



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1965:4

Socialdepartementet

SOU
1965: 4A



TANDVÅRDS- FÖRSÄKRING

1961 ÅRS SJUKFÖRSÄKRINGSUTREDNING

BETÄNKANDE I

Stockholm 1965

STATENS
OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1965

Kronologisk förteckning

1. Sveriges sjöterritorium. Kihlström. 135 s. + 1 utviksblad. U.
2. Sammanställning av remissyttranden över författningsutredningens förslag till ny författning. Del 1: Allmänna uttalanden samt 1 och 2 kap. i förslaget till regeringsform. Norstedt & Söner. 188 s. Ju.
3. Sammanställning av remissyttranden över författningsutredningens förslag till ny författning. Del 2: Kap. 3, 4 och 5 i förslaget till regeringsform. Norstedt & Söner. 120 s. Ju.
4. Tandvårdsförsäkring. Kihlström. 186 s. S.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1965:4

Socialdepartementet



TANDVÅRDSFÖRSÄKRING

1961 ÅRS SJUKFÖRSÄKRINGSUTREDNING

BETÄNKANDE I

EMIL KIHLSSTRÖMS TRYCKERI AKTIEBOLAG

STOCKHOLM 1965

Innehåll

| | |
|--|----|
| Skrivelse till departementschefen | 5 |
| <i>Utredningsuppdraget m. m.</i> | 7 |
| Kap. 1 Tandsjukdomar och tandskador | 10 |
| Utbredning och behandling | 10 |
| (Tandkaries s. 10. Karies' följsjukdomar s. 12. De parodontala sjukdomarna s. 13. Tandställningsfel s. 15. Genom yttre våld uppkomna tandskador s. 15.) | |
| Förebyggande av tandsjukdomar | 16 |
| Kap. 2 Tandvården i Sverige | 19 |
| Tandläkarkåren och dess fördelning på olika slag av verksamhet | 19 |
| De privatpraktiserande tandläkarna | 24 |
| Den samhällseliga tandvården | 25 |
| (Historik s. 25. Tandvården vid de odontologiska läroanstalterna s. 27. Folktandvården s. 27. Tandvård vid anstalter s. 33. Militär tandvård s. 33.) | |
| Kap. 3 Tandvårdsförsäkring utomlands | 35 |
| (Danmark s. 35. Norge s. 37. Frankrike s. 39. Förbundsrepubliken Tyskland s. 42. Irland s. 45. Storbritannien [England och Wales samt Skottland] s. 47.) | |
| Kap. 4 Ersättning för tandläkarvårdskostnad inom socialförsäkringen | 52 |
| Sjukförsäkringen | 52 |
| (Historik s. 52. Gällande rätt s. 59.) | |
| Yrkesskadeförsäkringen m. m. | 59 |
| (Historik s. 59. Gällande rätt s. 61.) | |
| Kap. 5 Behov, efterfrågan och vårdresurser i fråga om tandläkarvård jämte därmed sammanhängande frågor | 62 |
| Verkställda undersökningar | 62 |
| (Statistikdelegationens rapport s. 63. Tandvårdsundersökningen 1963 s. 67. Mödratandvårdsundersökningen s. 71. Sifonundersökningen s. 74.) | |
| Behovet av tandläkarvård | 76 |
| Vårdefterfrågan och dess tillgodoseende | 79 |
| Kap. 6 Utredningens slutsatser och principförslag | 83 |
| Almänna synpunkter | 83 |
| Tandvårdsförsäkring | 87 |
| (Tandvården för vuxna s. 87. Barntandvården s. 90. Försäkringens ikraftträdande s. 94.) | |

| | | |
|------------|---|-----|
| Kap. 7 | <i>Tandvårdsförsäkringens utformning</i> | 96 |
| | (Taxenivå och ersättningsandel s. 97. De ersättningsberättigande åtgärderna s. 101. Tandläkarvårdstaxan s. 103. Tandläkarvård enligt 9 § 1 mom. i gällande återbäringstaxa s. 106. Mödratandvården s. 106. Resekostnadsersättning s. 107. Administration s. 108. Förtroendetandläkare s. 108. Kontroll s. 109.) | |
| Kap. 8 | <i>Vissa särskilda frågor</i> | 112 |
| | Tandläkarvård ersättning vid sjukhusvård | 112 |
| | Tandläkarvård vid tillfällig vistelse i Sverige eller utomlands | 113 |
| | Av tandläkare utfärdat intyg om arbetsoförmåga | 115 |
| | Utbetalning av ersättning för vård i folktandvården | 116 |
| | Läkemedel | 117 |
| | Yrkesskadeförsäkringen | 118 |
| | Tandregleringsvården | 118 |
| Kap. 9 | <i>Kostnadsberäkningar och finansiering</i> | 121 |
| | Kostnadsberäkningar | 121 |
| | (Tillgänglig tid för återbäringsberättigande tandvård s. 121. Genomsnittlig timkostnad för återbäring s. 123. Kostnaderna för tandvårdsförsäkringen s. 124. Administrationskostnader s. 125.) | |
| | Finansiering | 126 |
| Kap. 10 | <i>Folktandvårdens framtida ställning</i> | 128 |
| Kap. 11 | <i>Sammanfattning av utredningens förslag</i> | 131 |
| | <i>Författningsförslag</i> | 135 |
| | <i>Reservationer och särskilt yttrande</i> | 141 |
| Bilagor 1. | Förslag till tandläkarvårdstaxa | 146 |
| | 2. Undersökningar och beräkningar över tandvårdssituationen i Sverige 1962—1980 (Statistikdelegationens rapport) | 148 |
| | 3. Tandvårdsvanor och tandvårdskostnader. Några resultat av en intervjuundersökning (Tandvårdsundersökningen 1963) | 167 |

Vissa förkortningar:

- AFL Lagen om allmän försäkring
- SFL Lagen om allmän sjukförsäkring
- YFL Lagen om yrkesskadeförsäkring

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Socialdepartementet

Genom beslut den 1 december 1961 bemyndigade Kungl. Maj:t statsrådet och chefen för socialdepartementet att tillkalla högst sju utredningsmän för att göra en översyn av sjukförsäkringslagstiftningen. Med stöd av detta bemyndigande tillkallades såsom utredningsmän förbundsordföranden i Svenska träindustriarbetareförbundet Yngve Persson, tillika ordförande, ledamöterna av riksdagens första kammare Gunnar Edström och Rolf Kaijser, försäkringsdomaren Erik Malm, byråchefen i inrikesdepartementet Gunnar Olofsson, ledamoten av riksdagens första kammare Harald Pettersson och ledamoten av riksdagens andra kammare Anna-Greta Skantz.

Utredningsmännen har antagit benämningen 1961 års sjukförsäkringsutredning.

Såsom experter har tillkallats medicinalrådet Olof Osvald och leg. apotekaren Ulla Swarén. Till sekreterare åt utredningen förordnades den 28 februari 1962 numera landstingsdirektören Fredrik Lindencrona. På därom gjord framställning erhöll Lindencrona den 20 mars 1963 entledigande från det honom meddelade uppdraget. Utredningens dåvarande biträdande sekreterare, numera sekreteraren hos Stockholms stads sjukvårdsstyrelse Ernst Perenius, förordnades därvid att vara sekreterare åt utredningen. Därjämte förordnades den 9 september 1963 byrådirektören i riksförsäkringsverket Birgit Mårdell till sekreterare åt utredningen.

I utredningens uppdrag ingår att bl. a. undersöka förutsättningarna för en vidgad rätt till ersättning från sjukförsäkringen för kostnader för tandläkarvård. Utredningen, som jämsides med sitt av uppdraget i övrigt be- tingade arbete har gjort nämnda spörsmål till föremål för särskilda utredningar och överväganden, har funnit det lämpligt att först slutföra denna del av uppdraget.

Med utnyttjande av de möjligheter till framläggande av delförslag, som direktiven erbjuder, får sjukförsäkringsutredningen nu avlämna betänkande om tandvårdsförsäkring.

Reservationer har avgivits dels av utredningens ordförande samt ledamöterna Edström och Kaijser och dels av ledamoten Pettersson. Experten Osvald har avgivit särskilt yttrande.

Stockholm den 10 december 1964.

Yngve Persson

Gunnar Edström

Rolf Kaijser

Erik Malm

Gunnar Olofsson

Harald Pettersson

Anna-Greta Skantz

/ Birgit Mårdell

Ernst Perenius

Utredningsuppdraget m.m.

Direktiven för utredningen och till densamma för beaktande överlämnade skrivelser

Direktiven för utredningens arbete innefattas i ett anförande till statsrådsprotokollet över socialärenden den 1 december 1961 av dåvarande chefen för socialdepartementet, statsrådet Nilsson. Departementschefen anförde därvid beträffande frågan om en vidgad rätt till ersättning för kostnader för tandläkarvård följande:

Ersättning för tandläkarvård utgår för närvarande i mycket begränsad utsträckning från sjukförsäkringen. I princip kräves att vårdbehovet står i samband med sjukdom. Det förslag till förbättrat stöd åt barnaföderskor, som framlagts av socialpolitiska kommittén och som nu är under beredning inom departementet, förutsätter att ersättning från sjukförsäkringen skall enligt särskilda regler utgå för tandläkarvård som åtnjutes i anslutning till havandeskap. Förslag i ämnet torde komma att föreläggas nästa års riksdag. Emellertid finns det skäl att ställa frågan om det inte är möjligt att utvidga rätten till ersättning för tandläkarvård även i andra fall. Tandernas vård är av utomordentlig betydelse för den enskilde och för hans hälsa. Kostnaderna för sådan vård springer ofta upp till betydande belopp. Det synes ur social synpunkt angeläget att tillse, att ekonomiska skäl inte skall vara avgörande hinder för att erhålla tandvård. Den lösning som då närmast står till buds synes vara en utvidgning av rätten till gottgörelse från sjukförsäkringen. I fråga om de behandlingsåtgärder, som kan tänkas omfattas av försäkringen, torde statsmakternas förestående beslut om mödratandvård samt de praktiska erfarenheterna därav få tjäna till vägledning. Otvivelaktigt är en vidgad ersättningsrätt förenad med problem. Inte minst är frågan i vad mån tandläkarvårdens resurser är tillräckliga för att möta de ökade påfrestningar en sådan reform skulle kunna föra med sig. Spörsmålet synes vara av en sådan angelägenhetsgrad att det lämpligen nu bör tagas under övervägande. Utredningen bör för den skull undersöka förutsättningarna för en vidgad rätt till ersättning för tandläkarvård.

Att tagas i beaktande vid utredningens arbete i denna del av utredningsuppdraget har Kungl. Maj:t med skrivelser den 30 mars och den 25 maj 1962 överlämnat dels riksdagsskrivelse 1962: 118 (L²U 11) med anledning av väckta motioner om rätt till ersättning från den allmänna sjukförsäkringen för tandvårdskostnad m. m., och dels riksdagsskrivelse 1962: 250 (L²U 27 och mem. 33) i anledning av propositionen 1962: 90 med förslag till lag om allmän försäkring m. m. och i ämnet väckta motioner, bl. a. om ersättning för tandläkarvård, som meddelats av privatpraktiserande specialist, ävensom om rabatter av läkemedel, som ordinerats av tandläkare.

Statsrådet och chefen för socialdepartementet har den 16 april 1962 överlämnat skrivelse från Svenska landstingsförbundet med hemställan om sådan ändring i 14 och 16 §§ lagen den 3 januari 1947 om allmän sjukförsäkring att patienter lidande av medfödda läpp- och gomdefekter (s. k. spaltpatienter) kan erhålla ersättning för tandläkarvård avseende behandling av inom folktandvården anställd länsortodontist jämte ersättning för utgifter i samband med resor för dylik behandling.

Vidare har statsrådet och chefen för inrikesdepartementet den 15 februari 1963 till utredningen överlämnat skrivelse avseende ersättning för kostnad för käkprotes.

Slutligen har från Skånes socialdemokratiska kvinnodistrikt den 14 maj 1962 överlämnats två vid distriktets årskonferens 1962 behandlade motioner beträffande dels rätt till ersättning från sjukförsäkring för viss tandläkarvård m. m., dels utredning av frågan om allmän tandvårdsförsäkring.

Utredningsarbetets uppläggning och bedrivande

Utredningen har för att kunna taga ställning till spörsmålet om en vidgad rätt till ersättning från sjukförsäkringen för kostnader för tandläkarvård ansett sig noga böra analysera frågan om tandvårdens personella resurser kan anses vara tillfyllest för att motsvara den ökade efterfrågan på tandvård, som en dylik vidgad ersättningsrätt med all sannolikhet måste anses komma att medföra. Personalsituationen inom framför allt folktandvården har gång efter annan föranlett krav på en ökad examination av tandläkare. Vid bedömningen av det framtida behovet av tandläkare har utredningen sålunda haft till sitt förfogande ett flertal härom tidigare verkställda undersökningar och beräkningar.

Utredningen har emellertid med hänsyn till de verkningar en väsentligt vidgad rätt till gottgörelse från försäkringen för kostnader för tandläkarvård kan komma att medföra funnit anledning att ytterligare belysa spörsmålet om det framtida tandläkarbehovet i landet genom att undersöka tandvårdssituationen sådan den föreligger för närvarande och kan beräknas utveckla sig under den närmaste framtiden samt, med stöd av undersökningarna, dels utföra en prognos över tandläkarkårens utveckling t. o. m. 1980, dels ock beräkna den prognostiserade tillgängliga arbetstiden för tandläkare och verkställa beräkningar över den väntade utvecklingen av efterfrågan på tandvård, ställd i relation till tillgången på tandläkararbetskraft.

Undersökningarna, som företagits i samarbete med Sveriges tandläkarförbund och med medverkan av statistiska forskningsgruppen vid Stockholms universitet, har också varit vägledande då det gällt att uppskatta kostnaderna för en vidgad rätt till ersättning för kostnader för tandläkarvård.

För att erhålla kännedom om aktuella tandvårdsvanor, tandvårdsefterfrågan och tandvårdskostnader har utredningen låtit utföra en undersök-

ning, vilken ingått som ett led i en av socialmedicinska institutionen vid Uppsala universitet bedriven undersökning rörande sjukligheten i landet.

För de med ovannämnda undersökningar förenade kostnaderna har statsrådet och chefen för socialdepartementet i skrivelse den 9 juli 1963 anvisat utredningen erforderliga medel.

Utredningen har vidare under utredningsarbetets gång haft kontakt med företrädare för riksförsäkringsverket, medicinalstyrelsen, folktandvårdens huvudmän, de allmänna försäkringskassorna och Sveriges tandläkarförbund m. fl. organisationer.

Till de som varit verksamma i arbetet för att förbättra sjukvården i de nordiska länderna har utredningen haft kontakt med de nordiska ländernas regeringar och med de nordiska ländernas läkare och tandläkare. Utredningen har också haft kontakt med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i utlandet och med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i Sverige. Utredningen har också haft kontakt med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i utlandet och med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i Sverige.

Utredningen har också haft kontakt med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i utlandet och med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i Sverige. Utredningen har också haft kontakt med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i utlandet och med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i Sverige. Utredningen har också haft kontakt med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i utlandet och med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i Sverige.

Utredningen har också haft kontakt med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i utlandet och med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i Sverige. Utredningen har också haft kontakt med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i utlandet och med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i Sverige. Utredningen har också haft kontakt med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i utlandet och med de nordiska ländernas läkare och tandläkare i Sverige.

Tandsjukdomar och tandskador

Utbredning och behandling

Till de allra vanligaste sjukdomarna i det moderna samhället hör vad som sammanfattande brukar betecknas som tandsjukdomar. Härmed avses främst karies (tandröta) och dess följsjukdomar samt de s. k. parodontala eller marginala sjukdomarna, dvs. sjukdomar i tandkött och käkben kring tänderna. Vanliga är också tandställningsfelen samt de genom yttre våld orsakade tandskadorna, uppkomna genom olycksfall av skilda slag.

Tandkaries

I kulturländerna är tandkaries den vanligaste bland tandsjukdomarna. Större delen av befolkningen i dessa länder angripes av denna sjukdom men utbredningen varierar ändå rätt avsevärt mellan olika länder och mellan olika landsändar i samma land. De skandinaviska länderna torde höra till de områden i världen, som har den högsta frekvensen av tandkaries. En av försvarsväsendets tandvårdsutredning 1941 verkställd undersökning »1942 års tandmönstring av inskrivningsskyldiga» visade, att blott ungefär en individ på 1 000 var fri från tandröta. Bland barn i skolåldern i vårt land torde för närvarande endast mellan en och tre promille vara helt kariesfria. Ehuru tandkaries framför allt är en sjukdom hos barn och ungdom — tänderna är mest utsatta för angrepp under de första åren efter frambrottet — går vuxna personer ingalunda fria.

När man talar om utbredningen av tandkaries måste beaktas både den omständigheten, att de flesta människor angripes av sjukdomen och att den hos en mycket stor del av befolkningen inträffar ej blott någon enstaka gång eller under ett antal år i ungdomen utan under i stort sett hela livet från kort tid efter de första tändernas frambrott och så länge tänder finns kvar.

Benägenheten att få hål i tänderna, den s. k. kariesaktiviteten, som visar sig främst i antalet angripna tänder och tandtytor, varierar emellertid högst betydligt olika individer emellan, stundom också hos samma individ under olika tidsperioder. Detta beror väsentligen på skillnader ifråga om kosthåll och kostvanor, munhygien, bakteriefloran i munhålan samt den kemiska sammansättningen av de hårda tandsubstanserna, framför allt emaljen, slutligen också på skillnader i salivens mängd och kemiska sammansättning.

Den olika utbredningen av kariessjukdomen i olika landsändar eller i olika samhällen kan ofta sammanhånga med olika halt av fluor i dricksvattnet.

Trots att långt ifrån alla problem i samband med karies är utredda, vet man dock tillräckligt mycket för att med rätt stor bestämdhet kunna uttala sig om det väsentliga i kariessjukdomens orsakskomplex och möjligheterna att förebygga denna sjukdom. Den viktigaste orsaksfaktorn är syrabildning genom bakteriell sönderdelning av kolhydrater, främst sockerarter, på tandytan eller inne i håligheter i tänderna. Hur snabbt syrabildningen sker på tandytan, hur länge den pågår, vilken surhetsgrad den åstadkommer (sänkningen av pH-värdet), kan numera direkt påvisas och siffermässigt anges. Individuellt kan såsom förut antytts föreligga olika motståndskraft mot syrabildningen och den av syran åstadkomna upplösningsprocessen. Sockrets stora roll vid uppkomsten av karies har visats i de av medicinalstyrelsen ledda Vipeholmsundersökningarna.¹ Även en rad andra undersökningar har bekräftat detta. Den nödtvungna socker- och brödransoneringen i flera länder under andra världskriget lämnade även ett stort åskådningmaterial till belysning av denna fråga. Bland annat i Skandinavien fick man en betydande nedgång i kariesfrekvensen, främst i Norge och Finland där sockerransoneringen var hårdast. Betydligt mindre reduktion, men dock en tydlig sådan, fann man i Sverige och Danmark, där ransoneringen var mindre sträng.

Vad beträffar tändernas egen motståndskraft må framhållas, att undersökningar under senare årtionden visat den stora roll som grundämnet fluor härvidlag spelar. Tillförsel av lämplig mängd fluor minskar högst väsentligt kariesfrekvensen. Den största reduktionen kan konstateras inom de befolkningsgrupper, som alltifrån födelsen levat i ett område, där dricksvattnet innehåller en optimal koncentration av fluor, vilken i Sverige rör sig om ett milligram per liter vatten eller något däröver. Minskningen av kariesfrekvensen i sådana befolkningsgrupper jämförd med motsvarande befolkningsgrupper som ej erhåller fluor i dricksvattnet kan uppgå till 60 à 70 %. Den kariesreducerande effekten finner man ej blott hos barn och ungdomar utan även hos medelålders och äldre personer. I undersökningar på senare tid har en klar effekt visats på personer upp till 60-årsåldern.

Behandlingen av redan uppkommen karies blir beroende på den uppkomna skadans omfattning. Vid en mycket ytlig kariesprocess kan en slipning av emaljytan och efterföljande pensling med fluorlösning eller lapislösning vara tillfyllest. Vid större skador blir det fråga om tandfyllningar med varierande fyllnadsmaterial eller, om förstörelsen gått långt, att ersätta hela tandkronan med krona i metall eller porslin, eventuellt att uttaga tanden och ersätta den med en fast eller avtagbar protes.

¹ Undersökningar rörande karies' orsaker, utförda å personal och patienter vid Vipeholms sjukhus, Lund, under tiden 1945—1951. Här avses senare delen av undersökningarna, utförda under tiden 1947—1951.

Vad här sagts med några få ord utgör ett mycket stort arbetsområde, som i motsvarande mån är tids- och kostnadskrävande. Den allra största delen av tandläkarens arbetstid åtgår för behandlingen av karies och dess följsjukdomar. Varje tandfyllning eller annan tandrestaurering måste utföras med stor precision och efter en bestämd teknik för att man skall uppnå tillräcklig hållfasthet, undgå skador eller retning på levande vävnad och om möjligt förhindra uppkomsten av ny karies.

Kännedomen om karies' uppkomstmekanism medför att man numera också kan rekommendera lämpliga förebyggande åtgärder. För att minska angreppsfaktorerna är en noggrann munhygien av betydelse, varigenom de starkt bakteriehaltiga, lösa beläggningarna på tänderna avlägsnas i möjligaste mån. Enbart en slentrianmässig, föga noggrann tandborstning morgon och kväll är härvidlag ej tillfyllest. Det gäller vidare att såvitt möjligt minska den tid då syra bildas, vilket innebär, att den tid då socker eller stärkelse finns i munhålan också måste minskas. Detta kan ske genom att skära ned sötsaksförtäringens frekvens och minska antalet mellanmål. Varje karamell eller tablett är i detta sammanhang att betrakta som ett mellanmål.

Till de mera lovande kariesförebyggande metoder som för närvarande håller på att prövas hör sötsaker, baserade på antingen icke-jäsbara kolhydrater eller ett tillsatt, neutraliserande ämne (karbamid) eller en kombination av båda substanserna.

