	80: —

För protes med bas av krom-koboltlegering, vilken framställes vid folktandvårdens egna laboratorier, må tillägg göras för den härvid uppkommande merkostnaden med högst 90 kr.
Kan protes med bas av krom-koboltlegering eller annat i rubriken till denna avdelning icke särskilt omnämnt material ej framställas vid folktandvårdens egna laboratorier, må tillägg göras för omkostnaderna i samband med protesbasens förfärdigande.
För behandling av tänder och munhåla före insättandet av protes, exempelvis rotbehandling och tanduttagning, uttages avgift särskilt enligt taxan.
Beloppen gälla oavsett vilken metod, som tillämpats vid behandlingens genomförande, och avse sålunda den färdiga produkten.

4 § För parodontal behandling, såsom avlägsnande av tandsten och överskott och behandling av tandkött, uttages ersättning för tandläkarens arbete med 60 kronor för timme räknat.

Detsamma skall gälla för behandling, som icke är särskilt upptagen i denna taxa, samt för mera tidskrävande utredning eller undersökning (exempelvis utredning för kausal kariesterapi eller vid käkledsbesvär). Härutöver må ersättning uttagas för materielkostnader och andra omkostnader i samband med utförande av tandtekniskt arbete.

5 § För behandling, som meddelas på sön- och helgdagar samt vardagar mellan klockan 19 och 8 utan samband med vederbörande tandläkares ordinarie mottagningstid, uttages ersättning med 50 procents förhöjning av den på behandlingstillfället belöpande delen av ersättningen enligt 3 och 4 §§.

6 § Vårdsökande äger från och med det kalenderår, under vilket han fyller sjutton år till och med utgången av det kalenderår då han fyller nitton år, vid systematisk behandling åtnjuta nedsättning med 25 procent å de enligt folktandvårdstaxan utgående avgifterna.

7 § Vårdsökande, som uteblir från överenskommen behandlingstid utan att i god tid hava underrättat polikliniken härom och som ej kan angiva bärande skäl för uraktlåtenhet att lämna sådan underrättelse, är skyldig att, där huvudmannen så påfordrar, erlägga ersättning för den behandlingstid, som till följd härav ej kunnat utnyttjas av tandläkaren, med 60 kronor för timme räknat.

8 § Vårdsökande är skyldig att, där ej huvudmannen annat medgiver, erlägga betalning för varje gång, i den mån behandlingen fortskrider.

9 § För kontroll av taxans efterlevnad skall i den journal över arbetet, som föres av vederbörande tandläkare på polikliniken, antecknas uppgift om den behandlade patientens namn, behandlingens art och ersättningens storlek.

10 § Denna taxa skall vara anslagen på en för allmänheten väl synlig plats inom polikliniken.

6.2 Taxa för viss tandläkarvård utförd vid centraltandpoliklinik m. m.

Taxebestämmelserna finns i 10 och 12 §§ i läkarvårdstaxan (SFS 1969: 657) enligt lagen om allmän försäkring. Det är en återbäringstaxa, dvs. taxan upptar det arvode på vilket ersättning högst beräknas.

10 §

Ersättning för utgifter för tandläkarvård utgår för sådan av sjukdom föranledd behandling, som anges nedan under 1–16 och som av tandläkare meddelas vid centraltandpoliklinik, odontologisk fakultet eller allmänt sjukhus. Ersättning utgår med tre fjärdedelar av den försäkrades utgifter för vården, dock högst efter följande beräknade arvoden:

Tand- och käkkirurgi

	Kronor
1. Svårare rotspets- eller cystaoperation	48:–
2. Särskilt svåra fall av tanduttagning	24:–
3. Plastikoperation av större omfattning	24:–
4. Excision, ej hänförlig till någon av ovannämnda behandlingsformer	12:–

Käkortopedi

5. Fixationsförband, enkla	24:–
6. Trådbågar, enkla	48:–
7. Trådbågar med hjälpanordningar	72:–
8. Gjutna metallskenor, plast eller kautschukskenor	72:–
9. Capistrum	24:–
10. Hakkappa	12:–

Käkprotetik m.m.