När det gäller att minska kariesfrekvensen genom att öka tändernas motståndskraft har som nyss nämnts vattenfluorideringen visat sig vara den mest effektiva och säkraste metoden, en metod som är genomförbar i stor skala. Numera kan genom lagen den 30 november 1962 (SFS 1962:588) om tillsättning av fluor till vattenledningsvatten Kungl. Maj:t efter framställning av kommun medgiva, att fluor på vissa villkor får i kariesförebyggande syfte tillsättas vatten, som inom kommunen tillhandahålles genom allmän anläggning för vattenförsörjning. Något sådant medgivande har ännu ej lämnats. En liknande effekt som vid fluoridering av vattenledningsvatten kan delvis uppnås genom lokal fluorbehandling av tänderna i form av tandborstning med fluorhaltig tandkräm eller munsköljning eller borstning med fluorhaltigt munvatten.

Det pågår för närvarande ett tämligen omfattande forskningsarbete beträffande betydelsen för tändernas motståndskraft av andra grundämnen. I dagens läge kan emellertid fluor sägas vara det grundämne, som visat sig ha den största betydelsen och som även blivit mest utforskat.

Karies' följsjukdomar

Som följd av kariesangreppet uppstår ofta ej blott förstörelse av tandens hårda substans utan även ett angrepp på tandnerven (pulpan) med inflam-

mation i denna. Så småningom kan pulpan helt förstöras. Bakterierna sprider sig då via rotspetsen ut i käkbenet kring tandrotten och kan här åstadkomma inflammation och varbildning. Dessa tillstånd, som vanligen har ett långdraget förlopp, kan stundom bli akuta och är då mestadels förbundna med starka smärtor. De behandlas antingen med rotfyllning eller genom uttagning av tanden, eventuellt med operation vid rotspetsen. Förebyggandet av sådana följsjukdomar sker bäst genom att förebygga uppkomsten av tandkaries. Men också den tidiga behandlingen av en kariesprocess, varigenom denna avbrytes, innebär ett förebyggande av följsjukdomarna.

De parodontala sjukdomarna

I frekvens och betydelse närmast efter karies kommer de parodontala sjukdomarna (tandlossningssjukdomarna) med inflammation i tandkött och käkben kring tänderna. Med hänsyn till den inflammatoriska karaktären hos dessa sjukdomar brukar man tala om parodontit eller progressiv (fortskridande) parodontit. Olika former av dessa sjukdomar finns, från ytliga, banala inflammationer i tandköttet till mer djupgripande inflammatoriska processer med större eller mindre förstörelse av de delar av käkbenet, som tänderna sitter fästade i. I mer framskridet stadium leder dessa sjukdomar till att de tänder, vilkas omgivande vävnader är inbegripna i processen, lossnar och faller ut.

I Sverige och andra länder med jämförbara förhållanden har de parodontala sjukdomarna en icke ringa utbredning redan hos barn. Man räknar med att av barn i skolåldern inemot 50 % uppvisar tydliga symtom, vanligen i form av mer banala tandköttsinflammationer men även en del allvarligare fall förekommer. Med stigande ålder ökar frekvensen både av de ytliga tandköttsinflammationerna och av de mer djupgående sjukdomsprocesserna. Olika undersökningar över frekvensen av parodontal sjukdom hos vuxna föreligger, uppvisande siffror från 50 till upp emot 100 %.

Förekomsten av tandsten under tandköttskanten kan tagas som ett tydligt symtom på progressiv parodontit. I en norsk undersökning nyligen konstaterades sådan förekomst av tandsten hos 60 % av undersökta individer i åldern 20—25 år, hos 85 % av de undersökta i åldern 25—35 år och hos praktiskt taget 100 % i högre åldrar. Nära nog samma siffror redovisas i en undersökning från Nya Zeeland och liknande har konstaterats även i andra undersökningar. Förhållandena i vårt land torde vara likartade. De mycket allvarliga fallen har ej så hög frekvens, men är dock tillräckligt många för att de parodontala sjukdomarna skall vara en av de väsentligaste orsakerna till tandförluster.

Man har i en del undersökningar sökt fastställa orsaken till tandförluster och har jämfört omfattningen av sådana genom karies respektive genom progressiv parodontit. Det kan vara svårt att härvidlag draga en skarp gräns

och inte minst att fastställa den verkliga primära orsaken. Klart är dock att i yngre åldrar karies helt dominerar som orsak till tandförluster. Även när det gäller befolkningen totalt sett överväger karies klart. Betraktar man däremot enbart åldrarna över 40 år, finner man att den progressiva parodontiten utgör en mycket väsentlig orsak till tandförluster, enligt en del sakkunniga på området den väsentligaste orsaken.

Den progressiva parodontitens betydelse som bettförstörande faktor kan väntas öka ytterligare, dels genom att befolkningens medellivslängd är i stigande och dels genom att kariesförebyggande åtgärder och en alltmer utbredd tandvård medför att fler tänder kommer att bevaras till högre ålder.

Den främsta orsaken till de parodontala sjukdomarna anses vara bristande munhygien. Ofta försvåras upprätthållandet av en god munhygien genom oregelbunden tandställning (trångställning) och benägenhet för tandstensbildning. Lokala retningar från tandfyllningar, kronor m. m. kan tillkomma. Rökning torde spela en viss roll. Tändernas belastningsförhållanden anses också ha betydelse genom att alltför stark belastning på vissa tänder kan befördra uppkomsten av tandlossningssjukdom. Ytterligare anses en del invärtes sjukdomar, såsom sockersjuka, utpräglad C-vitaminbrist, vissa allvarliga infektioner och andra sjukdomar, som starkt nedsätter allmäntillståndet, gynna uppkomsten av parodontala sjukdomar utan att därför vara den aktiva orsaken till dessa.

Behandlingen av sjukdomen går ut på att avlägsna alla lokalt retande moment, såsom fasta och lösa beläggningar på tänderna samt kanter på fyllningar, kronor och broarbeten, att utjämna belastningen på tänderna samt att tillse att patienten fortsättningsvis noggrant sköter sin munhygien. Det blir som regel nödvändigt med ofta återkommande behandlingar. Stundom måste operativa förfarings sätt tillgripas och i vissa fall insättandet av s. k. fixationsbroar.

Såsom den viktigaste förebyggande åtgärden får man betrakta den personliga, noggranna munhygien. Ett samarbete mellan tandläkare och patient är härvidlag nödvändigt för att uppnå ett gott resultat. Även noggrann behandling av tidiga, lindriga tandköttsinflammationer kan förebygga en mera allvarlig progressiv parodontit.

Såväl de mer avancerade fallen av marginal parodontit som de förutnämnda följsjukdomarna till karies med inflammation i käkbenet kan stundom medföra allvarliga akuta sjukdomstillstånd lokalt i käkområdet, fall som kan kräva sjukhusvård. Dessutom kan bakterierna sprida sig dels genom direkt nedsväljning, dels på blodbanorna och åstadkomma sjukdomar i andra kroppsorgan. Meningarna har under årens lopp gått starkt isär om betydelsen och frekvensen härav. Betydande överbetoning av dessa förhållanden har förekommit men även med en försiktig bedömning är det berättigat påstå att från tänderna och deras omgivning utgående infektioner i viss utsträckning kan orsaka andra sjukdomar.

Tandställningsfel

Även tandställningsfelen uppvisar stor frekvens. Utländska undersökningar på barngrupper visar att sådana fel förekommer hos 50—70 % av barnen, vilket också torde gälla i vårt land. Det kan gälla felställning av en eller flera tänder eller ett felaktigt lägesförhållande mellan käkarna. I en del fall är felställningen så betydande att tuggningen väsentligt försvåras. Även utseendet kan starkt påverkas. Fallen av kluven gom (gomspaltfallen) visar ofta betydande felställningar hos tänderna och kan kräva en omfattande tandreglering.

Orsakerna till tandställningsfelen kan vara ärftliga anlag, för tidiga mjölkttandsförluster — genom karies eller olycksfall — och olika ovanor, såsom tumsugning eller s. k. tungsväljning.

Åtskilliga av tandställningsfelen är tämligen obetydliga och tarvar knappast någon behandling. Man kan emellertid räkna med att 20 à 25 % av barnen har sådana tandställningsfel, som bör bli föremål för behandling, s. k. tandreglering.

Behandlingen rättar sig efter tandställningsfelets art och omfattning och kan begränsa sig till mycket enkla åtgärder. I åtskilliga fall krävs dock mera omfattande behandlingar, exempelvis med avtagbara eller på tänderna fastsittande apparater, kanske under flera års tid. I vissa fall tillgrips operation. Ju mer utpräglat ett tandställningsfel är, desto angelägnare är det som regel att en behandling kommer till stånd. Vanligen kan ingrepp mot ett tandställningsfel ske på ett mycket tidigt stadium, varvid genom lämplig behandling förhindras att detsamma vidare utvecklas.

Behandlingen av tandställningsfelen sker nästan uteslutande i barnaåren. I allmänhet förordas numera ett tidigt insättande av vårdåtgärderna. I de allra flesta fall är behandlingen avslutad i 15-årsåldern.

Genom yttre våld uppkomna tandskador

Skador på tänderna genom yttre våld är i våra dagar ingalunda ovanliga. Stundom kompliceras de genom tillstötande infektion. Det är framför allt i samband med trafikolycksfall, olycksfall i arbete samt olycksfall vid lek och idrott som tandskador uppkommer. Med det ökade antalet trafikolycksfall har också tandskadorna ökat i antal. Bland barn är tandskador som uppkommit vid lek och idrott mycket vanliga. Antalet sådana olycksfall som behandlats i Stockholms stads barntandvård har under senare år utgjort 2 600 à 2 700 per år, vilket betyder att de träffat ca 3 % av barnen.

Behandlingen rättar sig givetvis efter skadans art och omfattning och kan därför variera från förhållandevis små ingrepp till insättande av hel krona, bro eller protes. I sistberörda fall är det regelmässigt fråga om omfattande och dyrbara behandlingar.

Förebyggande av tandsjukdomar

Vid tandsjukdomarna liksom vid övriga sjukdomar är det helt naturligt bättre att söka förebygga sjukdomens uppkomst än att stå inför nödvändigheten att behandla en redan uppkommen sjukdom eller de skador sjukdomen åstadkommit. I själva verket är frekvensen av tandsjukdomar och tandskador så stor, att tandläkarnas antal för närvarande inte räcker till för att 100-procentigt behandla dem. Från ledande odontologers sida både här i landet och utomlands har upprepade gånger framförts den åsikten, att tandsjukdomarna numera har en så stor frekvens att ej något folk, hur väl-situerat det än må vara, har möjlighet att inom rimlig tid komma tillrätta med dessa sjukdomar enbart genom behandlingsåtgärder. Skall man kunna behärska situationen på tandvårdsområdet, är det således nödvändigt med effektiva förebyggande åtgärder. När det gäller personer med stor kariesaktivitet hjälper det ofta ej att laga tänderna på ett tidigt stadium. Ständigt nya kariesangrepp gör att nya och åter nya fyllningar måste utföras och slutligen håller tänderna inte längre rent mekaniskt. Bortsett från att effektiva förebyggande åtgärder sålunda måste vidtagas för att man beträffande åtskilliga personer över huvud taget skall kunna rädda tänderna, måste det självfallet för den enskilde vara gynnsammare att slippa hål i tänderna med allt vad detta för med sig i fråga om obehag och kostnader.

Särskilt bör beaktas, att förebyggande åtgärder har sin största betydelse, när det gäller barnen i förskoleåldern. För dem gäller i ovanligt hög grad att förebyggandet är den bästa behandlingen. Bevarandet av någorlunda oskadade mjölkttänder har förutom betydelsen att barnet får behålla sin tuggförmåga också stor betydelse för käkarnas utveckling och för förhindrandet av tandställningsfel i fråga om de permanenta tänderna och ej minst för förhindrandet av tidiga kariesskador på dessa tänder.

Förebyggandet av tandsjukdomar är sålunda en synnerligen viktig angelägenhet både för samhället och för den enskilde ej endast på grund av de betydande utgifter som tandsjukdomarna och deras vård medför utan även ur allmän hälsosynpunkt. Följaktligen är detta ett område, på vilket avsevärda besparingar kan göras och även andra fördelar vinnas, förutsatt att man kan uppnå en god profylax.

Under senare år har medel för central upplysningsverksamhet till förebyggande av tandsjukdomar disponerats av medicinalstyrelsen. Enligt utredningens mening är det ur flera synpunkter viktigt att erforderliga medel ställs till förfogande för sådan upplysningsverksamhet även i fortsättningen. Upplysningsverksamheten bör utnyttja de moderna massmedia television, radio och film. Av stort värde är också om pressen, såväl dagstidningarna som veckopressen, aktivt medverkar i upplysningsverksamheten, såsom hittills skett i icke ringa omfattning.

Att upplysningsverksamhet kan medföra en nedgång i kariesfrekvensen

visar enligt vad medicinalstyrelsen framhållit statistiken från folktandvården beträffande den s. k. aktuella kariesprocenten hos 7-åringar. I skrivelse till ecklesiastikdepartementet den 5 januari 1961 framhöll sålunda styrelsen, att den aktuella kariesprocenten utvisade en stark tendens till stegrat kariesangrepp under senare delen av 1940-talet och en tydlig tendens till minskat kariesangrepp under senare delen av 1950-talet. Tendensen till kariesminskning under 1950-talet vore med största sannolikhet icke begränsad till 7-åringarna. Styrelsen framhöll dock, att det icke förelåg något för styrelsen känt större och representativt siffermaterial från hela landet men att det ändock vore mycket osannolikt att en förändring i kariesfrekvensen skulle inträda enbart för 7-åringarna. Avbrottet i kariesstegringen och den begynnande kariesreduktionen under 1950-talet berodde enligt medicinalstyrelsen sannolikt främst på den under detta årtionde starkt intensifierade upplysningsverksamheten rörande förebyggande åtgärder. Styrelsen framhöll även att en betydande ytterligare kariesminskning torde kunna uppnås genom ökade insatser i denna upplysningsverksamhet.

Det är särskilt angeläget, att de kategorier av medicinalpersonal som här kan göra en insats — läkare, tandläkare, sjuksköterskor m. fl. — är tillräckligt informerade om möjligheterna till förebyggande åtgärder. Detsamma gäller också om lärare, inte minst lärare i biologi och hälsolära samt i hemkunskap och kostlära. Till tjänst för dessa olika grupper har medicinalstyrelsen låtit utarbeta och trycka ett antal skrifter med handledning rörande den kariesförebyggande verksamheten. Genom förutnämnda medicinalpersonals rådgivning och genom lärarnas undervisning bör eftersträvas att så småningom införa ett kosthåll och en kostordning som bättre än den nuvarande tillgodoser tandhälsans krav.

För tandläkarna och inte minst skoltandläkarna torde ingå i den dagliga rutinen att bedriva upplysning rörande förebyggandet av tandsjukdomar. Även på mödra- och barnavårdscentralerna bör en sådan upplysningsverksamhet äga rum. Det skulle vara av stort värde om tandläkare kunde knytas till mödra- och barnavårdscentralerna för att vid regelbundna mottagningar stå till tjänst med råd och upplysningar i tandvårdsfrågor till blivande mödrar och till mödrar med små barn. Tryckta råd och upplysningar bör även finnas tillgängliga på mödra- och barnavårdscentralerna.

Kosthållet vid av det allmänna drivna inrättningar och inte minst kosten i skolmåltidsverksamheten bör ägnas uppmärksamhet inte blott ur allmän näringsfysiologisk synpunkt utan jämväl ur speciell tandhälsosynpunkt. Det är angeläget, att kosthållet gives en hög standard i nämnda hänseenden.

Utredningen vill i detta sammanhang även erinra om att förslag till anordnande av ett målforskningsinstitut rörande förebyggande av tandsjukdomar framförts dels av 1957 års folktandvårdssakkunniga, dels i motioner till 1963 års riksdag. Som ovan framhållits är särskilt i fråga om karies våra kunskaper om sjukdomens orsaker nu så goda, att en systematisk forsk-

ning rörande metoder för dess förebyggande kan beräknas lämna god avkastning. Ett dylikt målforskningsinstitut bör även kunna lämna råd åt myndigheter i frågor rörande kariesförebyggande åtgärder, bland annat beträffande kostens sammansättning.

KAPITEL 2

Tandvården i Sverige

Tandläkarkåren och dess fördelning på olika slag av verksamhet

Först mot slutet av 1800-talet fick vi här i landet ett nämnvärt antal tandläkare. År 1860 fanns sålunda endast 18 praktiserande tandläkare. Antalet ökades sakta så att 1880 fanns 34 och vid sekelskiftet 281 tandläkare. Frånsett att ett ringa antal av dessa hade deltidstjänster vid tandläkarinstitutet i Stockholm eller vid de få polikliniker som fanns var de helt verksamma inom privat praktik. År 1920 hade antalet tandläkare stigit till 627. Av dessa var ett litet antal anställda som skoltandläkare och ett fåtal sysslade med undervisning. De övriga utövade privatpraktik, vilket också delvis var fallet med några av tjänsteinnehavarna.

En översikt över utvecklingen av tandläkarkårens numerär i Sverige under de senaste decennierna ävensom av fördelningen av tandläkarna på social — av samhället bedriven eller helt eller delvis bekostad — tandvårdsverksamhet samt på privat praktik under samma period torde kunna bidra till att belysa tandvårdssituationen i landet. En tidigare av medicinalstyrelsen verkställd utredning härom har ställts till sjukförsäkringsutredningens förhållande och förts fram t.o.m. 1963.

Till den sociala tandvården räknas här i första hand folktandvården, som för närvarande är den dominerande delen inom denna vårdform, den tidigare ganska omfattande kommunala skoltandvården, vilken undan för undan till allra största delen gått upp i folktandvården, en del tidigare bedriven kommunal tandvård för vuxna, vilken numera helt absorberats av folktandvården, verksamheten vid tandläkarhögskolornas lärarkliniker samt militärtandvården. I förevarande sammanhang medtages dock ej det tandvårdsarbete, som utföres av värnpliktiga tandläkare. Till social tandvård har här ej hänförs den anstaltstandvård, som bedrivs vid sidan om folktandvården, på grund av svårigheten att erhålla säkra uppgifter om denna vård med avseende på såväl tidigare som nuvarande situation. Sistnämnda vårdform har förhållandevis ringa omfattning.

I tabell 1 sammanställs för vart femte år från och med 1930 olika sifferuppgifter avseende tandläkarkårens numerär och fördelning på olika slag av verksamhet.

Tabell 1. Tandläkarkårens numerär och fördelning på olika verksamhet

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--------------------|--|------------------------|--|------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| Vid utgången av år | Totalantal tandläkare inkl. utländska tandläkare | Antal ej praktiserande | Antal sysselsatta med undervisning och forskning vid högskolorna | Antal tandläkare i social tandvård | Därav utländska tandläkare | Antal privatpraktiserande tandläkare |
| 1930 | 1 300 | 60 | 25 | 200 | — | 1 015 |
| 1935 | 2 050 | 70 | 25 | 250 | — | 1 705 |
| 1940 | 2 350 | 90 | 25 | 340 | — | 1 895 |
| 1945 | 2 810 | 100 | 30 | 580 | 65 | 2 100 |
| 1950 | 3 550 | 160 | 90 | 880 | 155 | 2 420 |
| 1955 | 4 490 | 210 | 110 | 1 450 | 425 | 2 720 |
| 1960 | 5 165 | 270 | 170 | 1 755 | 425 | 2 970 |
| 1963 | 5 820 | 270 | 170 | 1 980 | 390 | 3 400 |

Samtliga värden är approximativa utom de som avser åren 1955—1963 i kolumn 5 och samtliga värden i kolumn 6.

Talen har avrundats till närmaste 5-tal.

Med utländsk tandläkare avses i detta sammanhang och i det följande tandläkare med utländsk tandläkarexamen men utan svensk legitimation.

Kol. 2. Uppgifterna har erhållits ur medicinalstyrelsens statistik i "Allmän hälso- och sjukvård". Då en del av de äldre sifferuppgifterna i nämnda publikation baserats på primäruppgifter, som ej torde ha varit helt säkra, har viss justering skett efter kollationering med uppgifter erhållna från Sveriges tandläkarförbund.

Kol. 3. Uppgifterna, som är ungefärliga, har delvis erhållits från Sveriges tandläkarförbund.

Kol. 4. Uppgifter har erhållits från tandläkarhögskolorna i Stockholm och Malmö samt tandläkarhögskolan i Umeå rörande antalet vid dessa institutioner i olika befattningar verksamma tandläkare. Omräkning har sedan skett för att få fram vad detta antal motsvarar i »heltidstjänstgörande» tandläkare. Härvid har beräknats att ca 60 % av vederbörandes totala arbetstid används till undervisning och forskning samt återstoden till praktikutövning, antingen i privatpraktik eller vid lärarklinik.

Kol. 5. I antalet tandläkare i social tandvård har inräknats de tandläkare, som varit verksamma inom de inledningsvis angivna vårdformerna. Antalet tandläkare, anställda inom olika former av kommunal tandvård före folktandvårdens tillkomst och därefter vid sidan av folktandvården, har beräknats med ledning av för medicinalstyrelsen kända förhållanden. Siffrorna är ungefärliga. Antalet inom folktandvården verksamma tandläkare har kunnat anges i exakta siffror. De anställda militärtandläkarna har beräknats motsvara 25 heltidstjänstgörande tandläkare. Från undervisningsanstalterna har erhållits uppgifter över antalet vid lärarklinikerna fullgjorda tjänstgöringstimmar. Därefter har beräknats vad detta motsvarar i »heltidstjänstgörande» tandläkare med en tjänstgöringstid av ej fullt 1 900 timmar per år.

Kol. 6. Uppgift lämnas här över i folktandvården tjänstgörande tandläkare med utländsk examen men utan svensk legitimation.

Kol. 7. Genom att från antalen under kol. 2 draga antalen under kol. 3, 4 och 5 erhålles antalen under kol. 7.

Utvecklingen åskådliggörs även i diagram 1.

Av intresse synes även vara ökningen under de olika femårsperioderna av totalantalet tandläkare i landet samt av antalet verksamma inom social tandvård, respektive privattandvård. Dessa tal anges i tabellerna 2 och 3 tillsammans med genomsnittssiffror per år under varje period.

Antalet tandläkare i landet

vid angivna tidpunkter (slutet av resp. år):

■ ej prakt. tandl. samt tandl. i undervisning och forskning

▨ sv. tandl. i social tandvård

▤ utl. " " " "

□ privatprakt. tandl.