11. Protetisk behandling, innefattande resektionsproteser, obturatorer samt näs- och ögonproteser eller dylikt	48:– eller 72:–

Övrigt

12. Behandling av käkskada av svårare beskaffenhet, som ej är tidigare nämnd	12:– 24:– 48:– eller 72:–
13. Röntgenundersökning i samband med förut omnämnd tandläkarvård eller i samband med rådfrågning enligt punkterna 15 och 16	enligt 3 § folktandvårds taxan (1957:634)

14. Saliv- eller blodundersökning, histo-patologisk, bakteriologisk eller annan laboratorieundersökning	enligt de grunder som anges i 7 §
15. Enkel rådfrågning utan efterföljande behandling	enligt grupp 1 i den i 3 § intagna grupptaxan
16. Rådfrågning jämte omfattande utredning	enligt grupp 2 i ovannämnda grupptaxa

Till käkortopedi hänföres ej tandreglering.

Arvode, som avses under 11 och 12, beräknas med hänsyn till behandlingens svårighetsgrad och omfattning. Därvid skall i varje särskilt fall arvodet bestämmas till det belopp, som beräknas för närmast jämförliga av övriga här ifrågavarande behandlingar.

12 §

Ersättning utges ej för tandläkarvård som meddelas medan den försäkrade åtnjuter sjukhusvård som avses i 2 kap. 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring.

6.3 Taxa för specialbehandling vid centraltandpoliklinik

Svenska Landstingsförbundet har den 17 december 1971 utgivit en rådgivande taxa avseende behandlingar av mera komplicerad art, som i regel ej utförs på distriktstandpoliklinik. Taxan innehåller *patientavgift.*

Behandlingsåtgärd	Taxa kronor
I Tand- och käkkirurgi	
1. Svårare rotspets- eller cystaoperation	60–150
2. Särskilt svåra fall av tanduttagning	45– 95
3. Plastikoperation av större omfattning	50– 95
Frenulumplastik	30– 60
Gingivektomi per sektion	50– 95
4. Excision, ej hänförlig till någon av ovannämnda behandlingsformer	22– 45
II Käkortopedi (apparatur o. fixation)	
5. Fixationsförband, enkla	50
6. Trådbågar, enkla	95–195
7. Trådbågar med hjälpanordningar	150–300
8. Gjutna metallskenor, plast- eller kautschukskenor	195–300
9. Capistrum	50
10. Hakkappa	30
III Käkprotetik m. m.	
11. Protetisk behandling, innefattande resektionsproteser, obturatorer samt näs- och ögonproteser eller dylikt	Enligt 4 § folktandvårdstaxan
IV Övrigt	
12. Behandling av käkskada av svårare beskaffenhet, som ej är tidigare nämnd	Enligt 4 § folktandvårdstaxan
13. Röntgenundersökning i samband med förut omnämnd tandläkarvård eller i samband med rådfrågning enl. punkterna 15 och 16	Enligt 3 § folktandvårdstaxan
14. Saliv- eller blodundersökning, histo-patologisk, bakteriologisk eller annan laboratorieundersökning	Enligt självkostnad
15. Enkel rådfrågning utan efterföljande behandling	15
16. Rådfrågning jämte omfattande utredning	37
För gipsmodell tillkommer per käke	15
För skriftligt utlåtande med ev. behandlingsplan tillkommer *högst*	30
Efterbesök	7– 15
Intyg	Enligt 3 § folktandvårdstaxan

Anmärkningar

Till käkortopedi hänförs ej tandreglering.

Arvode, som avses under 11 och 12, beräknas med hänsyn till behandlingens svårighetsgrad och omfattning. Därvid skall i varje särskilt fall arvodet bestämmas till det belopp, som beräknas för närmast jämförliga av övriga här ifrågavarande behandlingar.

6.4 Mödratandvårdstaxa

Taxebestämmelserna finns i 11 och 12 §§ i läkarvårdstaxan (SFS 1969: 657) enligt lagen om allmän försäkring. Det är en *återbäringstaxa*, dvs. taxan upptar det arvode på vilket ersättning högst beräknas.