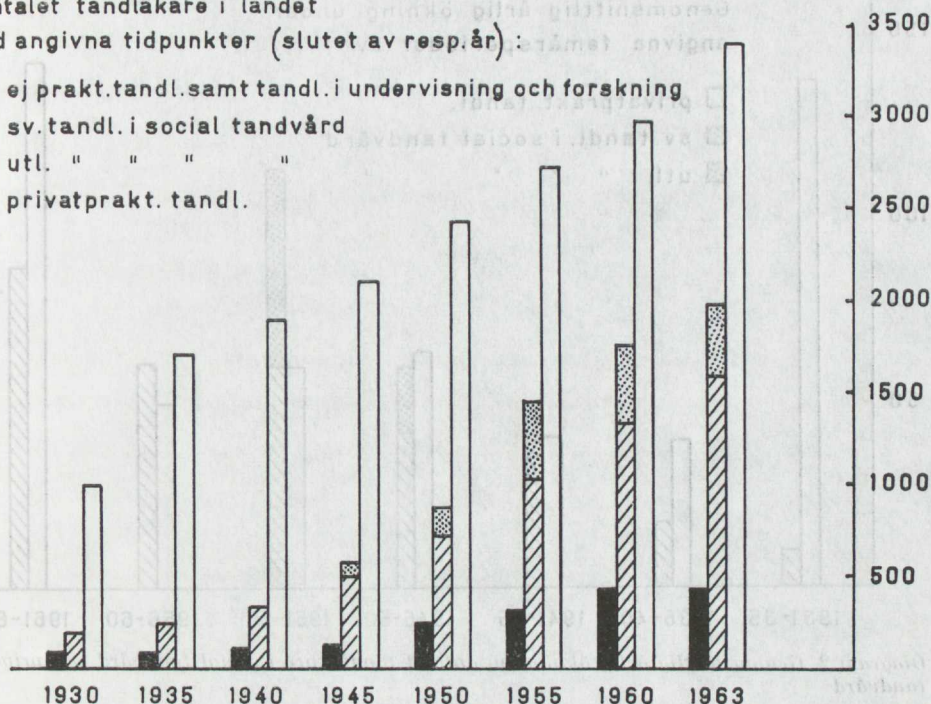


Diagram 1. Tandläkarkårens numerär och fördelning på olika verksamhet

Borträknas de tandläkare, som på grund av sjukdom, ålderdom eller av andra orsaker ej praktiserar liksom lärarna vid tandläkarhögskolorna i den utsträckning de ägnar sig åt undervisning och forskning, erhålles de siffror över ökningen av antalet i patientvård verksamma tandläkare som framgår av tabell 3.

Förhållandet belyses även i diagram 2.

Variationerna i antalet utexaminerade tandläkare och därmed i kårens tillväxt beror väsentligen på varierande intagning av studerande. Intagningen

Tabell 2. Ökning av antalet tandläkare

| Tidsperiod | totalt | | svenska tandläkare | |
|------------|----------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| | under perioden | i genomsnitt per år | under perioden | i genomsnitt per år |
| 1931—1935 | 750 | 150 | 750 | 150 |
| 1936—1940 | 300 | 60 | 300 | 60 |
| 1941—1945 | 460 | 92 | 395 | 79 |
| 1946—1950 | 740 | 148 | 650 | 130 |
| 1951—1955 | 940 | 188 | 670 | 134 |
| 1956—1960 | 675 | 135 | 675 | 135 |
| 1961—1963 | 655 | 218 | 680 | 227 |

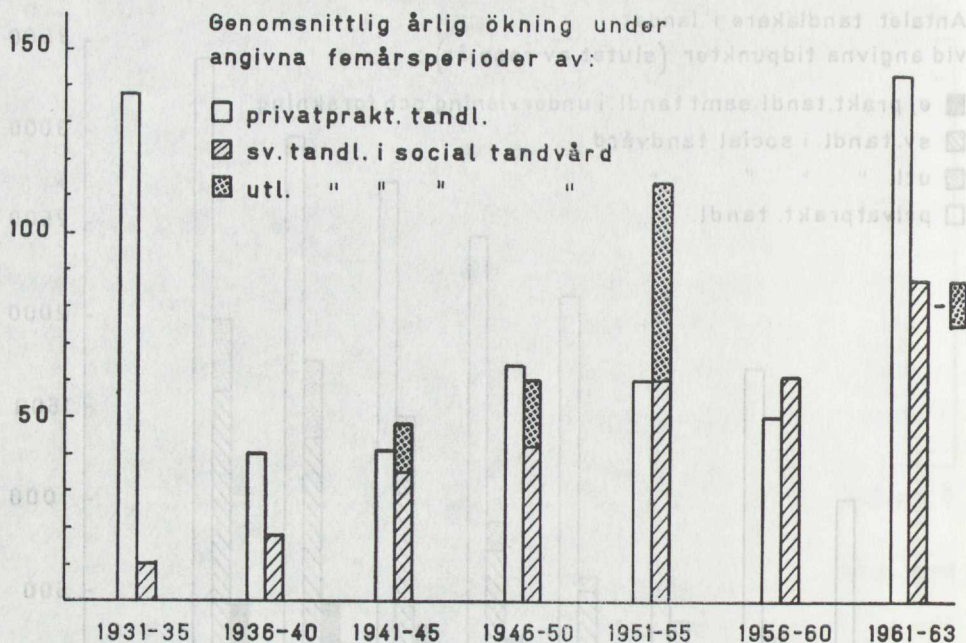


Diagram 2. Genomsnittlig årlig ökning av antalet tandläkare i social tandvård och privat-tandvård

av tandläkarstuderande till prekliniska studier vid tandläkarinstitutet i Stockholm höjdes 1922 till omkring 60 studerande och 1930 till omkring 100 per år. År 1936 minskades intagningen till 80, höjdes 1939 till 90, 1943 till 120 och 1945, efter Malmöhögskolans tillkomst, till sammanlagt 200 för båda högskolorna. Den sänktes 1949 till sammanlagt 180 för att 1955 höjas till sammanlagt 240. Fr. o. m. höstterminen 1963 har intagningen höjts till 260 studerande per år.

Tabell 3. Ökning av antalet tandläkare i social tandvård och privattandvård

| Tidsperiod | Ökning av antalet tandläkare i social tandvård | | | | Ökning av antalet privatpraktiserande tandläkare | |
|------------|--|----------------------|--------------------|----------------------|--|----------------------|
| | totalt | | svenska tandläkare | | under perioden | i genom-snitt per år |
| | under perioden | i genom-snitt per år | under perioden | i genom-snitt per år | | |
| 1931—1935 | 50 | 10 | 50 | 10 | ca 690 | ca 138 |
| 1936—1940 | 90 | 18 | 90 | 18 | 200 | 40 |
| 1941—1945 | 240 | 48 | 175 | 35 | 205 | 41 |
| 1946—1950 | 300 | 60 | 210 | 42 | 320 | 64 |
| 1951—1955 | 570 | 114 | 300 | 60 | 300 | 60 |
| 1956—1960 | 305 | 61 | 305 | 61 | 250 | 50 |
| 1961—1963 | 225 | 75 | 260 | 87 | 430 | 143 |

Härtill kom under såväl 1920- som 1930-talet intagning till tandläkarutbildning av ett stort antal medicine kandidater samt svenska studerande som avlagt utländsk, vanligen tysk tandläkarexamen, eventuellt endast tysk tandläkarkandidatexamen. Sålunda utgjorde antalet under 1920-talet intagna medicine kandidater sammanlagt ca 250 och under 1930-talet sammanlagt ca 210. Tillströmningen av dessa nedgick 1937 till en obetydlighet. Antalet studenter med tysk kandidatexamen eller utländsk, vanligen tysk tandläkarexamen utgjorde under 1920-talet — huvudsakligen dess senare hälft — sammanlagt ca 140 och under 1930-talet sammanlagt ca 185. Intagningen av studerande med utländsk tandläkarexamen har därefter varit ringa. Genom beslut från tysk sida upphörde 1933 den tidigare föreliggande möjligheten för tandläkarstuderande från Sverige att studera i Tyskland. De sista svenska studenterna med tysk utbildning under mellankrigstiden torde ha avlagt sin svenska examen omkring 1935.

Studietidens förlängning från tre till fyra år bidrog till en minskning av examinationen under perioden 1936—1940, då större delen av en årskull examinandi bortföll under denna period. På motsvarande sätt fick övergången till den femåriga studieplanen 1947 en reducerande effekt. Denna hade man emellertid sökt motverka genom en ökning av intagningen av studerande från 180 till 200 under åren 1945—1949.

Under senare delen av 1940-talet knöts ett ökat antal tandläkare till undervisningen genom organiserandet av tandläkarhögskolan i Malmö. Men framför allt under 1950-talet krävde utbyggnaden av undervisning och forskning såväl i Stockholm och Umeå som i Malmö ett förhållandevis stort antal tandläkare och reducerade därmed i någon mån det nettotillskott till kadern av praktikutövande tandläkare, som Malmöhögskolans tillkomst eljest skulle ha medfört.

Ett betydande tillskott har emellertid erhållits genom de utländska tandläkare, som kommit till Sverige — till en liten del före 1945, i större antal 1946—1950 men till största delen 1951—1955 jämte de därpå närmast följande åren. I början av 1960 uppgick antalet utländska tandläkare i folktandvården till 466. Antalet har därefter befunnit sig i ständigt nedgång och utgjorde vid utgången av 1963 ca 390.

Under 1950-talet har ett litet antal svenska studenter på eget initiativ bedrivit tandläkarstudier i utlandet, främst i Förbundsrepubliken Tyskland. En del av dessa har efter avlagd tysk tandläkarexamen återvänt till Sverige och efter kompletterande studier erhållit svensk legitimation. Det torde röra sig om ett 20-tal hittills. Ytterligare drygt ett 20-tal bedriver alltjämt studier utomlands och beräknas under de närmaste åren återvända hit efter avslutad utbildning.

Fr. o. m. höstterminen 1962 har genom universitetskanslersämbetet i samarbete med medicinalstyrelsen antagits en del svenska studenter för tand-

läkarutbildning i Tyskland. Antalet sådana studerande i Tyskland utgjorde vid årsskiftet 1963/1964 ca 90.

Såsom framgår av tabell 3 har den genomsnittliga årliga ökningen av antalet svenska tandläkare verksamma i social tandvård visat en stigande tendens alltsedan 1931, medan det genomsnittliga tillskottet av tandläkare till privattandvården fluktuerat och under 5-årsperioden 1956—1960 visat en nedgång. Därefter har emellertid skett en betydande ökning. Tillskottet till den sociala tandvården var under 1950-talet större än tillskottet till privat-tandläkarvården.

De privatpraktiserande tandläkarna

Av den lämnade översikten över tandläkarkåren i Sverige framgår, att antalet utövare av privatpraktik, som 1930 var något över 1 000 tandläkare, 1940 stigit till ca 1 900, 1950 till drygt 2 400 och 1960 till i det närmaste 3 000. Vid utgången av 1963 var antalet privatpraktiserande tandläkare i landet omkring 3 400. De utgjorde ej fullt 65 % av de praktiserande tandläkarna.

Sverige hör till de länder, vilkas tandläkarantal i förhållande till folk-mängden ligger högst. Sålunda fanns i riket vid årsskiftet 1963/1964 en yrkesverksam tandläkare på ca 1 350 invånare. Fördelningen inom landet är emellertid ojämn. Från ett par inom Sveriges tandläkarförbund verkställda utredningar, publicerade i förbundets tidning nr 1, år 1962, och nr 5, år 1964, hämtas följande siffror, avseende situationen den 1 januari 1959, 1961 respektive 1963.

| | 1/1 1959 | 1/1 1961 | 1/1 1963 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Antal yrkesverksamma tandläkare i landet | 4 742 | 5 034 | 5 437 |
| Antal invånare per yrkesverksam tandläkare | | | |
| I hela landet | 1 580 | 1 490 | 1 390 |
| I Stockholm, Göteborg och Malmö | 920 | 880 | 900 |
| I samtliga städer med över 15 000 invånare | 1 000 | 960 | 940 |
| I Götaland (utom Göteborg och Malmö) | — | 1 720 | 1 640 |
| I Svealand (utom Stockholm) | — | 1 950 | 1 700 |
| I Norrland | — | 2 180 | 1 900 |
| Procentuell fördelning av tandläkarkåren (yrkesverksamma tandläkare) | | | |
| I Stockholm, Göteborg och Malmö | 37 % | 38 % | 39 % |
| I övriga städer med över 30 000 invånare | 18 % | 19 % | 19 % |
| I städer med 15 000—30 000 invånare | 12 % | 12 % | 12 % |
| I landet i övrigt | 33 % | 31 % | 30 % |

De ändringar i relationstalen, som framgår av nyssnämnda siffror, beror ej blott på var tandläkarna öppnar praktik eller tar anställning utan även på den pågående icke oväsentliga urbaniseringen. Det är framför allt den ojämn fördelningen av de privatpraktiserande tandläkarna, som givit dessa olika relationstal. Folkvandvårdens tandläkare är i stort fördelade i förhållande till folkmängden.

Av hela tandläkarkåren utgörs ca 26 % av kvinnor. Ingen nämnvärd ändring av denna andel har skett under de senaste 20 åren. Procenttalet i olika åldersgrupper varierar mellan 24 och 31 %.

Undersökningar rörande arbetstiden inom tandläkarkåren som helhet samt bland tjänstetandläkare och privatpraktiserande tandläkare ävensom rörande arbetsprestationerna inom privatpraktiken har verkställts genom utredningens försorg och redovisas i bil. 2.

Arbetet inom privatpraktiken har sin tyngdpunkt inom vuxentandvården. Barntandvården upptar endast en mindre del av de privatpraktiserandes arbetstid. Ett antal av dessa omhänderhar vid sidan av sin enskilda praktik tandvård vid anstalter av olika slag. En del åtar sig kommunal skoltandvård i begränsad omfattning.

Den samhällseliga tandvården

Historik

Den svenska samhällseliga tandvårdens historia kan sägas gå tillbaka till 1865, då en poliklinik öppnades i Stockholm »till behandling af fattiga, sjuka och till undervisning af Candidater». Stockholms Stads Allmänna Sundhetsnämnd svarade för lokal och medikamenter och medlemmar av Svenska tandläkaresällskapet tjänstgjorde utan ersättning vid polikliniken. Undervisning bedrevs vid denna poliklinik till 1877. Den patientvårdande verksamheten fortsatte emellertid därefter, varvid polikliniken benämndes »Stockholms Stads Poliklinik för Tandsjukdomar», efter 1889 »Södermalmsklinikens mottagning för tandsjukdomar». Denna ägde bestånd till 1935, då dess verksamhet övertogs av Eastmaninstitutets avdelning för vuxna. Liknande polikliniker för obemedlade och mindre bemedlade öppnades i Göteborg 1883 — den ägde bestånd till 1908 — och i Malmö 1906. Sistnämnda poliklinik som även ombesörjde skoltandvård från 1916 fortsatte sin verksamhet till 1956. Arbetet vid dessa polikliniker inriktades i mycket stor utsträckning på behandling av akuta fall.

Det dåliga tandtillståndet, inte minst bland barn och ungdom, jämte impulser utifrån Europa medförde att ungefär vid sekelskiftet och åren närmast därefter de första åtgärderna vidtogs för att få till stånd skoltandvård och tandvård för värnpliktiga och fast anställt manskap inom försvarsväsendet. I riksdagen upptogs frågan om åtgärder från det allmännas sida för tandvårdens främjande första gången genom en motion 1904. Denna föranledde dock icke någon riksdagens åtgärd. Senare återupptogs frågan i riksdagen 1912 och 1913. Sistnämnda år hemställde riksdagen, att Kungl. Maj:t måtte låta utreda på vad sätt en effektiv tandvård särskilt vid landsbygdens små- och folkskolor skulle kunna komma till stånd. I september 1913 till-

kallade Kungl. Maj:t sakkunniga för utredning av frågan angående tandvård för skolungdomen, de s. k. skoltandvårdssakkunniga. Dessa avgav sitt betänkande »Om tandvård för skolungdom» 1917.

Då de i betänkandet framlagda förslagen ej ledde till några åtgärder, återupptogs i riksdagen försöken att få till stånd en utredning om en allmän folktandvård. Sakkunniga för en sådan utredning tillkallades av chefen för socialdepartementet i oktober 1924. I april 1928 framlade dessa sakkunniga förslag om ordnande av folktandvård (SOU 1928: 17) avseende både barn och vuxna. Ett resultat av detta förslag blev inrättandet genom medicinalstyrelsens försorg 1930—1931 av fyra försökstandpolikliniker, två i Skaraborgs län (Grästorps och Tibro) och två i Värmlands län (Charlottenberg och Sysslebäck). Vid remissbehandlingen av förslaget visade sig meningarna delade om hur folktandvården borde ordnas, varför ärendet överlämnades för ytterligare utredning till statens sjukvårdskommitté. Dess förslag om folktandvård (SOU 1935: 46) ansågs vid remissbehandlingen av ett flertal myndigheter i huvudsak ägnat att läggas till grund för beslut i ämnet. Kungl. Maj:t fann dock påkallat med en överarbetning av förslaget. Denna uppdrogs åt 1937 års folktandvårdssakkunniga. Deras förslag (SOU 1937: 47) lades till grund för Kungl. Maj:ts proposition nr 127 angående folktandvård till 1938 års riksdag, vilken bifölls av riksdagen med ikraftträdande den 1 januari 1939.

Under den tid som förutnämnda utredningar pågick hade på lokalt initiativ skoltandvård igångsatts och utvecklats. Den första skoltandkliniken i Sverige startade i Köping 1905. I Stockholm började skoltandvården 1907 och i Göteborg 1908. När förslag i frågan framlades i sistnämnda stad, omnämndes att skoltandvård redan var i gång i liten skala på 14 olika platser i landet.

Skoltandvården utvecklades sedan successivt och bekostades främst genom kommunala anslag men även genom anslag från ideella föreningar. Framför allt gjorde Svenska Röda Korset en betydande insats på detta område. På åtskilliga håll hade man fast anställda skoltandläkare, på andra håll träffades avtal med privatpraktiserande tandläkare om att utföra vården. När folktandvården började organiseras 1939 fanns sålunda en skoltandvård av icke obetydlig omfattning. Även tandvård för vuxna hade på sina håll ordnats. Sålunda hade kommunala tandpolikliniker inrättats i Göteborg 1929 och i Lund 1936. I Södermanlands län påbörjades på landstingets initiativ en folktandvård två år innan den statligt understödda folktandvården kom till stånd.

Den kommunalt ordnade tandvården i riket, inom vilken skoltandvården utgjorde den största delen, torde vid tiden för folktandvårdens införande 1939 ha sysselsatt inemot 300 tandläkare.

Tandvården vid de odontologiska läroanstalterna

Riksdagsbeslut fattades 1897 om upprättandet av ett med karolinska institutet förenat tandläkarinstitut. År 1898 började detta — tandläkarinstitutet i Stockholm — sin verksamhet. Institutet omorganiserades 1948 till högskola.

Den patientvårdande verksamheten bestod i många år nästan uteslutande av det patientarbete av förhållandevis ringa omfattning, som kandidaterna utförde under sin studietid. År 1945 inrättades en amanuenslinnik (numera benämnd lärarklinik) med uppgift att handha den kompletterande eller inledande vård, som av en eller annan anledning ej utförs vid kandidatkliniken.

År 1949 invigdes tandläkarhögskolans i Malmö nuvarande byggnad. Patientbehandlingen hade något tidigare påbörjats i liten skala i provisoriska lokaler. År 1956 startade tandläkarinstitutet i Umeå, vilket fr. o. m. budgetåret 1963/64 blivit fullständig högskola. Den patientvårdande verksamheten i Malmö och Umeå har bedrivits på i huvudsak samma sätt som vid högskolan i Stockholm, i Umeå dock med delvis annan uppläggning fr. o. m. höstterminen 1963.

Verksamheten vid lärarklinikerna omfattade 1962 sammanlagt ca 73 000 arbetstimmar för tandläkare, motsvarande arbetstiden för 40 å 45 heltidstjänstgörande tandläkare i folktandvården. Patientarbetet vid kandidatklinikerna har kvantitativt sett varit av något mindre omfattning.

I icke ringa utsträckning har högskolorna fyllt uppgiften som remissinstanser för mottagning av specialistfall och andra svårare fall och har därmed fungerat som centraltandpolikliniker. Enligt överenskommelser mellan staten och de kommuner, där högskolorna är belägna, skall högskolorna i viss mån fylla folktandvårdens funktioner.

Folktandvården

Riksdagsbeslutet om folktandvård 1938 syftade i första hand till ordnandet av barnens (upp t. o. m. 15 års ålder) tandvård och i andra hand en del ungdomars och vuxnas tandvård. Det beräknades då att 925 tandläkare skulle behövas i folktandvårdsorganisationen. Att dessa — var och en med ca 900 timmars årlig tjänstgöring i tandvård för vuxna, dvs. motsvarande ca 450 heltidstjänstgörande tandläkare — skulle kunna medhinna tandvården för någon väsentlig del av befolkningen över 15 års ålder var givetvis icke möjligt och ej heller avsett. Principen att folktandvården skulle stå öppen för alla fastslogs emellertid redan vid beslutets fattande och har alltsedan dess gällt. Möjligen har detta förhållande i förening med benämningen folktandvård medverkat till att bibringa föreställningen att folktandvårdsorganisationen var avsedd att lösa hela folkets tandvårdsfråga, vilket alltså ej var fallet.

Något åläggande för landstingen eller de landstingsfria städerna att anordna folktandvård finns icke, utan detta är författningsmässigt sett en frivillig angelägenhet.

Enligt gällande kungörelse angående statsbidrag till folktandvård (SFS 1961:278) står folktandvården under tillsyn av medicinalstyrelsen. Folktandvården organiseras av landstingskommunerna och de fyra städer som ej tillhör landstingskommun. Ledningen av folktandvården skall inom varje landstingskommun utövas av hälsovårdsstyrelse, som avses i 53 § landstingslagen.

För folktandvårdens ombesörjande skall landstingskommun vara indelad i tandvårdsdistrikt och i varje distrikt skall finnas minst en fast distrikts-tandpoliklinik. Därjämte må inrättas annexpolikliniker samt polikliniker för ambulatorisk tandvård. Ytterligare må tandpoliklinik kunna anordnas å anstalt.

I anslutning till ett av landstingskommuns lasarett skall finnas en centraltandpoliklinik, avsedd för dels mera komplicerade fall, vilka remitteras dit av tandläkare inom folktandvården eller annan tandläkare eller av läkare, dels lasarettets patienter, dels ock folktandvård i övrigt. Inom folktandvården i landstingskommun kan dessutom inrättas polikliniker för tandreglering eller annan odontologisk specialvård.

För varje landstingskommun fastställer medicinalstyrelsen en folktandvårdsplan, av vilken skall framgå tandvårdsdistriktens omfattning, poliklinikernas antal och organisation samt antalet tandläkartjänster. För att närmast under hälsovårdsstyrelsen utöva ledning och tillsyn över distriktstandvården skall inom varje landstingskommun finnas en tandvårdsinspektör. Vid centraltandpoliklinik skall finnas en tjänst såsom övertandläkare, tillika föreståndare för polikliniken. Vid varje distriktstandpoliklinik och poliklinik för tandreglering skall en distriktstandläkare respektive tandläkare vara föreståndare. Vad här sagts om landstingskommun skall gälla jämväl stad, som ej tillhör landstingskommun, därvid vad som stadgas om hälsovårdsstyrelse skall avse det förvaltningsorgan, som staden bestämmer.

Inom varje tandvårdsdistrikt skall årligen minst 55 % av de inom distrikts-tandvården tjänstgörande tandläkarnas sammanlagda arbetstid ägnas åt organiserad barntandvård. Medicinalstyrelsen kan, om särskilda skäl föreligger, medge avsteg från denna bestämmelse. Med organiserad barntandvård avses enligt statsbidragskungörelsen inom tandvårdsdistrikt eller del därav genomförd systematisk behandling av vissa enheter, såsom årsgrupper, skolklasser eller å anstalt intagna barn. Under den för annan tandvård än organiserad barntandvård anslagna tiden skall med förtursrätt utföras förutom behandling av akuta fall sådan behandling, som avses i 2 kap. 3 § andra stycket AFL (mödratandvård).

Inom den organiserade barntandvården lämnas vården fritt men för övrig vård gäller en av Kungl. Maj:t fastställd folktandvårdstaxa (SFS 1957:634).

Primärkommunerna har att till vederbörande folktandvårdshuvudman erlägga en årlig avgift av 5 kronor för varje barn i kommunen, som deltar i organiserad barntandvård. Till landstingskommun utgår statsbidrag i form av utrustningsbidrag efter vissa regler samt driftbidrag med 16 kronor för vart och ett i den organiserade barntandvården fullständigt behandlat barn för varje år behandling meddelats. Till stad, som ej tillhör landstingskommun, utgår driftbidrag med 8 kronor per barn och år. Utrustningsbidrag utgår däremot ej.

Folktandvården är nu införd i samtliga huvudmannaområden i riket och för samtliga finns tandvårdsplaner fastställda. Däremot har folktandvård ännu ej införts i ett mindre antal tandvårdsdistrikt.

Beträffande behovet av tandläkare i folktandvården och dess tillgodo-seende må följande framhållas.

Enligt statens sjukvårdskommittés förslag (SOU 1935: 46) skulle för hela folktandvården i riket krävas 614 tandläkare, och organisationen skulle kunna uppbyggas på fem år. Dessa beräkningar mötte kritik. Antalet tandläkare ansågs vara för lågt beräknat och det hölls före att längre tid skulle krävas för organisationens uppbyggande. 1937 års folktandvårdssakkunniga fann i sitt betänkande (SOU 1937: 47) att, sedan organisationen uppbyggts och kommit i full verksamhet, inom landstingsområdena skulle krävas sammanlagt 800 tandläkare och i de landstingsfria städerna 125 tandläkare. Beräkningen för landstingsområdenas del grundades på antalet barn i åldern 3—15 år inom dessa områden vid slutet av 1935 och man räknade med sjunkande födelsetal framdeles. De sakkunniga byggde vidare på erfarenheter, som vunnits inom kommunal skoltandvård, framför allt i några större städer, samt vid medicinalstyrelsens fyra s. k. försökstandpolikliniker ävensom på den inom Södermanlands läns landsting bedrivna folktandvården. Det beräknade totalantalet tandläkare i folktandvården uppnåddes efter 14 år. Vid årsskiftet 1963/64, då 25 år förflutit sedan folktandvården började uppbyggas, kunde konstateras, att det tillskapats en organisation, som med avseende på antalet anställda tandläkare var ungefär dubbelt så stor som den, vilken av 1937 års sakkunniga ansågs behövlig. Att organisationen dock icke är tillfyllest beror på ett flertal samverkande faktorer, av vilka de viktigaste här skall beröras.

I stället för ett sjunkande barnantal, som man 1937 räknade med, fick man under 1940-talet ett kraftigt stigande barnantal. 1937 års sakkunniga räknade med att en tandläkare på 1 000 timmar — den tid som en tandläkare årligen skulle ägna åt barntandvården — skulle medhinna 800 barn, motsvarande en genomsnittlig årlig behandlingstid per barn av 1 1/4 timme. I själva verket uppgick den genomsnittliga årliga behandlingstiden per barn 1940 till 1,8 timmar. Den har sedan stigit och utgjorde 1962 2,3 timmar. Orsakerna till den bristande överensstämmelsen mellan beräkningarna och verkligheten är flera. Det statistiska material, som 1937 års sakkunniga

Tabell 4. Rekryteringen av tandläkare till folktandvården

| Tidpunkt | Total- antalet tandläkar- tjänster | Tjänst- görande tandläkare | Tandläkar- vakanser | Vakansernas relation till antalet tjänster, uttryckt i % |
|----------|---|----------------------------------|------------------------|--|
| 1/1 1949 | 721 | 588 | 133 | 18,3 |
| 1/1 1950 | 778 | 603 | 175 | 22,5 |
| 1/1 1951 | 853 | 680 | 173 | 20,0 |
| 1/1 1952 | 902 | 787 | 115 | 12,8 |
| 1/1 1953 | 1 005 | 911 | 94 | 9,4 |
| 1/1 1954 | 1 102 | 1 005 | 97 | 8,8 |
| 1/1 1955 | 1 197 | 1 103 | 94 | 7,9 |
| 1/1 1956 | 1 497 | 1 381 | 116 | 7,9 |
| 1/1 1957 | 1 582 | 1 455 | 127 | 8,0 |
| 1/1 1958 | 1 643 | 1 502 | 141 | 8,5 |
| 1/1 1959 | 1 747 | 1 561 | 186 | 10,7 |
| 1/1 1960 | 1 874 | 1 628 | 246 | 13,2 |
| 1/1 1961 | 1 968 | 1 695 | 273 | 13,9 |
| 1/1 1962 | 2 076 | 1 794 | 282 | 13,6 |
| 1/1 1963 | 2 153 | 1 839 | 314 | 14,6 |
| 1/1 1964 | 2 237 | 1 861 | 376 | 16,8 |

byggde sina beräkningar på, var relativt litet och knappast representativt. Folktandvården har sedan länge haft ett förhållandevis starkt inslag av nyexaminerade tandläkare. Den starka omflyttningen av tandläkare har även verkat som en i fråga om prestationen återhållande faktor. Genom bristen på personal har i många distrikt tidsintervallerna mellan de olika behandlingsperioderna för barnen blivit längre, ibland avsevärt längre, än ett år, varigenom den under en behandlingsperiod erforderliga behandlingen blivit mer omfattande och därmed mer tidskrävande.

1946 års folktandvårdssakkunniga, som tillkallades för att bl. a. göra en översyn av behovet av tandläkare inom folktandvården, fann att distrikts-tandvården skulle kräva ca 2 200 tandläkare. Till detta kom behovet av tandläkare vid centraltandpolikliniker och tandregleringspolikliniker. Sammanlagt skulle enligt de sakkunniga behövas 2 400 à 2 500 tandläkare. En beräkning, gjord av 1957 års folktandvårdssakkunniga, angav ett behov av över 3 000 tandläkare. De sakkunniga hade dock klart för sig att verkamma förebyggande åtgärder skulle kunna minska behovet av arbetskraft, framför allt inom barntandvården.

När de första folktandvårdsförfattningarna trädde i kraft den 1 januari 1939, förelåg uppenbarligen inom landstingen och de landstingsfria städerna ett starkt intresse för att ordna folktandvård. Erforderliga lokala utredningar igångsattes och organisationen började snabbt byggas upp. Redan från början förelåg dock en otillräcklig rekrytering av tandläkare. Bristen på tandläkare i folktandvården föranledde redan 1943 en ökning av den årliga intagningen av studerande och har sedan vid upprepade tillfällen åberopats såsom anledning till ytterligare ökad examination av tandläkare.

Tabell 5. Ändring av antal tandläkartjänster och vakanser inom folktandvården 1/1 1956—1/8 1964

| Tidsperiod | Ändring av antal | | | | |
|-----------------|------------------|----------------|-------------|---------------|----------|
| | Tjänster | Svenska tandl. | Utl. tandl. | Tandl. totalt | Vakanser |
| 1/1 56 — 1/1 60 | + 377 | + 205 | + 42 | + 247 | + 130 |
| 1/1 60 — 1/8 64 | + 414 | + 385 | — 82 | + 303 | + 111 |

Från ingången av 1949 föreligger fullständiga uppgifter angående rekryteringen av tandläkare till folktandvården. Uppgifter om totalantalet tandläkartjänster, tjänstgörande tandläkare och tandläkarvakanser ävensom vakansernas relation till antalet tjänster, uttryckt i procent, redovisas i tabell 4.

Tandläkarvakanserna inom folktandvården ökade under 1940-talet både absolut och relativt och uppgick 1950 till 175 eller 22,5 % av antalet tjänster. Från den 1 januari 1950 till den 1 januari 1955 förbättrades rekryteringen av tandläkare väsentligt. Vakanserna minskade till 94 eller 7,9 % av antalet tjänster. Av stor betydelse var härvidlag den avsevärda tillströmningen av utländska tandläkare, främst tyska och danska. Under perioden tillfördes folktandvården 500 tandläkare, motsvarande i genomsnitt 100 per år, fördelade ungefär lika på svenska och utländska tandläkare. Stockholms stads stora tandvårdsorganisation införlivades 1955 med folktandvården, vilket försvårar en jämförelse detta år. Från den 1 januari 1956, då samtliga huvudmannao mråden anslutits till folktandvården, fram till den 1 januari 1960 tillfördes folktandvården 205 svenska tandläkare eller 51 i genomsnitt per år medan endast 42 utländska tandläkare — i genomsnitt 10—11 per år — tillkom. Efter den 1 januari 1960 blev tillförseln av svenska tandläkare ännu större. Samtidigt inträdde en viss avgång av utländska tandläkare. Utvecklingen framgår av tabell 5.

Under tiden från 1956 till 1964 har nettotillskottet av svenska tandläkare ej svarat mot den snabba utbyggnaden av folktandvården, allrahelst som samtidigt en icke oväsentlig reduktion av antalet utländska tandläkare ägt rum.

Till belysande i stora drag av folktandvårdens utveckling och nuvarande situation hänvisas till tabellerna 6, 7 och 8.

Under 1962 var 24 centraltandpolikliniker i verksamhet. Antalet patienter utgjorde inom den egentliga lasarettstandvården 9 820, inom den egentliga remisstandvården 23 814 och inom folktandvård i övrigt 2 568 eller tillhoppa 36 202 patienter.

Redan under folktandvårdens första år kom den s. k. mödrahjälpstandvården att utgöra ett väsentligt inslag i tandvården för vuxna och mödratandvårdsklientelet behandlades med förtur. Sedan den 1 januari 1963 erhåller emellertid blivande och nyblivna mödrar i stället ersättning för

Tabell 6. Folktandvårdens utveckling I
Antal polikliniker och tandläkare

| Vid utgången av år | Antal distrikts-tandpolikliniker (annextand-polikliniker) | Antal distrikts-tandläkare | Antal central-tandpolikliniker | Antal tandläkare vid central-tandpolikliniker |
|--------------------|---|----------------------------|--------------------------------|---|
| 1940 | 34 | 51 | 1 | 1 |
| 1945 | 198 | 317 | 5 | 6 |
| 1950 | 401 | 648 | 13 | 16 |
| 1955 | 596 (26) | 1 342 | 19 | 33 |
| 1960 | 742 (42) | 1 514 | 24 | 81 |
| 1963 | 760 (82) | 1 691 | 29 | 95 |

Tabell 7. Folktandvårdens utveckling II
Tandregleringsvården

| Vid utgången av år | Antal polikliniker | Antal tandläkare |
|--------------------|--------------------|-------------------|
| 1956 | 6 | 7} enbart lands- |
| 1957 | 12 | 12} tingskommuner |
| 1958 | 21 | 38} |
| 1959 | 24 | 45} |
| 1960 | 28 | 53} hela folk- |
| 1961 | 32 | 55} tandvården |
| 1962 | 34 | 66} |
| 1963 | 38 | 75} |

Tabell 8. Folktandvårdens utveckling III
Utförda arbetsprestationer

a) Barntandvården

| År | Antal fullständigt behandlade barn | Antal partiellt behandlade barn | Timmar i organiserad barntandvård | Behandlingstid per barn och år |
|------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1940 | 23 121 | 2 185 | 39 428 | 1,8 |
| 1945 | 162 317 | 11 663 | 314 527 | 2,1 |
| 1950 | 281 702 | 39 736 | 631 780 | 2,2 |
| 1955 | 608 920 | 60 487 | 1 296 398 | 2,1 |
| 1960 | 719 850 | 52 400 | 1 596 057 | 2,2 |
| 1962 | 763 433 | 61 104 | 1 740 694 | 2,3 |

b) Vuxentandvården

| År | Antal fullständigt behandlade vuxna | Antal partiellt behandlade vuxna | Timmar i tandvård för vuxna | Totalantal timmar i tandvård |
|------|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1940 | 8 909 | 9 346 | 36 870 | 76 298 |
| 1945 | 48 916 | 78 131 | 239 840 | 554 367 |
| 1950 | 85 404 | 143 100 | 423 565 | 1 055 345 |
| 1955 | 166 850 | 235 642 | 759 623 | 2 056 021 |
| 1960 | 217 724 | 281 211 | 920 862 | 2 516 919 |
| 1962 | 226 010 | 317 363 | 982 605 | 2 723 299 |

kostnader för tandläkarvård från sjukförsäkringen efter i AFL närmare angivna regler. Tandläkarvalet är fritt, varigenom belastningen på folktandvården nu ej längre är så stor. Vid folktandvården har mödrarna alltså förtursrätt till behandling.

Efter hand som folktandvården uppbyggts har den i sig upptagit större delen av den tidigare kommunala skoltandvården. Ännu förekommer emellertid viss kommunal skoltandvård, dels på orter där sådan sedan länge funnits och folktandvård ännu ej hunnit organiseras — i en del fall finns ännu anställda kommunala skoltandläkare — dels på orter där folktandvården ej medhinner hela skoltandvården. Folktandvårdens och den kommunala skoltandvårdens sammanlagda kapacitet på barntandvårdens område 1962 belyses av följande uppställning.

| | |
|---|------------|
| Barn i klasserna 1—8, totalt i riket | ca 890 000 |
| Därav anmälda och tandvårdsberättigade | » 850 000 |
| Fullständigt behandlade i klasserna 1—8 (folktandvård) | 713 761 |
| Behandlade i kommunal tandvård | » 37 000 |
| Summa behandlade barn i klasserna 1—8 | ca 751 000 |
| Barn i åldern 0—6 år, behandlade i folktandvård | » 50 000 |
| Summa behandlade barn | ca 800 000 |
| Procent av totala antalet barn i riket i klasserna 1—8, som fullständigt behandlats | 84 |
| Procent av anmälda och tandvårdsberättigade barn i klasserna 1—8, som fullständigt behandlats | 88 |

I den egentliga skoltandvården, dvs. tandvård för åldrarna 7—15 år, erhöles således under 1962 84 % av barnen regelbunden, fullständig vård. Man kan räkna med att härutöver ett mindre antal av de barn, som vistas på anstalter av skilda slag, erhållit tandvård under 1962.

Tandvård vid anstalter

Även för patienter vid anstalter (sjukvårdsanstalter, fångvårdsanstalter, arbetshem, vårdanstalter för alkoholmissbrukare, barnhem, blind- och dövstumsskolor m. fl.) är tandvård anordnad, dock icke i den utsträckning och omfattning som vore önskvärd. Tandvården meddelas antingen inom anstalterna eller utom desamma. I det senare fallet äger den rum på folktandvårdspolikliniker där så kan ske och eljest hos privatpraktiserande tandläkare.

Några aktuella uppgifter om arten eller omfattningen av den tandvård som meddelas anstaltsvårdade finns inte. Riktlinjer för anstaltsvårdens ordnande har utarbetats av 1946 års folktandvårdssakkunniga i deras betänkande (SOU 1948: 53) men har på grund av bristande tillgång på tandläkare endast delvis kunnat genomföras.

Militär tandvård

Militära tandpolikliniker finns vid praktiskt taget samtliga militära förband och skolor, sammanlagt 74 tandpolikliniker. Inom militärtandvården tjänst-

gör följande fast anställda tandläkare, nämligen en försvarsövertandläkare (administrativ tjänst), sju förste försvarstandläkare (huvudsakligen administrativa tjänster), 40 försvarstandläkare (patientarbete, 21 timmar/vecka) och 20 extra försvarstandläkare (patientarbete, 30 heldagar/år). Antalet tjänstgöringsmånader för värnpliktiga tandläkare utgjorde 1962 ca 535. Tandvårdsverksamheten vid försvaret omfattade 1962 ca 174 000 patientbesök.

I den egentliga skolanvändningen för skolorna under 1952-54 är det alltså tydligt att en betydande del av den totala tandvårdsverksamheten vid försvaret utgjordes av skolorna. Detta beror på att skolorna vid denna tidpunkt hade en betydande del av den totala tandvårdsverksamheten vid försvaret. Detta beror på att skolorna vid denna tidpunkt hade en betydande del av den totala tandvårdsverksamheten vid försvaret.

I den egentliga skolanvändningen för skolorna under 1952-54 är det alltså tydligt att en betydande del av den totala tandvårdsverksamheten vid försvaret utgjordes av skolorna. Detta beror på att skolorna vid denna tidpunkt hade en betydande del av den totala tandvårdsverksamheten vid försvaret. Detta beror på att skolorna vid denna tidpunkt hade en betydande del av den totala tandvårdsverksamheten vid försvaret.

I den egentliga skolanvändningen för skolorna under 1952-54 är det alltså tydligt att en betydande del av den totala tandvårdsverksamheten vid försvaret utgjordes av skolorna. Detta beror på att skolorna vid denna tidpunkt hade en betydande del av den totala tandvårdsverksamheten vid försvaret. Detta beror på att skolorna vid denna tidpunkt hade en betydande del av den totala tandvårdsverksamheten vid försvaret.

Tandvård vid skolorna. Även för patienter vid skolorna för skolorna under 1952-54 är det alltså tydligt att en betydande del av den totala tandvårdsverksamheten vid försvaret utgjordes av skolorna. Detta beror på att skolorna vid denna tidpunkt hade en betydande del av den totala tandvårdsverksamheten vid försvaret. Detta beror på att skolorna vid denna tidpunkt hade en betydande del av den totala tandvårdsverksamheten vid försvaret.

Skolorna vid skolorna. Även för patienter vid skolorna för skolorna under 1952-54 är det alltså tydligt att en betydande del av den totala tandvårdsverksamheten vid försvaret utgjordes av skolorna. Detta beror på att skolorna vid denna tidpunkt hade en betydande del av den totala tandvårdsverksamheten vid försvaret. Detta beror på att skolorna vid denna tidpunkt hade en betydande del av den totala tandvårdsverksamheten vid försvaret.

KAPITEL 3

Tandvårdsförsäkring utomlands

I det följande lämnas sammanfattande redogörelser för hur tandvårdsförsäkring ordnats i en del europeiska länder, nämligen Danmark, Norge, Frankrike, Förbundsrepubliken Tyskland, Irland och Storbritannien.

Danmark

Bidrag till tandvård genom sjukförsäkringarna har länge förekommit i Danmark. Enligt den tidigare gällande »folkeförsäkringsloven», som fram till den 1 april 1961 reglerade sjukförsäkringarnas verksamhet, kunde försäkringarna i sina stadgar ta in bestämmelser om bidrag bl. a. till tandvård. Detta förekom i stor utsträckning, dock något varierande mellan olika försäkringar.

Genom »lov nr 239 af den 10 juni 1960», vilken trädde i kraft den 1 april 1961, genomfördes en hel del förändringar i tidigare system. Sålunda kan numera alla bli medlemmar i de erkända sjukförsäkringarna oavsett ekonomiska förhållanden, vilket är en nyhet. Det kan i motsats till tidigare blott finnas en sjukförsäkring i varje kommun. En försäkring kan emellertid omfatta flera kommuner.

Inom de erkända sjukförsäkringarna har införts en gruppindelning. Personer, vilkas årsinkomst understiger en viss, av socialministern fastställd gräns, blir A-medlemmar; överstiger årsinkomsten denna gräns blir de B-medlemmar. Inkomstgränsen fastställs vart tredje år och en kontroll rörande medlems inkomst i förhållande till nämnda gräns sker varje år. Medlems barn under 16 år omfattas av medlemmens försäkring. A-medlemmar och B-medlemmar är »nydende» medlemmar. Envar har rätt att bli »nydende» medlem. Person, som fyllt 16 år och som ej är »nydende» medlem, skall vara C-medlem, dvs. »bidragydende» medlem i den sjukförsäkring, inom vars verksamhetsområde han bor. C-medlem, som har att erlägga en låg årlig avgift, har möjlighet att senare bli »nydende» medlem.

Sjukförsäkringarnas verksamhet finansieras genom medlemsavgifter och statsbidrag; det senare är större för A-medlemmar än för B-medlemmar. De sistnämndas medlemsavgifter är i gengäld något högre än A-medlemmarnas. Förmånerna skiljer sig framför allt i fråga om läkarvården.

A-medlemmarna får fri läkarvård på villkor, fastställda i en särskild över-

enskommelse mellan sjukkassornas och läkarnas organisationer. Enligt denna gäller för alla A-medlemmar i hela landet att medlem väljer en bestämd läkare för ett år i sänder. B-medlem har fritt läkarval och betalar själv läkaren, varefter han erhåller viss ersättning från sjukkassan enligt en fastställd taxa. Både A- och B-medlemmar erhåller kostnadsfri vård på sjukhus samt bidrag med tre fjärdedelar av kostnader för läkemedel, som av socialministern förklarats bidragsberättigande.