11 §

Ersättning för utgifter för tandläkarvård utgår vidare för sådan, kvinnlig försäkrad meddelad behandling, som anges nedan under 1–20 och som utförts under tid då den försäkrade var havande eller inom tvåhundrasjuttio dagar efter förlossningsdagen. Ersättning utgår med tre fjärdedelar av den försäkrades utgifter för vården, dock högst efter följande beräknade arvoden:

	Kronor
Förberedande åtgärd	
1. Undersökning av tand- och muntillstånd	8:–
2. Röntgenundersökning vid ett eller flera tillfällen under en behandlingsperiod:	
av en tand eller en tandgrupp, som omfattas av samma exponering	8:–
av varje ytterligare tand eller tandgrupp som nyss sagts	3:–
sammanlagt under en behandlingsperiod, högst	30:–
Tandkirurgisk behandling (tanduttagning m.m.)	
3. Behandling av tandkött och avlägsnande av tandsten, dock högst för fyra gånger under en behandlingsperiod, per gång	10:–
4. Tanduttagning:	
en tand	10:–
varje ytterligare tand vid samma tillfälle	5:–
dock sammanlagt under en behandlingsperiod:	
i en käke, högst	30:–
i båda käkarna, högst	50:–
svårare fall (operativ tanduttagning)	20:–
5. Rotspets- eller cystaoperation, omfattande en tand eller flera angränsande tänder	40:–
6. Efterbehandling av sår, per gång	8:–
Pulpakirurgisk behandling (rotbehandling)	
7. Pulpaamputation	30:–
8. Rotbehandling av vital tand	40:–
9. Rotbehandling av gangrenös tand	70:–
Konserverande behandling (tandfyllning)	
10. Permanent fyllning, enkel, i fram- eller hörntand, cervikal- eller centralfyllning i kind- eller oxeltand	15:–
11. Permanent fyllning, komplicerad	25:–
12. Amalgamkrona	40:–
13. Krona av ädelmetall eller porslin såsom ersättning för starkt skadad fram- eller hörntand	160:–
14. Krona av ädelmetall eller porslin såsom ersättning för starkt skadad annan tand än fram- eller hörntand	40:–

Behandling med avtagbar protes

15. Partiell protes, omfattande högst tre tänder	120:–
16. Partiell protes, omfattande fyra eller flera tänder	180:–
17. Hel över- eller underkäksprotes	180:–
18. Helprotes	340:–
19. Lagning av protes	30:–
20. Ny protesbas (fullständig rebasering), per protes	80:–

Arvode, som avses under 10, beräknas för flera fyllningar i samma fissursystem såsom för en fyllning.

Under en ersättningsperiod lämnas ersättning för behandling, som avses under 13, beträffande högst två tänder och för behandling, som avses under 15–20, beträffande högst en protes i vardera käken.

12 §

Ersättning utges ej för tandläkarvård som meddelas medan den försäkrade åtnjuter sjukhusvård som avses i 2 kap. 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Statens offentliga utredningar 1972