Sjukkasor i kommuner med skoltandvård är skyldiga att lämna bidrag till tandvård åt vuxna med minst hälften av kostnaderna. I övrigt kan kassorna lämna bidrag till tandvård efter regler, som fastställs i stadgarna. Socialministern fastställer riktlinjer beträffande ersättningen för tandvård och kan medgiva kassorna att lämna högre bidrag till medlemmar, som underkastar sig regelbunden tandkontroll. Statsbidrag till sjukkasorna lämnas bl. a. med en fjärdedel av kassans utgifter för läkar- och sjukhusvård samt tandvård för A-medlemmar.

Man kan sålunda säga, att en obligatorisk tandvårdsförsäkring införts genom den nya sjukförsäkringslagen. Men kassornas skyldighet att lämna bidrag är såsom nyss nämnts begränsad till kommuner, som har skoltandvård anordnad. Det förutsättes härvid att skoltandvården är fullt utbyggd inom kommunen, dvs. står öppen för alla barn i skolans sju första klasser. Det föreligger sedan flera år tillbaka konflikt eller snarare ett avtalslöst tillstånd mellan kommunerna och tandläkarnas organisationer, men det oaktat finns skoltandvård ordnad i ett stort antal kommuner. Ytterligare är bidragskyldigheten, som avser »nydende» medlemmar och deras barn under 16 år, begränsad till tandundersökning samt vissa slag av behandlingar, nämligen behandling av sjukdomar i tänderna (rotbehandling och rotfyllning), lokal behandling av sådana godartade sjukdomar i tandkött, munslemhinna och käkar, som står i direkt samband med tandsjukdomar, tandfyllningar i defekta tänder och tandrötter, dock endast med cement, emalcement (silikatcement) och amalgam, borttagande av tandsten, tanduttagning och nödvändig lokalbedövning. Ersättning för insättning, reparation eller förnyelse av fasta eller avtagbara proteser ingår således ej. Ett fåtal sjukkasor lämnar dock enligt särskilt beslut även viss ersättning för guldarbeten.

Sedan länge hade förelegat överenskommelser mellan sjukkasorna och Dansk Tandlægeforening angående tandvård för sjukkasemedlemmar och man avsåg att även efter den nya ordningens tillkomst ha dylika överenskommelser. Det har förutsatts att dessa för att vara gällande skall godkännas av socialministern, som därvid skall tillse, att de genom överenskommelse fastställda taxorna står i rimligt förhållande till behandlingen. Därest överenskommelse endast omfattar A-medlemmar skall särskilda regler fastställas, som ger B-medlem rätt till viss ersättning för kostnader för tandvård. När överenskommelse stadgar betalning per behandling, skall ersättning till B-medlem uppgå till minst samma belopp per behandling. I början

av den nya sjukförsäkringslagens tillämpningstid förelåg överenskommelse av här avsett slag.

Emellertid föreligger nu ej längre någon överenskommelse mellan Dansk Tandlægeforening och sjukförsäkrarna. Det gamla avtalet utlöpte för Köpenhamn den 1 oktober 1962, för landet i övrigt redan den 1 april 1962. Tandläkarna tar numera betalt av alla patienter efter sina privata taxor och patient får återbäring från sin sjukförsäkring med visst belopp för varje behandling. Detta gäller generellt dock endast de i taxan angivna slagen av tandbehandling.

Enligt överenskommelse med »Det danske monopoltilsyn» gällande sedan den 1 oktober 1963 får tandläkarna när det gäller de förut nämnda tandbehandlingarna ej ta högre honorar än de gjorde i april 1962. Överträdelse medför betydande bötesstraff.

De danska sjukförsäkrarnas totala utgifter för tandvård utgjorde 1956 19,4 miljoner danska kronor. Utgifterna har därefter stigit undan för undan och uppgick 1963 till 47,2 miljoner danska kronor.

Norge

I Norge lämnas ersättning för viss tandläkarvård inom sjukförsäkringens ram. Den grundläggande lagstiftningen härom är lagen om sjukförsäkring (»Syketrygd») av den 2 mars 1956. I enlighet med 31 § i nämnda lag har Sosialdepartementet den 6 juni 1963 fastställt föreskrifter för »utvidet tannlegehjelp». Dessa föreskrifter, som varit gällande sedan den 1 juli 1963, innehåller i huvudsak följande.

Såsom »tannlegehjelp» räknas i detta sammanhang sådan behandling av sjukdomar i tänder, munhåla och käkar, som vanligen utföres av tandläkare. Den behandling det här kan röra sig om består huvudsakligen av operativa ingrepp mot sjukdomar av inflammatoriskt eller svulstartat slag, utgångna från tänderna, ävensom behandling av vissa sjukdomar i munslemhinnan. Behandling av sjukdomar i käkarna ersättes vare sig behandlingen är operativ eller medikamentös, i sistnämnda fallet dock ej om det rör sig om rotbehandling.

Utgifterna för utförande av annan tandläkarvård såsom tandfyllningar, rotbehandlingar, proteser, bettanalyser, bettkorrigeringar och tandstensskrapning ersättes i allmänhet ej av sjukförsäkringen. Beträffande narkos vid konserverande tandbehandling gäller som huvudregel, att sådan ej ersättes. I de fall, då en konserverande tandbehandling på grund av patientens tillstånd endast kan utföras under narkos, lämnas dock ersättning. Kassen kan härvidlag kräva läkarintyg om behovet av narkos. Sjukförsäkringen ersätter blott kostnaden för narkosen, ej kostnaden för den utförda tandbehandling. Vidare lämnas ersättning med 75 % av kostnaderna för tandreglering, när behandlingen är medicinskt indicerad och sker som ett led i

behandlingen av läpp-käk-gomspaltfall. Samma gäller för behandling av extrema bettanomalier (tandställningsfel) av invalidiserande slag. När fråga är om bettanomalier, som ej är invalidiserande men dock företer ett markant behandlingsbehov, kan bidrag beviljas med upp till 50 % av kostnaderna för behandlingen. För övriga bettanomalier lämnas ej ersättning eller bidrag. Ifråga om tandregleringsbehandlingar fastställer Rikstrygdeverket ersättningens storlek. Försäkringskassorna bör avpassa utbetalningarna så att patienten påverkas att fullfölja behandlingen. Exempelvis kan en del av ersättningsbeloppet innehållas, till dess patientens behandling slutförts. Sjukförsäkringen lämnar också ersättning för obturatorproteser till gomspaltpatienter liksom för s. k. retentionsbroar efter avslutad tandregleringsvård åt gomspaltpatienter. Ersättningen sker efter samma grunder som gäller för ersättning av tandregleringsvård hos dessa patienter.

Som allmän regel gäller att ersättning för »tannlegehjelp» blott lämnas, om behandlingen utföres av person, som är behörig att utöva tandläkaryrket i Norge. De ingrepp och behandlingar, som finns angivna i en särskild taxa, kan tandläkaren utföra utan försäkringskassans förhandsgodkännande. Sådant godkännande måste föreligga ifråga om behandlingar, för vilka taxebelopp ej finns fastställda. Röntgenundersökning, företagen i samband med ersättningsberättigande behandlingar, kan försäkringskassan ersätta utan hänvisning från läkare eller rekvisition från kassan. Röntgenundersökning i samband med behandlingar, som ej finns upptagna i taxan, ersättes blott efter rekvisition av läkare eller tandläkare och som led i en av läkare eller tandläkare utförd behandling, för vilken kassan medgivit ersättning. Med hänsyn till kontrollmöjligheten kan kassan kräva att röntgenbilderna insändes, när krav på ersättning framställles.

Särskilda bestämmelser rörande det administrativa förfarings sättet vid rekvisition och utbetalning av ersättning finns. Bl. a. rekommenderas kassorna att begagna sig av möjligheten att anställa rådgivande tandläkare (kontrolltandläkare).

På samma sätt som när det gäller läkarvården kan tandläkarvården lämnas antingen såsom kostnadsfri tandläkarvård genom tandläkare, med vilka försäkringskassan har kontrakt, eller mot ersättning efter av Socialdepartementet fastställd ersättningstaxa för tandläkarvård. Tandläkaren är ej bunden till denna taxa. I allmänhet ligger tandläkarnas arvoden över taxans belopp. Enligt särskild bestämmelse kan ersättning, som tillkommer försäkrad person, utbetalas direkt till tandläkaren.

Såsom av det föregående framgår är ersättning för tandläkarvård från sjukförsäkringen starkt begränsad och gäller i huvudsak för viss tandkirurgisk vård, bl. a. vid akuta fall, ävensom för ett fåtal andra särskilt angivna fall, i vilka speciella indikationer föreligger. Behovet skall i åtskilliga av dessa styrkas genom läkarintyg. Genom dylik begränsning har kostnaderna hållits nere. De uppgick 1961 till 8,5 miljoner norska kronor.

Frankrike

Frankrikes första sjukförsäkringslag tillkom 1928, den nu gällande är från 1943. Åtskilliga tillägg och ändringar har sedan dess skett. Sjukförsäkringen, som bl. a. omfattar tandvård, utgör en av socialförsäkringarna, »Les Assurances Sociales», till vilka även hör moderskaps-, invaliditets-, ålderspensions- och efterlevandeförsäkringarna. De ingår jämte ett stort antal andra sociala hjälp- och stödåtgärder i vad som benämnes La Sécurité Sociale.

Till socialförsäkringarna är obligatoriskt anslutna alla personer av fransk nationalitet — oavsett kön och ålder — som är avlönade eller arbetar för en eller flera arbetsgivare, i vilken egenskap eller på vilken plats det vara må och oavsett storleken och arten av deras ersättning samt formen, arten eller giltigheten av ett eventuellt arbetskontrakt. Obligatoriskt anslutna är även — oavsett nationalitet — skådespelare, sångare, musiker och artister av olika slag, som är verksamma i Frankrike. En rad detaljbestämmelser rörande tolkningen av dessa huvudregler föreligger. Frivillig anslutning till försäkringarna medges bland annat personer, som varit obligatoriskt anslutna under minst sex månader men ej längre fyller villkoren för obligatorisk anslutning.

Socialförsäkringarna finansieras genom att den försäkrade erlägger 6 % av sin inkomst, arbetsgivaren 12,5 % av det belopp han utbetalar i lön, staten ingenting. Avgifterna beräknas på ett högsta lönebelopp av för närvarande 9 600 NF per år.

Sjukförsäkringsförmånerna, inklusive tandvårdsbidrag, tillkommer försäkrad person och dennes familj, varmed avses hustru och barn under 16 år, såvida de ej själva har avlönad arbetsanställning. Förmånerna utsträcker till barn under 17 år, om de är lärlingar, och under 20 år, om de studerar eller är handikappade genom lyte eller kronisk sjukdom, som medför varaktig försörjningsoförmåga. Även vissa närstående släktingar, som tillhör försäkrads hushåll, åtnjuter förmånerna under vissa villkor. Förutsättningar för att vård och sjukpenning skall meddelas under sex månader är att man arbetat minst 60 timmar eller varit oförskyllt arbetslös minst samma tid under de sista tre månaderna. För att förmånerna skall kunna åtnjutas under mer än sex månader krävs, att man varit medlem av försäkringen de senaste 12 månaderna, att man arbetat eller varit oförskyllt arbetslös minst 480 timmar under dessa 12 månader och att därav minst 120 timmar infallit under sistförflutna tre månader.

Sjukförsäkringens liksom alla socialförsäkringarnas administration övervakas av arbets- och socialdepartementet och skötes lokalt och departementalt av olika regionala och departementala kassor.

Omfattningen av tandvårdsbidragen och villkoren för att dessa skall lämnas är närmare angivna i en särskild taxa. Denna är i vissa delar mycket detaljerad, bl. a. ifråga om tand- och käkkirurgiska behandlingar, för vilka mer än 100 rubriker finns. Här anges emellertid även åtskilliga operationer

inom den större käkkirurgien, som tandläkarna ej är behöriga att utföra. För varje slag av behandling anges ett poängvärde, ej visst belopp. På tandvårdsräkningen hopsummeras poängvärdena för de utförda behandlingarna och summan multipliceras med gällande multiplikator — för närvarande 3:70 NF för privatpraktiserande tandläkare — varigenom räkningens totalsumma erhålles. Återbäring sker med i regel 80 % av denna summa. Full ersättning erhålles vid lång sjuktid eller för komplicerade operationer. Läkarnas taxor ligger i allmänhet betydligt över den taxa, enligt vilken återbäringen beräknas. Den försäkrade betalar hela beloppet till läkaren och får återbäring från sjukkassan.

Röntgenundersökning, tandkirurgiska behandlingar, rotbehandlingar och tandfyllningar i de vanliga materialen, amalgam och cement, får utföras utan förhandsmedgivande från försäkringskassan, dock att uttagning av mer än åtta tänder kräver dylikt medgivande. En del restriktioner förekommer emellertid inom här angivet arbetsområde. Sålunda ersättes rotbehandling endast när behandlingen avslutats med rotfyllning medelst ett röntgenkontrasterande ämne. Flera enkla fyllningar på samma yta av en tand räknas som en fyllning. Särskilt ersättningsbelopp förekommer ej för guldinlägg. Dessa ersättes såsom komplicerade fyllningar i amalgam.

Ersättning för andra slag av behandling, såsom proteser, stifttänder, guld-kronor, jacketkronor och tandreglering, ersättes endast på vissa villkor och efter granskning och förhandsmedgivande av vederbörande försäkringskassa. Dessa har särskilda rådgivande tandläkare anställda, som verkställer ifråga-varande granskning och tar ställning till ansökningarna.

Ersättning för avtagbara proteser kan medgivas av tre huvudanledningar: 1) funktionella skäl (bristande tuggförmåga), 2) terapeutiska skäl (för botande eller lindrande av sjukdom, som orsakats av dåligt tandtillstånd) och 3) då protes är nödvändig för att sökanden skall kunna utöva sitt yrke.

För bedömande av förhållandena under 1) har uppställts ett särskilt schema, 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. Protes medgives, om tuggningseffektens poängvärde, koefficient, är mindre än 40. I tveksamma fall brukar patienten inkallas till undersökning hos kassans rådgivande tandläkare. Även om tuggningseffekten bedömes såsom tillfredsställande, dvs. koefficienten är över 40, men sökanden enligt intyg av läkare lider av sjukdom, som är en följd av ett sjukligt tillstånd i bettet, medgives återbäring å proteskostnad enligt 2). Samma är förhållandet om protesen (proteserna) är erforderliga för att sökanden skall kunna utöva sitt yrke enligt 3).

Provisorisk protes medgives i princip ej. Emellertid kan undantagsvis ett avsteg göras från denna regel, om det gäller en försäkrad, som är tvungen att sluta sitt yrkesarbete, om han eller hon saknar framtänder. Med proteser

avses i ersättningshänseende endast avtagbara proteser. Om en bro föreslås, medges ersättning under samma förutsättningar och med samma belopp som om det gällt att insätta en avtagbar protes för de tänder, som saknas. Eventuellt kan ersättning utgå för kronor på de s. k. stödtänderna, om villkoren för medgivande av ersättning för sådana kronor föreligger. När proteserna (proteserna) färdigställts och patienten begär återbäring från kassan för sina utgifter, skall det föreligga en bekräftelse på att protesarbetet utförts. Det tillkommer kassans rådgivande tandläkare att inkalla patienten för att undersöka om proteserna utförts korrekt och till patientens belåtenhet. Skulle proteserna vara dåligt utförda, träder kassans rådgivande tandläkare i förbindelse med den tandläkare, som utfört behandlingen, och diskuterar med honom vilka åtgärder, som bör vidtagas. I fortsättningen tillkommer det patienten att väl sköta proteserna. Skulle denna förstöras eller skadas genom patientens förvållande, får han själv svara för kostnaden för ny protes eller lagning av den gamla. Lagning av proteser ersättes, när patienten själv ej orsakat skadan på proteserna, och då på motsvarande sätt som när ersättning utgår till nya proteser. Några bestämda regler för hur snart en person som en gång erhållit bidrag till protes kan erhålla bidrag till en ny sådan finns ej. Vid begäran om ny protes som ersättning för en tidigare dylik brukar sökanden inkallas för undersökning hos försäkringskassans rådgivande tandläkare, varvid den gamla proteserna skall medföras. Befinnes verkligt behov av ny protes föreligga, beviljas ersättning för sådan.

Ersättning för kostnad för resektionsprotes, exempelvis efter operation för elakartad tumör, medges alltid.

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 ersättes 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.

Till kostnader för tandregleringsvård lämnas bidrag endast i de fall då vården påbörjats innan patienten fyllt nio år. Frågan om ersättning för tandregleringsvård skall alltid underställas försäkringskassan och dess medgivande föreligga, innan behandling får påbörjas. Innan medgivande lämnas, sker överläggning mellan den behandlade tandläkaren och kassans rådgivande tandläkare. Denne skall även ha undersökt barnet och granskat röntgenbilder, studiemodeller och övrigt undersökningsmaterial. Kassans ersättning brukar i tandregleringsfallen uppdelas i mindre poster, som utbetalas allt eftersom behandlingen fortskrider.

Totalutgifterna för sjukförsäkringen uppgick 1959 till 3 636 miljoner NF, jordbrukssystemen och systemet för fria företagare ej medräknade. De största delposterna häri utgjordes av kostnader för sjukhusvård och läkemedel. Kostnaderna för tandvården uppgick till 194 miljoner NF. Detta innebär, att 5,1 % av kostnaderna föll på tandvården. Något över hälften av totalkostnaderna föll på försäkringstagarna och återstoden på deras familjemedlemmar samt ålderspensionärer och invalider.

Förbundsrepubliken Tyskland

I Förbundsrepubliken Tyskland ingår tandvården i sjukförsäkringen, som handhas av sjukkassorna.

Den nu gällande sjukförsäkringen är obligatorisk. Var och en som uppfyller bestämda förutsättningar är obligatoriskt medlem av försäkringen. Medlemskapet är ej beroende på om bidrag betalats eller om vederbörande anmält sig till sjukkassan. Obligatoriskt medlemskap omfattar övervägande personer som har arbetsanställning. En annan princip för sjukförsäkringen är medlemmarnas gemensamma solidaritet vilken framförallt kommer till uttryck genom sättet för finansieringen. Avgifterna rättar sig inte efter den för individen försäkringsmatematiskt uträknade risken utan efter medlemmarnas arbetsinkomst. Statliga subventioner lämnas ej; de för finansiering av sjukassebidragen erforderliga medlen skaffas genom medlemmarnas avgifter. Försäkringsplikten är ej knuten till den försäkrades eller arbetsgivarens medborgarskap. Genomförandet av sjukförsäkringen är ej en statlig uppgift utan åligger de försäkrade och deras arbetsgivare genom självförvaltning. Det statliga inflytandet begränsar sig till en i lagen närmare angiven ledning och tillsyn.

I huvudsak följande grupper av personer är underkastade försäkringsplikt, nämligen kroppsarbetare utan hänsyn till arbetsinkomstens storlek, tjänstemän, när deras ordinarie inkomst ej överstiger 660 DM per månad — till dessa räknas förutom kontors- och affärsanställda tjänstemän även skådespelare och musiker, tjänstemän inom undervisning och sjukvård liksom sjöbefäl — vidare arbetslösa personer samt pensionärer.

Det finnes även frivilligt anslutna medlemmar. Frivillig anslutning kan under vissa förutsättningar förvärfvas 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.

Sjukkasseväsendet är sedan gammalt rikt utvecklat och uppvisar ett flertal olika typer av sjukkassor. Den 1 april 1961 tillhörde omkring 80 % av befolkningen statligt erkända sjukkassor och ytterligare ca 15 % privata kassor.

Sjukkassemédlem har fritt läkarval bland de till sjukkassan knutna läkar-

na. Den försäkrade är skyldig att för läkaren förete sjukkassebevis. Sådant gäller för ett kalenderkvartal. Under denna tid bör försäkrad inte byta läkare utan vägande skäl. Motsvarande gäller i fråga om tandläkare. De flesta läkare erhåller totalersättning från sjukkassorna men en tendens till övergång till prestationsersättning finns. Tandläkarna erhåller prestationsersättning.

För att få utöva sjukkasseverksamhet behöver läkare och tandläkare ett särskilt tillstånd. Sjukkassorna hade tidigare begränsat tillståndsgivningen och kunde därmed också påverka lokaliseringen av läkare och tandläkare. Efter domstolsutslag från högsta författningsdomstolen i mars 1960 och februari 1961 kan emellertid varje läkare och tandläkare, som fyller vissa krav, upptagas såsom sjukkasseläkare eller sjukkassetandläkare. Läkare och tandläkare som utövar sjukkasseverksamhet är sammanslutna i föreningar i vilka medlemskap är obligatoriskt. Den 1 juli 1961 var över 29 000 tandläkare verksamma för sjukkassorna, motsvarande ungefär 95 % av alla tandläkare i förbundsrepubliken. Detta innebär att det vid ifrågavarande tidpunkt fanns en tandläkare på 994 försäkrade, motsvarande en tandläkare på 1 200 personer. Samtidigt fanns en sjukkasseläkare på 490 försäkrade.

Efter förhandlingar träffades 1962 mellan sjukkassetandläkarnas riksorganisation och de s. k. RVO-sjukkassornas riksorganisationer ett huvudavtal beträffande tandläkarvård, gällande hela förbundsrepubliken. Avtalet reglerar den tandläkarvård, för vilken sjukkassemédlemmar erhåller ersättning från sjukkassorna, och anger erforderliga administrativa bestämmelser.

I ett bifog till huvudavtalet anges vissa riktlinjer för den tandläkarvård, som skall ersättas av sjukkassorna. Den skall vara »av tillräcklig omfattning, 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 ej är nödvändiga för eller oekonomiska i förhållande till sådant ändamål, får tandläkaren ej medverka till eller föreslå och sjukkassan får ej heller ersätta dem. Tandläkaren har själv att avgöra arten och omfattningen av behandlingsåtgärderna, varvid han skall beakta, att de uppkommande kostnaderna utnyttjas på ett förnuftigt sätt. Åtgärder, som enbart tjänar ett kosmetiskt ändamål, ersättes ej genom sjukkassorna. Endast de undersöknings- och behandlingsmetoder, som står i full överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet får användas.