Kronologisk förteckning

1. Ämbetsansvaret II. Ju.
2. Svensk möbelindustri. I.
3. Personal för tyg- och intendenturförvaltning. Fö.
4. Säkerhets- och försvarspolitiken. Fö.
5. CKR. (Centrala körkortsregistret) K.
6. Reklam I. Beskattning av reklamen. U.
7. Reklam II. Beskrivning och analys. U.
8. Reklam III. Ställningstaganden och förslag. U. (Utkommer senare.)
9. Reklam IV. Reklamens bestämningsfaktorer. U. (Utkommer senare.)
10. Godsbefordran till sjöss. Ju.
11. Förenklad löntagarbeskattning. Fi.
12. Skadestånd IV. Ju.
13. Kommersiell service i glesbygder. In.
14. Revision av vattenlagen. Del 2. Ju.
15. Ny regeringsform • Ny riksdagsordning. Ju.
16. Ny regeringsform • Ny riksdagsordning. (Följdförfattningar) Ju.
17. Nomineringsförfarande vid riksdagsval • Riksdagen i pressen. Ju.
18. Norge och den norska exilregeringen under andra världskriget. Ju.
19. Uppsökande verksamhet för cirkelstudier inom vuxenutbildningen. U.
20. Läs- och bokvanor i fem svenska samhällen. Litteraturutredningens läsvanestudier. U.
21. Svävarfartslag. K.
22. Domstolsväsendet IV. Skiljedomstol. Ju.
23. Högre utbildning – regional rekrytering och samhällsekonomiska kalkyler. U.
24. Vägfraktavtalet II. Ju.
25. Naturgas i Sverige. I.
26. Förskolan 1. S.
27. Förskolan 2. S.
28. Konsumentköplag. Ju.
29. Konsumentupplysning om försäkringar. H.
30. Bostadsanpassningsbidrag. In.
31. Lag om hälso- och miljöfarliga varor. Jo.
32. Kommunalt samlingsstyre eller majoritetsstyre? C.
33. Förhandlingsrätt för pensionärer. In.
34. Familjestöd. S.
35. Skogsbrukets frö- och plantförsörjning. Jo.
36. Samhälle och trossamfund. Slutbetänkande. U.
37. Samhälle och trossamfund. Bilaga 1–19. U.
38. Samhälle och trossamfund. Bilaga 20. Andra trossamfunds ekonomi. U.
39. Abortfrågan. Remissyttranden. Ju.
40. Konkurrens i bostadsbyggandet. In.
41. Familj och äktenskap I. Ju.
42. Vägtrafikbeskattningen. Fi.
43. Utnyttjande och skydd av havet. I.
44. Reformerad skatteutjämning. Fi.
45. Kulturminnesvård. U.
46. Landskapsvård genom täktsamverkan. Ju.
47. Data och integritet. Ju.
48. Riksdagen och försvarsplaneringen. Fö.
49. Tryckfriheten och reklamen. Ju.
50. Skyddsrum. Fö.
51. Sjölagens befraktningskapitel. Ju.
52. Rapport angående kommunal information m.m. C.
53. Handräckningstjänst i försvaret. Fö.
54. Skyddat arbete. In.
55. Decentralisering av statlig verksamhet – ett led i regionalpolitiken. Del 2. Slutrapport. Fi.
56. Glesbygder och glesbygdspolitik. In.
57. Ledningsrättslag. Ju.
58. Koncession för pipelines. K.
59. Att välja framtid. Ju.
60. Beskattade förmåner vid sjukdom och arbetslöshet m.m. S.
61. Försök med bibliotek. Litteraturutredningens biblioteksstudier. U.
62. Offentligt stöd till de politiska partierna. Ju.
63. Näringslivets försörjning med riskkapital från allmänna pensionsfonden. Fi.
64. Kriminalvård. Ju.
65. Barnavårdsmannafrågan. Ju.
66. Ny kulturpolitik. Del 1. Nuläge och förslag. U.
67. Ny kulturpolitik. Del 2. Sammanfattning. U.
68. Värnpliktsförmåner. Fö.
69. Värnpliktigas ekonomiska och sociala situation. Bilaga 5 till UFV betänkande Värnpliktsförmåner. Fö.
70. Rätten till ratten. Förslag till körkortsreform. Del 1. Allmän motivering. Ju.
71. Rätten till ratten. Förslag till körkortsreform. Del 2. Lagtext och specialmotivering. Ju.
72. Rätten till ratten. Förslag till körkortsreform Del 3. Expertutredningar. Ju.
73. Ersättning för vissa obefogade frihetsinskränkningar. Ju.
74. Arbetskraften inom byggnadsverksamheten. In.
75. Skyddat arbete. Bilagor. In.
76. Unga lagöverträdare. Ju.
77. Låginkomstproblemet. In.
78. Företagsservice för utveckling av mindre och medelstora företag. I.
79. Kreditupplysning och integritet. Ju.
80. En bok om böcker. Litteraturutredningens branschstudier. U.
81. Allmän tandvårdsförsäkring. S.

Statens offentliga utredningar 1972

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Ämbetsansvaret II. [1]
Godsbefordran till sjöss. [10]
Skadestånd IV. [12]
Revision av vattenlagen. Del 2. [14]
Grundlagberedningen. 1. Ny regeringsform • Ny riksdagsordning. [15] 2. Ny regeringsform • Ny riksdagsordning (Följdförfattningar) [16] 3. Nomineringsförfarande vid riksdagsval • Riksdagen i pressen. [17] 4. Norge och den norska exilregeringen under andra världskriget. [18]
Domstolsväsendet IV. Skiljedomstol. [22]
Vägfraktavtalet II. [24]
Konsumentköplag. [28]
Abortfrågan. Remissyttranden. [39]
Familj och äktenskap I. [41]
Landskapsvård genom täktsamverkan. [46]
Data och integritet. [47]
Tryckfriheten och reklamen. [49]
Sjölagens befraktningskapitel. [51]
Ledningsrättslag. [57]
Att välja framtid. [59]
Offentligt stöd till de politiska partierna. [62]
Kriminalvård. [64]
Barnavårdsmannafrågan. [65]
Trafikmålskommittén. 1. Rätten till ratten. Förslag till körkortsreform. Del 1. Allmän motivering. [70] 2. Rätten till ratten. Förslag till körkortsreform. Del 2. Lagtext och specialmotivering. [71] 3. Rätten till ratten. Förslag till körkortsreform. Del 3. Expertutredningar. [72]
Ersättning för vissa obefogade frihetsinskränkningar. [73]
Unga lagöverträdare II. [76]
Kreditupplysning och integritet. [79]

Försvarsdepartementet

Personal för tyg- och intendenturförvaltning. [3]
1970 års försvarsutredning. 1. Säkerhets- och försvarspolitiken. [4] 2. Riksdagen och försvarsplanerigen. [48]
Skyddsrum. [50]
Handräckningstjänst i försvaret. [53]
Utredningen rörande' systemet för förmåner åt värnpliktiga m. fl. (UFV) 1. Värnpliktsförmåner. [68] 2. Värnpliktigas ekonomiska och sociala situation. Bilaga 5 till UFV betänkande Värnpliktsförmåner. [69]

Socialdepartementet

1968 års barnstugeutredning. 1. Förskolan 1. [26] 2. Förskolan 2. [27]
Familjestöd. [34]
Beskattade förmåner vid sjukdom och arbetslöshet m. m. [60]
Allmän tandvårdsförsäkring. [81]

Kommunikationsdepartementet

CKR. (Centrala körkortsregistret) [5]
Svävarfartslag. [21]
Koncession för pipelines. [58]

Finansdepartementet

Förenklad löntagarbeskattning. [11]
Vägtrafikbeskattningen. [42]
Reformerad skatteutjämning. [44]
Decentralisering av statlig verksamhet – ett led i regionalpolitiken. Del 2. Slutrapport. [55]
Näringslivets försörjning med riskkapital från allmänna pensionsfonden. [63]

Utbildningsdepartementet

Reklamutredningen. 1. Reklam I. Beskattning av reklamen. [6] 2. Reklam II. Beskrivning och analys. [7] 3. Reklam III. Ställningstaganden och förslag. [8] (Utkommer senare). 4. Reklam IV. Reklamens bestämningsfaktorer. [9] (Utkommer senare.)
Uppsökande verksamhet för cirkelstudier inom vuxenutbildningen. [19]
1968 års litteraturutredning. 1. Läs- och bokvanor i fem svenska samhällen. Litteraturutredningens läsvanestudier. [20] 2. Försök med bibliotek. Litteraturutredningens biblioteksstudier. [61] 3. En bok om böcker. Litteraturutredningens branschstudier. [80]
Högre utbildning – regional rekrytering och samhällsekonomiska kalkyler. [23]
1968 års beredning om stat och kyrka. 1. Samhälle och trossamfund. Slutbetänkande. [36] 2. Samhälle och trossamfund. Bilaga 1–19. [37] 3. Samhälle och trossamfund. Bilaga 20. Andra trossamfunds ekonomi. [38]
Kulturminnesvård. [45]
Kulturrådet. 1. Ny kulturpolitik. Del 1. Nuläge och förslag. [66] 2. Ny kulturpolitik. Del 2. Sammanfattning. [67]

Jordbruksdepartementet

Lag om hälso- och miljöfarliga varor. [31]
Skogsbrukets frö- och plantförsörjning. [35]

Handelsdepartementet

Konsumentupplysning om försäkringar. [29]

Inrikesdepartementet

Kommersiell service i glesbygder. [13]
Bostadsanpassningsbidrag. [30]
Förhandlingsrätt för pensionärer. [33]
Konkurrens i bostadsbyggandet. [40]
Utredningen rörande den skyddade sysselsättningen. 1. Skyddat arbete. [54] 2. Skyddat arbete. Bilagor. [75]
Glesbygder och glesbygdspolitik. [56]
Arbetskraften inom byggnadsverksamheten. [74]
Låginkomstproblemet. [77]

Civildepartementet

Kommunalt samlingsstyre eller majoritetsstyre? [32]
Rapport angående kommunal information m.m. [52]

Industridepartementet

Svensk möbelindustri. [2]
Naturgas i Sverige. [25]
Utnyttjande och skydd av havet. [43]
Företagsservice för utveckling av mindre och medelstora företag. [78]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

KUNGL. BIBL.
? NOV 1972
STOCKHOLM

Allmänna Förlaget

KUNGL. BIBL.
? NOV 1972
STOCKHOLM

ISBN 91-38-00264-7