Av kassorna ersättes fysikaliska och röntgendiagnostiska undersökningar ävensom mikroskopiska, serologiska och andra laboratorieundersökningar, konserverande behandling av tänderna genom rotfyllningar och tandfyllningar i amalgam och cement, tanduttagningar och andra tandkirurgiska ingrepp, avlägsnande av tandsten och behandling av sjukdomar i munslemhinnan. En del inskränkande detaljbestämmelser finns, exempelvis beträffande användningen av lokalbedövning; ersättning för sådan beviljas i allmänhet ej för vanliga tandfyllningar. Ersättning för narkos lämnas endast

undantagsvis och på bestämda indikationer. Flera fyllningar på samma yta beräknas som en fyllning. För här nämnda åtgärder betalar sjukkassan hela kostnaden enligt fastställd taxa, som tandläkaren ej får överskrida. Till kostnader för proteser, stifttänder och kronor lämnas endast vissa bidrag. När det gäller proteser uppgår bidragen i allmänhet till två tredjedelar av en fastställd taxa, som tandläkaren är skyldig att följa.

Tandläkare får även till patient förskriva vissa läkemedel, vilka bekostas av sjukkassan. Han får remittera patienter för sjukhusvård, om sådan är erforderlig, och är berättigad att utskriva intyg om arbetsförmåga då sådan föreligger på grund av tandsjukdom.

Taxan är synnerligen detaljerad och anger för de olika åtgärderna blott poängvärden, ej penningbelopp. Huvudavtalet har även kompletterats med ett särskilt avtal rörande den multiplikator, varmed poängvärdena skall multipliceras för att man skall få fram ersättningsbeloppen. Avsikten är att man förhandlingsvägen skall kunna överenskomma om en ändring av multiplikatorn, då så befinner sig erforderligt, exempelvis på grund av ändringar i den allmänna prisnivån.

I övrigt gäller att tandvårdsåtgärder endast får vidtagas, om sjukkassetandläkaren personligen har övertygat sig om patientens sjukdomstillstånd. Tandläkaren får kräva betalning direkt av sjukkasemedlem endast för det fall, att denne otvetydligt kräver att bli behandlad på egen bekostnad eller ej medför föreskrivet och gällande behandlingsbevis. Sjukkassetandläkaren är berättigad att avböja behandling av en patient eller att avbryta en pågående behandling när verkligt skäl härför förefinnes men måste i sådana fall lämna ett motiverat meddelande om saken till sjukkassan. Det åligger tandläkarnas organisationer att tillse att jourtjänstgöring ordnas i erforderlig utsträckning på de dagar då mottagningarna ej är öppna.

Sjukkassetandläkarna har att kvartalsvis (för en del vård månadsvis) till sina respektive organisationer översända räkningar på utförd behandling, och det tillkommer föreningarna att granska dessa. Ersättningen utbetalas till tandläkaren av tandläkarföreningen, som i sin tur erhåller ersättning från sjukkassan.

Sjukkassetandläkarnas verksamhet övervakas i vissa hänseenden av särskilda prövningsinstanser, nämligen prövningsutskott och besvärsutskott. Prövningsutskott sammansätts av representanter för sjukkassetandläkarna, utsedda av dessas föreningar samt representanter för sjukkassorna. Mot prövningsutskotts beslut kan besvär anföras hos besvärsutskott. Dessa prövningsinstanser kan följa och granska av tandläkarna meddelad vård samt tandläkarnas sätt att förskriva läkemedel och kan även genomföra kontrollundersökningar.

Om en tandläkare bryter mot reglerna i avtalet kan ett disciplinärt förfarande inledas mot honom. Organ för handläggning av sådana frågor förekommer inom sjukkassetandläkarnas egna organisationer. De har rätt att

meddela varning eller erinran eller att utdöma penningböter intill ett belopp av 3 000 DM. Vidare kan tandläkaren för en tid eller definitivt uteslutas från rätten att mottaga sjukkaspatienter. I vissa fall kan tandläkarna ådömas skadestånd gentemot sjukkassan.

För befordrandet av ett gott samarbete mellan sjukkassornas och tandläkarnas organisationer, för förberedande av förändringar i avtalen och anpassning av dessa efter ändrade förhållanden bildar parterna ett avtalsutskott.

Sjukassornas utgifter för tandläkarvård (inklusive protesarbeten) uppgick 1962 till 658 miljoner DM, vilket innebär, att tandläkarvården upptog 14 % av de samlade utgifterna för sjukassornas s. k. naturaprestationer. Uträknat per medlem drog tandläkarvården inklusive protesarbeten 1962 en kostnad av 39,34 DM.

Irland

Tandvårdsförsäkring av viss omfattning finns i Irland och ingår där i den gren av socialförsäkringen, som benämnes »Treatment Benefits». Den egentliga sjukförsäkringen ingår ej i socialförsäkringen.

Socialförsäkringen, som administreras av irländska socialdepartementet, regleras genom »The Social Welfare Acts» och omfattar obligatoriskt i stort sett de arbetsanställda i åldern 16—70 år. Personer, som ej längre obligatoriskt tillhör försäkringen, kan frivilligt fortsätta att vara försäkrade med avseende på de i socialförsäkringen ingående pensionsformerna. Icke kroppsarbetande anställda, vilkas årsinkomst överstiger £ 800 (ca 12 000 kronor) är ej obligatoriskt försäkrade. Undantagna är även anställda, vilkas anställning är av rent tillfällig natur.

Socialförsäkringen finansieras genom bidrag från de försäkrade, deras arbetsgivare samt staten till ungefärligen lika delar.

Tandvårdsförmånerna tillkommer endast de försäkrade, ej deras familjemedlemmar. Förhandsprövning av tandvårdsansökningar sker i socialdepartementet. Man kan räkna med att vanlig konserverande och kirurgisk tandvård alltid bekostas, om sökanden fyller de formella kraven på rätt till tandvårdsersättning enligt socialförsäkringen. Ersättning för respektive bidrag till olika slag av guldarbeten och proteser beviljas, därest behandlingen anses erforderlig. Tandvårdsförmånerna omfattar tandundersökning, inklusive röntgenundersökning, tanduttagningar och andra tandkirurgiska ingrepp, munhygienisk behandling, konserverande tandvård, såsom tandfyllningar, rotfyllningar, stifttänder och kronor i guld och porslin, vilka behandlingar — när de beviljas — är kostnadsfria för den försäkrade, samt avtagbara proteser och guldbryggor, till vilkas kostnad försäkringen bidrager med en tredjedel, därest bidrag beviljas.

Ersättning utbetalas endast för tandvård, som utföres av tandläkare upp-

förda på departementets tandläkarförteckning (The Department's Dental Panel). Dessa tandläkare har enligt särskilt avtal förbundit sig att följa för försäkringen gällande regler, innefattande jämväl den fastställda taxan. Av de privatpraktiserande tandläkarna är praktiskt taget alla med i systemet; endast ett fåtal står utanför. Taxans genomsnittsnivå motsvarar ungefärligen vår svenska folktandvårdstaxas.

Försäkrad, som önskar ersättning för tandvård, hänvänder sig till den lokala försäkringskassan och erhåller där en tandvårdsblankett. Inom 21 dagar skall den försäkrade vända sig till tandläkare och överlämna blanketten. Tandläkaren verkställer undersökning; på blanketten införes tandstatus samt angives detaljerat behandlings- och kostnadsförslag med uppgift för varje tand vilken behandling som skall utföras. Detta behandlingsförslag insändes till socialdepartementet med en försäkran från tandläkaren, att han är villig utföra ifrågavarande behandling enligt villkoren i gällande avtal, att han på kostnadsförslaget angivit all erforderlig behandling samt att han ej gjort och ej avser att göra någon återbetalning till patienten eller medgivit någon rabatt åt patienten. Efter granskning och prövning av ärendet meddelar departementet — därest prövningen lett till positivt beslut — den försäkrade vilket belopp försäkringen bidrager med och vilket belopp den försäkrade själv har att erlägga. Samtidigt meddelar departementet tandläkaren, att behandlingsförslaget godkänts samt att departementet efter avslutad behandling och mot tandläkarens kvitto samt patientens godkännande av behandlingen, båda tecknade på blanketten, kommer att till tandläkaren direkt utbetala försäkringsbeloppet. Tandläkaren kan kräva, att patienten erlägger sin andel innan behandlingen påbörjas.

Utan förhandsgodkännande kan tandläkaren utföra behandling av akuta fall samt fall, vilkas totalkostnad ej överskrider visst belopp, för tandvård i allmänhet motsvarande ca 50 kronor, och för reparation av proteser motsvarande ca 20 kronor.

Under det budgetår, som avslutades den 31 mars 1963, inlämnades till socialdepartementet sammanlagt 99 400 framställningar om tandvårdsersättning. 5 600 av dessa avlogs och 83 700 bifölls. I drygt 30 % av fallen ingick avtagbara proteser, i nästan 50 % av fallen ingick enbart tandfyllningar jämte tanduttagningar. Det totalt utbetalade beloppet uppgick till £ 354 373, motsvarande ca 5,3 miljoner kronor. I genomsnitt per tandvårdsärende, och därmed i stort sett även per individ, utgjorde detta ca 63 kronor. Av siffrorna framgår, att försäkringen blott utnyttjats i ringa utsträckning, under ett år endast av ca 15 % av de försäkrade. Det kan i detta sammanhang nämnas, att Irland med en befolkning av 2,8 milj. invånare endast har 600 tandläkare, dvs. en tandläkare på 4 750 invånare.

Kommunerna tillhandahåller i viss utsträckning tandläkarvård. Behandlingen sker antingen genom fast heltidsanställda tjänstetandläkare, som i första hand sköter tandvården för skolbarn samt patienter vid mödra- och

barnavårdscentralerna, men även i viss mån meddelar tandvård åt medelösa vuxna personer, eller genom deltidsanställda tandläkare eller hos privatpraktiserande tandläkare.

Storbritannien (England och Wales samt Skottland)

En statlig sjukförsäkring, innefattande jämväl tandvårdsförsäkring, är alltsedan 1948 anordnad i Storbritannien genom »National Health Service».

Enligt »The National Health Service Act» är hälsovårdsministern i England och Wales samt ministern för Skottland (The Secretary of State for Scotland) ansvariga för anordnandet av sjuk- och hälsovård av varje slag för alla som är i behov därav. Genomförandet av dessa uppgifter har delegerats på olika styrelser och rådgivande organ.

För ordnandet av den allmänna läkar- och tandläkarvården är landet indelat i ett antal förvaltningsområden och för vart och ett av dessa finns ett »verkställande råd», Executive Council. Dessa områden motsvarar i England och Wales i allmänhet grevskapen. Inom varje förvaltningsområde finns dessutom en lokal tandläkarkommitté, Local Dental Committee, vald av de praktiserande tandläkarna inom området. Ytterligare finns i varje område en tandvårdskommitté, Dental Service Committee, som har att handlägga anmälningar mot tandläkare beträffande felbehandling eller brott mot gällande bestämmelser.

Varje Executive Council skall föra en förteckning (dental list) över de tandläkare inom området, som anmält sig villiga att mottaga och behandla patienter för den allmänna tandläkarvården inom National Health Service. I och med att en tandläkare uppförts på förteckningen har han åtagit sig bl. a. att ha lämplig utrustning, att ägna patienten all nödig omsorg och uppmärksamhet, att lämna och slutföra behandling på tillfredsställande sätt, att föra journal över utförda behandlingar etc. Vidare är han skyldig att begagna föreskrivna formulär. Det står tandläkaren fritt att vid sidan om arbetet för National Health Service behandla privatpatienter. Detta synes förekomma i ganska stor utsträckning.

Genom den allmänna tandläkarvården är envar berättigad att erhålla all den tandbehandling, som erfordras för att bibehålla eller återställa ett funktionsdugligt bett (för att uppnå »dental fitness»). Vårdsökande har full frihet att välja vilken tandläkare som helst, som är uppförd å förteckningen. Tandläkaren har motsvarande frihet att acceptera eller avvisa en patient. Har han påbörjat behandlingen av viss vårdsökande, är han emellertid skyldig att utföra all erforderlig behandling på de villkor, som gäller inom National Health Service, och är förbjuden — utom i vissa angivna fall — att debitera patienten annat än de avgifter denne enligt bestämmelserna har att erlägga. Det brukar betonas, att det — innan behandlingen påbörjas — skall vara helt klart mellan tandläkaren och den vårdsökande, om behand-

lingen skall utföras inom den allmänna tandläkarvården eller privat. I sin privatpraktik är tandläkaren ej bunden av viss taxa.

Utan förhandsmedgivande kan tandläkaren utföra röntgenundersökning, om det gäller högst två filmer, tandstensskrapning och tandköttsbehandling i begränsad omfattning, konserverande tandvård (tandfyllningar i de vanliga materialen, amalgam och cement, samt rotfyllningar), tanduttagningar till botande av tandvärk och sådana tanduttagningar, som ej medför behov av insättande av protes, samt slutligen enkla reparationer av proteser. Om en mera omfattande eller dyrbar vård erfordras, innefattande röntgenundersökning, tandköttsbehandling eller tanduttagning av större omfattning än nyss angivits, kirurgisk behandling av annat slag än tandextraktion, guld-fyllningar, stifttänder, kronor, broarbeten, proteser eller tandreglering, skall medgivande inhämtas från Dental Estimates Board (se härom nedan), innan behandlingen får påbörjas. Sedan medgivande lämnats och behandlingen därefter utförts, insändes räkning av tandläkaren till the Executive Council via Dental Estimates Board. På räkningen skall i särskilt diagram anges tandstatus och utförda behandlingar. Arvodet skall specificeras för de olika behandlingarna. Vidare skall tandläkaren avge en försäkran att angiven behandling utförts, och patienten å sin sida intyga, att han mottagit behandlingen ifråga. Arvodet minskas med den avgift patienten författningsenligt erlagt. Skulle patient önska någon behandling eller protes eller anordning å protes, som ej är strängt nödvändig ur klinisk synpunkt, kan han erhålla detta efter särskilt medgivande av Dental Estimates Board och mot betalning av kostnaden.

Behandlingstiden får ej vara längre än 6 månader efter det den vård sökande accepterats som patient eller förslag till behandling godkänts av Dental Estimates Board. I fråga om proteser kan behandlingen dock utsträckas till 12 månader.

Det finns två Dental Estimates Boards, en för England och Wales och en för Skottland. Dessa är centrala verk, i vilkas styrelser ingår såväl tandläkare som lekmän. Dental Estimates Board i England har ca 1 200 anställda, motsvarande institution i Skottland ca 170 anställda. Till den förra ingår dagligen ca 70 000 tandvårdsärenden och till den sistnämnda dagligen ca 8 000. Dessa institutioner har att granska och bedöma inkomna tandbehandlingsförslag, respektive att granska och godkänna räkningar å utförd behandling. Ungefär 14 % av inkomna tandvårdsärenden utgöres av behandlingsförslag, återstoden huvudsakligen av räkningar. En del av behandlingsförslagen kräver före ställningstagandet ytterligare undersökning av patienterna. Sådan undersökning på uppdrag av Dental Estimates Board verkställas och därav föranlett utlåtande avgives av någon av dess tandvårdsinspektörer (Regional Dental Officers). I de mera svårbedömda fallen och när det gäller frågor av principiell natur, ankommer det på styrelsen att taga ställning. Tandvårdsinspektörerna får även i uppdrag att verkställa efterundersök-

ningar av utförda behandlingar, när så befinner påkallat, och tillfrågas dessutom i ökande omfattning av praktiserande tandläkare, huruvida viss tänkt behandling kan godtagas.

För en bedömning av såväl behandlingsförslagen som räkningarna är det i regel nödvändigt att ha uppgift om patientens tidigare behandling. För sådant ändamål föres i den skotska Dental Estimates Board detaljerade journaler över samtliga behandlade patienter. I den engelska Dental Estimates Board bevaras under tre års tid dubletter av räkningarna, innehållande uppgifter om tandstatus och utförd behandling.

År 1961 godkände den engelska Dental Estimates Board för utbetalning 14,3 miljoner tandläkarräkningar till ett sammanlagt bruttobelopp av 53,7 miljoner pund. Antalet räkningar och kostnaden för dessa i den skotska Dental Estimates Board var omkring tiondelen härav.

I de fall en tandläkare inte följer givna föreskrifter eller eljest anmärkningsvärda eller otillfredsställande förhållanden konstateras, skall Dental Estimates Board göra anmälan till vederbörande Executive Council. När det anses att en tandläkare utför alltför omfattande behandling, göres anmälan till hälsoministern. Patienter, som ej är tillfredsställda, har att göra anmälan till Executive Council. Detta överlämnar anmälningarna till sin Dental Service Committee, som efter undersökning i ärendet lämnar rapport till Executive Council med rekommendation till åtgärd.

Ersättning till tandläkaren utgår efter en viss, av vederbörande ministerier fastställd taxa. 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. Ett visst missbruk ansåg man sig kunna konstatera och kostnaden för den allmänna tandvården steg väsentligt utöver vad man beräknat. I maj 1951 infördes därför särskilda avgifter för proteser. I juni 1952 infördes en grundavgift om ett pund för andra slag av behandling, vilken avgift patienten själv skall betala. Denna avgift gäller ej för personer under 21 års ålder, ej heller för gravida kvinnor eller nyblivna mödrar.

I fråga om medellösa personer kan socialhjälpen (National Assistance Board) träda emellan och svara för den del av vårdkostnaden, som den vårdsökande enligt bestämmelserna själv skall erlægga.

Den engelska tandvårdstaxans nivå sammanfaller i stort sett med vår svenska folktandvårdstaxans nivå. I några fall är beloppen något högre, i andra fall något lägre.

National Health Service svarar för erforderlig sjukhusvistelse och den läkar- och tandläkarvård, som erfordras i samband med vård å sjukhus. Likaså svarar National Health Service för all erforderlig specialistvård av vad slag den vara må antingen den lämnas på sjukhus eller i patients hem.

Vid sjukhusen skall finnas erforderlig tandvårdspersonal ej blott för behandling av sjukhuspatienter utan också för att meddela specialistvård åt

polikliniska patienter. Den enda tandläkarspecialitet, som ej är direkt knuten till sjukhus, är tandreglering, men de ledande specialisterna på detta område tillhör de regionala sjukhusstyrelsernas specialistkår. Vård av patienter å sjukhus samt rådfrågning och/eller vård genom specialister sker i allmänhet efter remiss från de allmänpraktiserande, privata eller kommunalt anställda tandläkarna. På grund av bristen på tandläkare och fullt utbildade specialister har sjukhusvård av tandfall och specialistvård ännu ej utbyggt att svara mot det föreliggande behovet.

De engelska County Councils, vilka närmast motsvarar våra landsting, har vissa uppgifter inom hälso- och sjukvården, bland annat i fråga om viss tandvård. De är sålunda ansvariga för anordnandet inom National Health Service av tandvård för förskolebarn samt blivande och nyblivna mödrar. De lokala skolmyndigheterna har författningsenlig skyldighet att anordna skoltandvård för tandundersökning och tandbehandling av skolbarn. Kostnaderna för den lokalt (kommunalt) anordnade tandvården bestrides delvis med kommunalskattemedel, delvis genom statsbidrag.

När National Health Service började sin verksamhet, var avsikten att de lokala myndigheterna skulle bygga upp erforderliga vårdanordningar för de nämnda patientgrupperna, vilka ansågs böra erhålla förtursrätt till behandling. Man antog nämligen, att bristen på tandläkare skulle medföra, att de statliga myndigheterna ej kunde garantera meddelandet av fullständig tandvård åt hela befolkningen. Eftersom det inte föreligger något tvång för barn eller mödrar att få sin tandvård enbart genom den kommunala tandvården, och då denna vårdform var endast obetydligt utbyggd och hade brist på tandläkare 1948, när National Health Service trädde i funktion, blev det i stället så, att den allmänna tandvården kom att svara för huvuddelen av tandbehandlingen inom befolkningen, också för här angivna patientgrupper, ett förhållande som alltjämt råder. På ansvarigt håll anser man emellertid, att den kommunala tandvården otvivelaktigt kommer att vidareutvecklas ej endast för tandundersökning och tandbehandling, utan även i fråga om tandhälsouppllysning och förebyggande åtgärder.

De flesta heltidsanställda tjänstetandläkare delar sin tid mellan skoltandvården och tandvården inom mödra- och barnavården, varvid i allmänhet 10/11 av arbetstiden ägnas åt skoltandvården. Mödra- och barnavårdens tandvård har hittills endast varit av ringa omfattning.

På grund av bristen på tandläkare söker man nu koncentrera sig på att i första hand bygga ut skoltandvården. När denna är tillräckligt utbyggd, avser man att bygga ut tandvården för mödrar och förskolebarn.

Skoltandvårdens uppgift är att genomföra årliga tandundersökningar av skolbarnen. I de fall tandvård erfordras meddelas föräldrarna detta och barnet erbjudes behandling i skoltandvården. Men det står föräldrarna fritt

att acceptera detta eller att söka vård hos privat tandläkare, vilken vård bekostas av National Health Service.

Sedan National Health Service infördes, har skoltandvården gått tillbaka. Mellan 1948 och 1961 minskade sålunda andelen barn i England och Wales, som undersöktes av skoltandläkare, från ca 65 till ca 54 % och andelen av skoltandläkare behandlade barn från omkring 30 till ca 17 %. I Skottland skedde en motsvarande minskning från 46 till 40 % resp. från 20 till 14 %. Det har beräknats att 1961 ca 30 % av skolbarnen behandlades inom den allmänna tandvården.

Antalet tandläkare som arbetar för National Health Service utgjorde i England och Wales år 1956 9 924. År 1961 hade antalet stigit till 10 745. I Skottland var motsvarande antal år 1956 1 120 och år 1961 ca 1 150. Till jämförelse kan nämnas att det vid utgången av år 1960 fanns 16 300 legitimerade tandläkare i Storbritannien.

Nettoutgifterna för den allmänna tandvården i Storbritannien uppgick budgetåret 1961/62 till omkring 48,1 miljoner pund, vartill kommer pensionsavgifter för tandläkare med 2,5 miljoner pund och administrationskostnader med ca 6 miljoner pund.

Kostnaderna för den allmänna tandvården täcks till ca 70 % av statskattemedel, till knappt 20 % av de vård sökandes behandlingsavgifter samt i övrigt genom särskilda avgifter till National Health Service, vilka erläggs av praktiskt taget alla arbetsanställda, och genom mindre bidrag av kommunalskattemedel.

Under parlamentssessionen 1962/63 verkställde en s.k. subkommitté under parlamentets budgetutskott en noggrann undersökning av hela tandvårdsorganisationen inom National Health Service. Resultatet av undersökningen framlades 1963 i ett omfattande betänkande, innehållande förslag till en rad organisatoriska och administrativa ändringar. Bl.a. har konstaterats svårigheter att få tandläkare till skoltandvården som en följd av bristen på tandläkare över huvud taget. Den snabba omsättningen av anställda tandläkare är ett allvarligt problem i detta sammanhang. En verklig lösning av rekryteringsproblemet anser man knappast möjlig förrän man har ett tillräckligt antal tandläkare. De ansvariga departementen bör snarast göra en undersökning rörande vilka åtgärder olika lokala myndigheter vidtagit för att rekrytera tandläkare till skoltandvården och de lokala myndigheter som ej vidtagit särskilda åtgärder bör stimuleras att vidtaga sådana som visat sig effektiva. I detta sammanhang har förbättrade löneförmåner och ökade befordringsmöjligheter för skoltandläkare särskilt beaktats. Beträffande vissa andra anställda tandläkare diskuteras en övergång från hittillsvarande fasta avlöning till ett prestationslönesystem. Vidare föreslås ökade utbildningsmöjligheter för s. k. tandhygienister samt fler vidareutbildningskurser för tandläkare.

KAPITEL 4

Ersättning för tandläkarvårdskostnad inom socialförsäkringen

Sjukförsäkringen

Historik

Ersättning från sjukkassa för kostnader för tandläkarvård diskuterades redan av socialvårdskommittén, som i sitt betänkande angående lag om allmän sjukförsäkring (SOU 1944: 15) konstaterade, att tandvård enligt den då gällande sjukkasseförordningen blott kunde ersättas, om den meddelats av legitimerad läkare. I överensstämmelse härmed ersatte de erkända sjuk-kassorna tandvård endast om den utförts av läkare och föranletts av sjukdom i tänderna och deras omgivningar. Kommittén fann att man i samband med genomförande av en ny lagstiftning borde pröva, om kassornas ersättningsskyldighet borde utsträckas att gälla jämväl då vården meddelades av legitimerad tandläkare, men ansåg det dock inte lämpligt att belasta sjuk-kassorna med en ny arbetsuppgift i samband med införandet av den obligatoriska försäkringen och fann sig bl. a. på grund härav nödsakad att avstå från att låta försäkringen omfatta även tandvård som meddelats av tandläkare. Kommittéförslaget i tandvårdsfrågan kritiserades i vissa remissyttranden. Sålunda fann bl. a. medicinalstyrelsen att tandvård i princip lika väl som egentlig sjukvård borde ingå som en gren i den obligatoriska sjukförsäkringen. Frågan borde dock enligt styrelsens mening lösas under speciellt hänsynstagande till folktandvårdens utbyggnadsproblem. 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.

Frågan aktualiserades åter genom pensionsstyrelsens i skrivelse till Kungl. Maj:t den 2 mars 1951 framförda förslag till ändringar i sjukkasseförordningen. Pensionsstyrelsen föreslog härvid bl. a. att ersättning för tandvård meddelad av tandläkare skulle lämnas i viss, mycket begränsad utsträckning av de erkända sjuk-kassorna. Styrelsen föreslog sålunda, att i sjukkasseförordningen skulle intagas en föreskrift om att sjukvårdsersättning skulle utgå, när vid sjukdom, som krävde vård av tandläkare med särskild utbildning i tandkirurgi, käkprotetik eller käkortopedi, vården meddelats vid centraltandpoliklinik eller allmänt sjukhus. Styrelsens för-

slag tillstyrktes i huvudsak 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 sålunda att den av pensionsstyrelsen föreslagna avgränsningen var olycklig ur såväl patienternas som tandläkarkårens synpunkt. Förbundet hävdade bl. a., att om den avsedda vården begränsades till centraltandpolikliniker och allmänna sjukhus följden blev, 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 ersättningen borde begränsas till de fall, då behandlingen meddelats vid centraltandpoliklinik eller allmänt sjukhus. I propositionen 1952: 35 med förslag till förordning angående ändring i förordningen den 26 juni 1931 (nr 280) om erkända sjukkassor hemställde föredragande departementschefen, att Kungl. Maj:t måtte bemyndigas att utfärda en förteckning upptagande svårare former av sjukdom i tänder, munhåla och käkar, vilken skulle begränsa de ersättningsgilla behandlingsformerna. Departementschefen var i övrigt ej beredd att förorda att ersättningsmöjligheterna utsträcktes längre än pensionsstyrelsen föreslagit. Med behandling å 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 i sin helhet kunde lösas, starka skäl talade för den partiella reform, som föreslagits i propositionen. I de likalydande motionerna I: 370 och II: 489 hade föreslagits, att ersättning skulle kunna utgå även vid behandling å distriktstandpoliklinik eller av privatpraktiserande tandläkare. Vägande skäl kunde enligt utskottet onekligen åberopas för motionärernas ståndpunkt, men utskottet kunde det oaktat inte tillstyrka motionärernas förslag utan förordade de i propositionen föreslagna bestämmelserna. Riksdagen beslöt i enlighet med utskottets hemställan. Med anledning av beslutet ålades de erkända sjukkassorna fr. o. m. den 1 juli 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.

I sitt betänkande Sjukförsäkring och yrkesskadeförsäkring (SOU 1952: 39) konstaterade socialförsäkringsutredningen, att ersättning för tandläkarvård endast i mycket begränsad omfattning utgetts av de erkända sjukkassorna. Det var enligt utredningens mening önskvärt att ersättningsmög-

ligheterna utvidgades, men av brist på erfarenheter av denna hjälpform inom sjukförsäkringen och av kostnadshänsyn ansåg sig utredningen endast böra föreslå införande i sjukförsäkringslagen av de bestämmelser om tandläkarvård, som varit gällande för de erkända sjukkassorna sedan den 1 juli 1952, dock med det tillägget, att ersättning skulle kunna utgå även för resor till och från tandläkare i de fall tandläkarvården ersattes av sjuk-kassa. I propositionen 1953:178 med förslag till lag angående ändring i lagen den 3 januari 1947 (nr 1) om allmän sjukförsäkring m. m. uttalade föredragande departementschefen, att han ej hade något att erinra mot socialförsäkringsutredningens förslag vad avsåg ersättning för viss tandläkarvård. Departementschefen fann det av ekonomiska och andra skäl omöjligt att i dåvarande sammanhang i övrigt lösa tandvårdsfrågans ställning inom sjukförsäkringen. Vid riksdagsbehandlingen av frågan förekom ej heller några erinringar mot de av utredningen föreslagna bestämmelserna beträffande ersättning för tandläkarvård (andra lagutsk. 1953:35).

I likalydande motioner till 1956 års riksdag (I:338 och II:280) yrkades vidgade ersättningsmöjligheter från sjuk-kassa vid tandläkarvård. Sålunda ansåg motionärerna det önskvärt att ersättning kunde utgå för de i sjuk-kassetaxan intagna tandvårdsbehandlingarna oaktat de ej utförts vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus. Därjämte föreslogs i motionerna, att jämväl kostnad för "enklare tandlagning" skulle kunna ersättas av sjuk-kassa. I yttranden över motionerna avstyrkte medicinalstyrelsen och riks-försäkringsanstalten de däri framförda förslagen. I sitt utlåtande 1956:56 över motionerna framhöll andra lagutskottet, att ersättning för tandvård var en nyhet inom försäkringen och att erfarenheterna av denna hjälpform följaktligen var mycket begränsade. Med hänsyn till den pågående utbyggnaden av folktandvården saknades enligt utskottets mening anledning att till prövning upptaga frågan om att utsträcka möjligheterna till ersättning enligt sjukförsäkringslagen i enlighet med motionärernas förslag. Utskottet uttalade vidare, att ett inordnande i försäkringen av "enklare tandlagningar" av både ekonomiska och andra skäl inte syntes vara tillrådligt och hemställde, att riksdagen måtte avslå de i motionerna framförda yrkandena. Riksdagen beslöt i enlighet härmed.

En förbättring av återbäringsmöjligheterna för de försäkrade vid tandläkarvård diskuterades i ett av särskilt tillkallad utredningsman den 24 oktober 1958 avgivet betänkande med förslag till ändringar i taxa för beräkning av ersättning för läkarvård och tandläkarvård enligt lagen om allmän sjukförsäkring. Utredningsmannen fann det visserligen i och för sig önskvärt att en sådan förbättring kom till stånd. En utvidgning av ersättningsbestämmelserna i sådan omfattning, att försäkringen lämnade ett tillfredsställande ekonomiskt skydd beträffande all tandläkarvård, skulle emellertid för försäkringens vidkommande medföra ekonomiska conse-

kvenser, som icke kunde överblickas. På grund härav och med hänsyn till vad andra lagutskottet anfört i sitt ovanberörda utlåtande 1956:56, vilket uttalande enligt utredningsmannens mening alltjämt i stort sett ägde giltighet, ansåg utredningsmannen sig icke böra föreslå några mera väsentliga ändringar i gällande bestämmelser.

Frågan om en vidgad rätt till gottgörelse från sjukförsäkringen för kostnader för tandläkarvård väcktes åter i riksdagen genom motionen II:96 till 1960 års riksdag. I motionen yrkades att den allmänna sjukförsäkringen skulle utvidgas till att omfatta alla former av tandvård. I sitt utlåtande 1960:39 över motionen hänvisade andra lagutskottet till sitt utlåtande 1956:56 och hemställde, att motionen inte måtte föranleda någon åtgärd. Riksdagen biföll utskottets hemställan. I motionen II:13 till 1961 års riksdag framfördes ånyo samma yrkande. I sitt utlåtande 1961:41 över motionen konstaterade andra lagutskottet att det sedan frågan senast varit föremål för utskottets behandling inte inträffat någonting av beskaffenhet att föranleda ändring i utskottets ställningstagande till de åren 1956 och 1960 framförda yrkandena. Utskottet hemställde därför att motionerna inte måtte föranleda någon riksdagens åtgärd. Riksdagen beslöf i enlighet härmed.

Genom socialpolitiska kommitténs förslag om en tandvårdsförsäkring inom moderskapsförsäkringen — redovisat i kommitténs betänkande Stöd åt barnaföderskor (SOU 1961:38) — skulle enligt kommitténs mening frågan om en hela folket omfattande dylik försäkring inom den allmänna sjukförsäkringen få ny aktualitet. Genom en tandvårdsförsäkring för mödrar hade man möjlighet att på ett begränsat område vinna erfarenheter, som skulle kunna komma en allmän tandvårdsförsäkring till godo. Ett beslut om infogande av ersättning för tandläkarvård i moderskapsförsäkringen syntes dock kommittén inte behöva innebära något föregripande av ställningstagandet till frågan om en tandvårdsförsäkring inom sjukförsäkringen. Kommittén konstaterade, att det inte varit möjligt att anordna en allmän mödratandvård inom folktandvårdens ram. Även om så varit fallet ansåg kommittén skäl tala för att mödrarna fritt fick välja mellan folktandvården och privatpraktiserande tandläkare. Beträffande den tandbehandling, som skulle medföra rätt till ersättning framhölls, att behandlingen borde begränsas till sådana åtgärder, som oundgängligen erfordrades för vinnandet av ett ur medicinsk-odontologisk synpunkt tillfredsställande resultat. Behandlingen borde i största möjliga utsträckning sikta till ett konserverande av tänderna, men ersättning borde även utgå till avtagbara proteser. Däremot borde ersättning i princip inte utgå för sådan dyrare behandling som stiftänder, inlägg av guld och porslin samt bryggor av olika slag. Någon förhandsgranskning från sjukkassans sida av förslag till tandbehandling ansågs inte påkallad. För att ersättning skulle utgå

skulle endast krävas att ersättningsbara behandlingsåtgärder utförts medan kvinnan var gravid eller under den tid efter förlossningen som skulle anges i lagen. Beträffande ersättningsbeloppets storlek föreslogs, att den som erhållit sin tandvård inom folktandvården skulle ersättas med tre fjärdedelar av kostnaderna för den ersättningsbara behandlingen enligt folktandvårdstaxan, medan den som sökt privatpraktiserande tandläkare skulle ersättas med tre fjärdedelar av utgifterna, eller där dessa överskridit visst taxebelopp, tre fjärdedelar av taxebeloppet. Då tandläkarräkningen i de fall patienten inte erlade betalning till tandläkaren vid varje besök utan först efter det all erforderlig tandbehandling avslutats, kunde komma att lyda på avsevärt större belopp än som var vanligt vid läkarvård föreslog kommittén, att det borde övervägas att låta sjukkassan betala försäkringsandelen av kostnaden direkt till tandläkaren. Kommittén ansåg sig av olika skäl inte böra föreslå att resor i samband med mödratandvård skulle medföra rätt till ersättning. Vid beräkning av kostnader för mödratandvården nödgades kommittén bygga på uppskattningar och upptog en kostnad av 15 milj. kronor för tandvård inom moderskapsförsäkringen. Finansieringen av den nya tandvårdsförsäkringen för mödrar borde ske på samma sätt som av läkarvårdsersättning inom sjuk- och moderskapsförsäkringarna. Införandet av ersättning för tandläkarvård som en försäkringsförmån åt blivande och nyblivna mödrar ansågs av remissinstanserna allmänt som ett viktigt och värdefullt inslag i socialpolitiska kommitténs förslag. Sveriges tandläkarförbund konstaterade inledningsvis, att kommitténs förslag innefattade längre gående stödåtgärder än de som kommer blivande mödrar till del på andra områden därigenom, att icke 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 enligt förbundet syntes förutsätta. Förbundet biträdde trots dessa invändningar kommitténs uppfattning, att tandvård i samband med barnsörd borde göras till en allmän förmån och godtog det föreliggande förslaget om mödratandvård som en sjukförsäkringsförmån, vilket dock inte fick tolkas som en principiellt positiv inställning från förbundets sida till en allmän sjukkassetandvård. Denna fråga måste, om den fick aktualitet, enligt förbundets mening utredas från grunden. Förbundet betonade, att det framlagda kommittéförslaget syntes väl ägnat att undanröja de flesta av de olägenheter, som vidlåder andra länders sjukkassetandvård, och framhöll därvid särskilt, att kommittéförslaget sökt tillgodose två huvudprinciper genom att förutsätta, att arvodesberäkningen för privatpraktiserande tandläkare skulle vara oberoende av sjukkassetaxan samt att förhandsgranskning av kostnadsförslag inte skulle ske. I propositionen 1962:90 anslöt sig departemenschefen

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. I de i anslutning till propositionen väckta motionerna I: 661 och II: 784 yrkades, att riksdagen måtte besluta att i ersättning för utgifter för tandläkarvård i samband med havandeskap och nedkomst måtte ingå även ersättning för kostnader för resor enligt de grunder, som gällde för sådan ersättning vid besök hos läkare. Andra lagutskottet hade i sitt utlåtande 1962: 27 intet att erinra mot det i propositionen framlagda förslaget om mödratandvård. Beträffande de i motionerna framförda förslagen hemställde utskottet att dessa skulle lämnas utan åtgärd. 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.

Med anledning av väckt motion (II: 208) i anslutning till propositionen 1962: 90 anförde andra lagutskottet i sitt utlåtande nr 27 beträffande den i motionen väckta frågan, om icke ersättning för sådan tandläkarvård som meddelades vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus jämväl skulle utgå i fall då tandläkarvården meddelats av privatpraktiserande specialist, att gällande bestämmelser om ersättning för viss tandläkarvård varit i kraft så lång tid att vissa erfarenheter av dess verkningar kunnat erhållas. Utskottet fann det därför befogat, att den nu gällande ordningen gjordes till föremål för översyn av sjukförsäkringsutredningen. I motionen hade vidare yrkats att riksdagen måtte besluta att av tandläkare ordinerade läkemedel skulle ersättas enligt samma grunder som gällde för av läkare ordinerade läkemedel. Enligt utskottets mening borde det av principiella skäl inte göras någon skillnad i ersättningshänseende om läkemedel förskrivits av läkare eller tandläkare. I likhet med medicinalstyrelsen, som hörts över det i motionen framförda förslaget, anslöt sig utskottet därför till motionens syfte. Såsom medicinalstyrelsen framhållit torde emellertid en del detaljspörsmål i sammanhanget tarva närmare utredning och det syntes utskottet därför lämpligt att dessa spörsmål prövades av sjukförsäkringsutredningen. Riksdagen beslöt i enlighet härmed.

I ytterligare motioner till 1962 års riksdag (I: 71 och II: 218, I: 292 och II: 364 samt I: 294 och II: 367) framfördes yrkanden, som i olika avseenden syftade till en komplettering av sjukförsäkringsutredningens direktiv vad avser en vidgad rätt till gottgörelse för kostnader för tandläkarvård. I sitt utlåtande 1962: 11 över nämnda motioner anförde andra lagutskottet att man vid tolkningen av dessa direktiv enligt utskottets mening

inte borde dra den slutsatsen, att sjukförsäkringsutredningen endast skulle pröva frågan om utvidgad ersättningsrätt för vissa grupper av patienter eller för vissa slag av behandlingar. Utskottet tolkade direktiven så, att utredningen hade att ta ställning till såväl denna fråga som till problemet i stort om införande av en mer eller mindre fullständig jämställdhet mellan läkarvård och tandläkarvård i ersättningsavseende. Att utredningen därvid icke på förhand inriktats på en viss lösning fann utskottet vara uttryck för en enligt utskottets mening riktig strävan att få till stånd en i detta avseende förutsättningslös prövning. Å andra sidan ansåg sig utskottet med anledning av de i motionerna framförda yrkandena oförhindrat att konstatera, att det för vissa grupper av patienter utöver de blivande mödrarna var mer angeläget med en utvidgning av ersättningsrätten än för andra grupper. Härvid tänkte utskottet framför allt på de gomdefekta barnen och fann liksom motionärerna i detta ämne starka skäl tala för att såväl den kirurgiska som den av tandläkare utförda behandlingen av dessa barn betraktades som likvärdiga i ersättningshänseende. En grupp som enligt utskottets mening också borde komma särskilt i åtanke vid en utvidgning av ersättningsrätten var de ungdomskullar, som just lämnat den avgiftsfria barntandvården, alltså 16-åringar och närmast äldre ungdomar. I uppdraget att pröva frågan om vidgad rätt till ersättning från sjukkassa för tandläkarvård låg enligt utskottets mening uppenbarligen också att utredningen skulle undersöka möjligheterna att med hänsyn till såväl materiella som personella resurser genomföra reformer. Utredningen måste således bl. a. ägna frågan om tillgång på tandläkare uppmärksamhet. Då sjukförsäkringsutredningen enligt utskottets uppfattning hade att pröva de olika problem som aktualiserats i motionerna fann utskottet det inte påkallat för riksdagen att hemställa om komplettering av de för utredningen utfärdade direktiven. Däremot ansåg utskottet lämpligt att motionerna jämte utskottets utlåtande överlämnades till utredningen för kännedom. Riksdagen beslöt i enlighet med utskottets hemställan.

I motioner till såväl 1963 års riksdag (I: 278 och II: 325) som till 1964 års riksdag (I: 600 och II: 719) yrkades att riksdagen måtte besluta att i ersättning för utgifter för tandläkarvård i samband med havandeskap och nedkomst måtte ingå ersättning för kostnader för resor enligt de grunder som gäller för sådan ersättning vid besök hos läkare. Andra lagutskottet hänvisade båda åren (1963: 22 resp. 1964: 14) i sitt utlåtande över motionerna till att spörsmålet ingick i de frågor, som 1961 års sjukförsäkringsutredning hade att pröva och ansåg det inte lämpligt att till särskilt bedömande upptaga frågan om ersättning för resekostnader i samband med mödratandvård innan resultat av utredningens arbete förelåg. Med hänsyn härtill hemställde utskottet att motionerna inte måtte föranleda någon riksdagens åtgärd. Riksdagen biföll utskottets hemställan.

Gällande rätt

I 2 kap. 3 § lagen den 25 maj 1962 om allmän försäkring är intagna nu gällande bestämmelser beträffande ersättning för tandläkarvård, vilka har följande lydelse.

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 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 tvåhundra-sjuttio 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.

Den i första och andra stycket omnämnda förteckningen återfinnes i den av Kungl. Maj:t den 28 maj 1959 fastställda taxan för beräkning av ersättning för läkarvård och tandläkarvård enligt lagen om allmän försäkring (SFS 1959: 245), omtryckt den 14 september 1962 (nr 515). Taxan benämnes i fortsättningen återbäringstaxan.

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

Resor i samband med mödratandvård utgår sålunda ej.

Yrkesskadeförsäkringen m. m.

Historik

I 1916 års lag om försäkring för olycksfall i arbete (OL) föreskrevs i 6 § att arbetare som skadats till följd av olycksfall i arbete skulle i ersättning tillhandahållas erforderlig läkarvård jämte läkemedel och andra till arbetsförmågans höjande eller eljest till lindrande av menliga följder av olycksfallet nödiga särskilda hjälpmedel, såsom kryckor, konstgjorda lemmar och glasögon. Erfordrades förnyelse av sådant hjälpmedel kunde i stället för nytt hjälpmedel utges antingen ett årligt belopp svarande mot kostnaden för förnyelsen eller ett belopp för en gång. I begreppet läkarvård innefattades enligt praxis även behandling av tandläkare, varvid ersättning utgick för erforderlig tandbehandling, därvid det fordrade beloppet ersattes om detta icke kunde anses oskäligt vid jämförelse med den på orten av privatpraktiserande tandläkare i allmänhet tillämpade taxan. Om folktandvårds-poliklinik fanns tillgänglig ersattes erforderlig behandling enligt folktand-

vårdstaxan. Vidare ansågs att kostnader för transport till eller från tandläkare kunde ersättas såsom en förmån, grundad på rätten till fri tandläkarvård. Därjämte utgavs skälig ersättning för ökade utgifter för kost för tid, varunder den skadade för erforderlig tandläkarvård eller -undersökning varit nödsakad att vistas utom hemorten. Även om den skadades tillstånd av medicinska skäl inte föranledde sjukskrivning, kunde sjukpenning tillerkännas om så ansågs erforderligt med hänsyn till den tidspillen 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.

Socialförsäkringsutredningen framlade i sitt betänkande Sjukförsäkring och yrkesskadeförsäkring (SOU 1952:39) förslag till de ändringar i den år 1946 antagna lagen om allmän sjukförsäkring och ett framlagt förslag om yrkesskadeförsäkringslag som ansågs erforderliga för att erhålla samordning mellan sjuk- och yrkesskadeförsäkringarna. Socialförsäkringsutredningen uttalade därvid bl. a. att efter utgången av den s. k. samordningstiden om 90 dagar sjukvård borde ersättas av yrkesskadeinrättningen efter yrkesskadeförsäkringens förmånligare grunder. Vidare anförde utredningen.

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 SFL men väl enligt OL. 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.

Enligt den nu nämnda bestämmelsen om ersättning från yrkesskadeförsäkringen för proteser kommer i de flesta fall att utgå full ersättning för erforderlig kostnad för tandläkarbehandling på grund av yrkesskada. En sådan skada kan emellertid kräva tandläkarbehandling, som inte utgör led i en protesanskaffning. 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 tid i andra än protesfall ersättning för tandläkarvård skall utgå från yrkesskadeförsäkringen enligt dess regler, i den mån ersättning inte utgår från sjukförsäkringen.

I propositionen 1954:60 med förslag till lag om yrkesskadeförsäkring m. m. framhöll föredragande departementschefen bl. a. följande angående samordningen mellan sjukförsäkringen och yrkesskadeförsäkringen såvitt avsåg läkarvårdsersättning m. m.

OL:s uttryck "läkarvård" har i praxis tolkats så vidsträckt, att man låtit det omfatta inte endast läkarvård i inskränkt bemärkelse utan även tandläkar-

vård. — . — . ävensom resor för erhållande av vården. I syfte att vinna ökad överensstämmelse med terminologien i SFL bör enligt min mening ifrågavarande olika vårdformer uppräknas i lagtexten för yrkesskadeförsäkringen. Det synes dock inte motiverat att här, såsom i SFL, intaga detaljerade bestämmelser om resekostnadsersättning. Inom yrkesskadeförsäkringen skall nämligen, liksom hittills, ersättas hela den erforderliga kostnaden, medan inom sjukförsäkringen utgår endast partiell ersättning. Resekostnadsersättning bör kunna inrymma även traktamentsersättning.

Gällande rätt

Nu gällande bestämmelser beträffande ersättning för tandläkarvård inom yrkesskadeförsäkringen återfinnes i 11 § fjärde stycket och 12 § YFL. Dessa lagrum har följande lydelse.

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 sjukförsäkring. . — . — .

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 försäkringsinrättningen. Med läkarvård likställes sjukgymnastik eller eljest behandling med bad, massage, elektricitet eller hetluft eller annan därmed jämförlig behandling, som meddelas efter läkares föreskrift. Kan läkarvård ej anskaffas utan oskäligen 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.

I frågan om samordningen mellan den allmänna sjukförsäkringen och ersättning enligt 1950 års militärsättningsförordning och 1916 års olycksfallsförsäkringslag samt ett stort antal till äldre och nuvarande yrkesskadeförsäkringslagstiftning anknutna ersättningsförfattningar gäller följande. Någon samordningstid förekommer inte, varför sjukhjälp enligt ifrågavarande författningar utgår redan från ersättningstidens början. Sjukhjälp enligt AFL utgår endast i den mån dess belopp överstiger vad som i motsvarande hänseende utgår i ersättning enligt den andra författningen.

Enligt ifrågavarande författningar utgår ersättning för kostnader för tandläkarvård jämlikt de grunder som i motsvarande hänseende gäller tandvårdsersättning enligt YFL. Jämväl skada å protes anses såsom ersättningsberättigande skada enligt de flesta hithörande författningar.

KAPITEL 5

Behov, efterfrågan och vårdresurser i fråga om tandläkarvård jämfte därmed sammanhängande frågor

Verkställda undersökningar

Utredningen har för fullgörandet av sitt uppdrag att utreda frågan om utvidgad rätt till ersättning för tandläkarvård från sjukförsäkringen funnit det nödvändigt att ha tillgång till visst utredningsmaterial belysande bl. a. omfattningen av den nuvarande tandvårdsverksamheten i landet och dennas relation till totalbefolkningen, tandvårdsvanorna i olika befolkningsskikt samt vilka vårdresurser, som nu föreligger respektive kan förväntas bli tillgängliga under den närmaste framtiden och hur dessa kan beräknas komma att svara emot vårdbehov och vårdefterfrågan.

Då dylikt material endast i ringa utsträckning funnits tillgängligt, har utredningen ansett det erforderligt att låta verkställa vissa undersökningar i berörda hänseenden. I de fall då särskilda undersökningar ej kunnat verkställas har utredningen sökt belysa rådande förhållanden genom föreliggande siffermaterial och erfarenhetsmaterial.

Sedan chefen för socialdepartementet medgivit utredningen att verkställa vissa statistiska undersökningar, uppdrog utredningen åt sin expert medicinalrådet Olof Osvald att i samråd och samarbete med företrädare för Sveriges tandläkarförbund och med anlitande av erforderlig statistisk expertis verkställa en undersökning avseende dels den tandläkararbetstid, som nu står och som framdeles kan beräknas komma att stå till förfogande för patientvårdande verksamhet, dels antalet behandlade patienter tillhörande olika typer av vårdfall samt erforderlig behandlingstid för ifrågavarande vårdtyper. Undersökningen skulle även innefatta en prognos över den framtida efterfrågan på tandläkarvård. Resultatet av de verkställda undersökningarna redovisas i en rapport »Undersökningar och beräkningar över tandvårdssituationen i Sverige 1962—1980», vilken som bil. 2 fogats till betänkandet och i det följande benämns »Statistikdelegationens rapport».

Genom tillmötesgående från socialmedicinska institutionen vid Uppsala universitet har med. lic. Björn Smedby beretts tillfälle att för utredningens räkning göra en studie av vissa tandvårdsförhållanden i syfte att söka kartlägga hur stor del av befolkningen som under en tvåårsperiod sökt tandläkare och vilken typ av behandling som härvid erhållits, hur stor andel av

befolkningen som saknar egna tänder och är protesbärare samt storleksordningen av de individuella tandvårdskostnaderna. Vidare var studien avsedd att belysa hur dessa förhållanden varierar med några faktorer, som kunde förväntas vara av betydelse för individens tandvårdskonsumtion, såsom kön, ålder, socialgrupp och inkomstnivå. Undersökningsresultatet har av Smedby presenterats i bil. 3 till detta betänkande under rubriken »Tandvårdsvanor och tandvårdskostnader. Några resultat av en intervjuundersökning», av utredningen i det följande benämnd »Tandvårdsundersökningen 1963».

Utredningens sekretariat har i samarbete med ett antal av de allmänna försäkringskassorna bearbetat ett material avseende av kassorna utgiven ersättning för kostnader för tandläkarvård till blivande och nyblivna mödrar i syfte att ge underlag för en bedömning, dels av omfattningen och fördelningen av den enligt taxa återbäringsberättigande tandläkarvården, dels av de privatpraktiserande tandläkarnas arvoden i förhållande till återbärings-taxans ersättningsbelopp, dels ock av de försäkrades faktiska ersättning för kostnader för av privatpraktiserande tandläkare meddelad tandvård. Resultatet av denna undersökning redovisas i detta kapitel under rubriken »Mödratandvårdsundersökningen».

Utredningens sekretariat har vidare gjort en sammanställning av vissa undersökningsresultat presenterade i »Tandläkarbesök», en av Svenska institutet för opinionsundersökningar AB på uppdrag av Riksföreningen mot tandsjukdomar, Tandvärnet, verkställd intervjuundersökning hösten 1962. Huvudsyftet med denna undersökning var »att utreda i vad mån personer, som behöver uppsöka tandläkare, inte alls gör detta eller gör det mer sällan än önskvärt, och i vilken utsträckning 'rädslan för tandläkare' är ett viktigt motiv för sådana uteblivna tandläkarbesök». Sammanställningen redovisas i detta kapitel under rubriken »Sifoundersökningen».

Statistikdelegationens rapport

Utredningens statistikdelegation har letts av utredningens expert, medicinalrådet Osvald, och i densamma har ytterligare ingått ordföranden i Sveriges tandläkarförbund, tandläkaren Thorsten Aggeryd och verkställande direktören i samma förbund, tandläkaren Jan Erik Ahlberg samt filosofie kandidaterna Staffan Ekblom och Lars Hedström från Statistiska forskningsgruppen vid Stockholms universitet.

I avsnitt I av sin rapport redovisar utredningens statistikdelegation en undersökning över tandläkarnas arbetstid verkställd genom en enkät till ett tusental slumpmässigt uttagna, i Sverige examinerade tandläkare, dock med borträknande av 70-åringar och äldre. Vad man önskade veta var det antal timmar, som vederbörande under 1962 ägnat åt praktisk patientvård respektive åt odontologisk undervisning och/eller forskning. Svar er-

hölls från 84 % av de tillfrågade. Vid bearbetningen av materialet indelades tandläkarna i manliga och kvinnliga samt efter ålder i femårsgrupper. Resultatet visar i samtliga åldersgrupper lägre genomsnittlig årsarbetstid för kvinnor än för män. För kvinnorna förekommer den längsta årsarbetstiden i åldern före 30 år. En sänkning av arbetstiden i åldersgrupperna 30—39 år kan konstateras, varefter det föreligger en viss ökning men återigen en sänkning från 60-årsåldern. I fråga om männen förekommer den längsta genomsnittliga årsarbetstiden i åldersgruppen 30—34 år, medan åldersgruppen före 30 år har något kortare årsarbetstid (värnplikten). För åldersgrupperna 35—39 och 40—44 år inträder en rätt markerad sänkning. Något längre är årsarbetstiden i gruppen 45—49 år och avgjort längre i gruppen 50—54 år. Förklaringen härtill torde vara en generationsskillnad. I åldersgruppen över 55 år sjunker årsarbetstiden successivt, mest markant i gruppen 65—69 år.

De funna genomsnittsvärdena är dock ej synonyma med vad som skulle kunna betecknas som »normalarbetstid», då bland uppgiftslämnarna finns inte blott helt yrkesverksamma utan även icke yrkesverksamma tandläkare samt lärare vid de odontologiska läroanstalterna, vilka ägnar genomsnittligt mindre än halva dagen åt patientvårdande verksamhet. Ett riktigare värde på »normalarbetstiden» för heltidsarbetande, privatpraktiserande tandläkare framkommer, om medianvärdet för årlig arbetstid bland dessa uträknas. Detta värde visade sig vara för män under 40 år 1 800 timmar och för män i åldern 40—59 år 1 733 timmar. För kvinnor i motsvarande åldersgrupper var medianvärdena för arbetstiden 1 320 respektive 1 450 timmar per år. Då denna undersökning endast avsåg i Sverige examinerade tandläkare gjordes genom hänvändelse till huvudmännen för folktandvården en undersökning över arbetstiden för utländska, i denna organisation anställda tandläkare. Även resultatet av denna undersökning har använts för uträkningen av den disponibla arbetstiden för tandläkare men påverkar ej mycket slutresultatet, då dessa tandläkare utgör endast ca 6 % av hela tandläkarantalet i riket. I princip skulle den verkliga årsarbetstiden för dessa vara lika med årsarbetstiden inom folktandvården, dvs. ej fullt 1 900 timmar respektive för vissa tjänster i barntandvård ej fullt 1 500 timmar, minskad med ledighet för sjukdom m. m. I själva verket avvek resultatet delvis rätt mycket härifrån, beroende på att en del av dessa tandläkare endast tjänstgjort del av året.

I en andra enkät begärdes från 450 slumpmässigt uttagna privatpraktiserande tandläkare uppgifter om antalet under 1962 behandlade patienter i ålder över 16 år. Därvid skulle göras en uppdelning i följande vårdtyper:

Revisionsfall: Fall av fullständig tandbehandling med högst 24 månaders avstånd från föregående fullständiga behandling.

Sporadiska saneringsfall: Fall av fullständig behandling, där mer än 24 månader förflutit sedan föregående behandling.

Akuta fall: Förutom patienter som endast erhållit behandling för direkt akuta besvär även patienter som påbörjat fullständig behandling men avbrutit densamma.

Det visade sig svårt att få in svar på denna enkät, men slutligen hade dock svar erhållits från 57 % av de tillfrågade och det inkomna materialet bearbetades. Det genomsnittliga antalet av privatpraktiserande tandläkare under 1962 behandlade patienter inom de förutnämnda vårdtypsgrupperna utgjorde 466 revisionsfall, 107 sporadiska saneringsfall samt 71 akuta fall.

Genom särskild enkät begärdes uppgifter rörande tidsåtgång för behandling av fall hänförliga till de förut nämnda vårdtyperna. Hänvändelse gjordes till 97 privatpraktiserande tandläkare, fördelade efter ålder, kön samt praktikort motsvarande fördelningen av totalpopulationen av tandläkare. De ombads att ur sitt kartotek ta ut journaler för ifrågavarande slag av fall, varvid angavs hur ett slumpmässigt urval skulle ske. Motsvarande uppgifter begärdes från ett 30-tal tandläkare i folktandvården. Ytterligare ett material erhöles genom en grupp av de personer, som uttagits för intervjuundersökning i samband med Tandvårdsundersökningen 1963. Beträffande dessa inhämtades i efterhand uppgifter från de tandläkare, hos vilka de intervjuade personerna hade uppgivit sig ha erhållit behandling.

Materialet från dessa tre olika grupper av tandläkare bearbetades vart och ett för sig. Resultaten visade en mycket god överensstämmelse sinsemellan och innebar för revisionsfallen en genomsnittlig behandlingstid av ca två timmar per patient, för de sporadiska saneringsfallen ca tre timmar eller något däröver per patient och för de akuta fallen knappt en timme per patient.

För att kontrollera de erhållna resultatens tillförlitlighet har delegationen verkställt vissa jämförelser mellan en del av delegationens resultat inbördes och mellan delegationens resultat och vissa resultat, som redovisats i Tandvårdsundersökningen 1963. Jämförelserna har visat så god överensstämmelse mellan de olika undersökningsresultaten, att delegationen ansett sig kunna uttala, att undersökningsresultaten i stort sett torde ge en riktig bild av verkligheten.

I avsnitt II av rapporten redovisas en av delegationen gjord beräkning över utvecklingen av tandläkarkårens numerär i Sverige fram t. o. m. 1980. Beräkningen utgår från antalet tandläkare i Sverige vid slutet av 1962. Fördelningen efter ålder och kön inom kåren vid sistnämnda tidpunkt var känd. Härtill har lagts det antal tandläkare, som beräknas komma att taga examen i landet fram t. o. m. 1980 dels vid nu befintliga odontologiska fakulteter (tandläkarhögskolor) i Stockholm, Malmö och Umeå, dels vid den nyinrättade odontologiska fakulteten i Göteborg. Delegationen har även tagit hänsyn till det antal tandläkarstuderande, som av universitetskanslerämbetet i samarbete med medicinalstyrelsen uttagits för studier i Förbundsrepubliken Tyskland. I antalet tandläkare har medräknats de utländska

tandläkare, som är verksamma i landet. Med tanke på att antalet av dessa under senare år nedgått, har delegationen emellertid ansett sig böra räkna med en viss minskning av antalet utländska tandläkare i Sverige under kommande år. Tandläkarnas ålder vid avläggandet av examen har beräknats och upplysningar har inhämtats angående de nuvarande tandläkarstuderandenas fördelning på män och kvinnor. Utgående från här angivet siffermaterial och föreliggande dödlighetsstatistik har tandläkarkårens framtida numerär beräknats. Antalet tandläkare i riket t. o. m. 69 års ålder beräknas i avrundade tal stiga från 5 500 år 1962 till 5 900 år 1965, 6 700 år 1970, 7 550 år 1975 och 8 800 år 1980. Detta innebär en ökning under tidsperioden med ca 60 %. Inslaget av kvinnliga tandläkare har beräknats stiga från 26 % till ca 33 %.

Med utnyttjande av de beräknade antalen manliga och kvinnliga tandläkare i olika åldersgrupper och vid olika tidpunkter samt de vid förutnämnda arbetstidsundersökning funna värdena på årsarbetstid, likaledes hos män och kvinnor i olika åldersgrupper, har delegationen beräknat den totala tandläkararbetstid i timmar per år, som kan komma att stå till förfogande för praktiskt patientarbete fram t. o. m. 1980. Härvid har även hänsyn tagits till att en viss arbetstidsförkortning för tandläkare kan komma att inträda vid slutet av 1960-talet.

Denna totaltid, som 1962 uppgick till 8 095 000 arbetstimmar, beräknas efter hand stiga för att 1980 uppgå till 12 063 000 timmar. Totaltiden skall fördelas på olika tandvårdsformer, såsom barntandvård, viss specialistvård, militärtandvård och tandvård för vuxna, den sistnämnda utgörande huvudparten av tandvårdsverksamheten i landet. Delegationen har sålunda gjort en beräkning över den arbetstid, som årligen kan krävas för barntandvård, tandregleringsvård och specialistvård vid centraltandpolikliniker ävensom för militärtandvård. Sammanlagt krävde under 1962 här angiven verksamhet 2 121 000 arbetstimmar. Summan beräknas undan för undan stiga för att 1980 uppgå till 2 829 000 arbetstimmar. När nämnda tider frånräknats totalarbetstiden, återstår den arbetstid, som beräknas komma att stå till förfogande för allmän tandvård åt personer över 16 års ålder, dock ej inkallade värnpliktiga. År 1962 utgjorde denna tid 5 974 000 arbetstimmar. Motsvarande timantal har för 1965 beräknats till 6 138 000 timmar, 1970 till 6 604 000 timmar, 1975 till 7 607 000 timmar och 1980 till 9 234 000 timmar.

Slutligen har delegationen i avsnitt III av sin rapport gjort en prognos över den framtida efterfrågan på allmän tandläkarvård avseende personer i åldern 17—75 år utom inkallade värnpliktiga. Personer över 75 år anses efterfråga tandvård i så ringa utsträckning, att de ej har behövt medräknas i dessa kalkyler. Med användande av de tidigare funna undersökningsresultaten har delegationen kunnat beräkna hur stor del av befolkningen i åldern 17—75 år, som under 1962 erhöll tandvård, och hur de vårdsökande fördelades på de förut nämnda tre vårdtyperna, revisionsfall, sporadiska sane-

Tabell 9. Jämförelse mellan beräknad erforderlig årsarbetstid och tillgänglig årsarbetstid

| År | Enligt prognostiserad efterfrågan beräknad erforderlig årsarbetstid vid | | | | Beräknad tillgänglig arbetskraft i tim/år |
|--------|---|------------|-------------|------------|---|
| | hypotes I | hypotes II | hypotes III | hypotes IV | |
| (1962) | (5 955 000) | | | | (5 974 000) |
| 1965 | 6 119 000 | 6 173 000 | 6 199 000 | 6 199 000 | 6 138 000 |
| 1970 | 6 317 000 | 6 911 000 | 7 245 000 | 7 422 000 | 6 604 000 |
| 1975 | 6 437 000 | 7 293 000 | 7 975 000 | 8 335 000 | 7 607 000 |
| 1980 | 6 525 000 | 7 675 000 | 8 366 000 | 8 823 000 | 9 234 000 |

ringsfall och akuta fall. Till resultatet av dessa undersökningar återkommer utredningen i det följande.

I fråga om den framtida efterfrågan på tandvård har delegationen uppställt olika hypoteser. Hypotes I innebär att allmänhetens efterfrågan av tandvård skulle bli i princip oförändrad från 1962 och att storleken av den samlade efterfrågan blott påverkas av förändringar i folkmängden. Delegationen har funnit det föga troligt, att efterfrågan skulle komma att ligga vid denna nivå, som ansetts representera den lägsta efterfrågan som kan förekomma. Hypoteserna II, III och IV visar hur befolkningen fortsättningsvis kan komma att övergå till att mera regelbundet söka tandvård, dvs. mer regelbundet än som var fallet 1962. De olika hypoteserna representerar olika stor ökning av efterfrågan, varvid hypotes IV representerar den högsta efterfrågan som kan tänkas komma ifråga medan hypotes II ligger ungefär mitt emellan hypoteserna I och IV samt hypotes III mellan hypoteserna II och IV. Den 1962 meddelade tandvården liksom den för kommande år beräknade efterfrågan på tandvård har uttryckts i det antal tandläkartimmar, som beräknas åtgå för ifrågavarande vård enligt de olika hypoteserna och jämförelse har gjorts med det beräknade antalet för denna vård tillgängliga arbetstimmar för tandläkare. En sammanfattning av slutresultaten framgår av tabell 9.

Tandvårdsundersökningen 1963

Den av med. lic. Björn Smedby för utredningens räkning utförda studien av tandvårdsförhållandena ingår som ett led i en större undersökning, som genomföres vid socialmedicinska institutionen vid Uppsala universitet och som avser sjuklighet och sjukvårdskonsumtion — inklusive utnyttjande av tandläkarvård — inom ett statistiskt urval av den svenska befolkningen. En del av materialinsamlingen till denna större studie har skett genom intervjuundersökningar med särskilt utvalda personer. Den första av dessa genomfördes under försommaren 1963 och det är den som ligger till grund för de resultat, som redovisas i Tandvårdsundersökningen 1963. I anslutning till intervjuundersökningen genomfördes med bistånd av Sveriges tandläkar-

förbund en enkät med vissa berörda tandläkare rörande de intervjuade personernas tandvårdsförhållanden. Tandläkarenkäten gjordes främst som en kontrollstudie för att belysa tillförlitligheten av intervjuavaren.

Urvalet av personer för intervjuundersökningen skedde från ett register omfattande alla i allmän försäkringskassa inskrivna personer födda den 15 februari, den population som är föremål för den inledningsvis nämnda större undersökningen. Bland dessa drygt 16 000 personer i åldrarna 16 år och däröver utvaldes genom systematiskt urval 651 personer på sådant sätt att representativ geografisk fördelning och representativ ålders- och sjukpenningklassfördelning erhöles inom urvalet. Av de i urvalet ingående personerna genomfördes intervju med 91,2 %. Bortfallet utgjordes till största delen av personer, som av förklarliga skäl ej kunde intervjuas. Endast 3 % vägrade att delta.

För att belysa olikheter rörande tandvårdsförhållanden inom olika sociala grupper har en indelning skett med ledning av yrkestillhörigheten. De i materialet ingående personerna har sålunda förts till någon av de tre socialgrupper, som användes vid den sociala yrkesgrupperingen inom valstatistiken. I några fall redovisas resultaten med uppdelning efter inkomstnivå. Till grund för denna gruppering har legat uppgifter från de allmänna försäkringskassorna om de i materialet ingående personernas sjukpenningklassplacering, vilken grundar sig på årlig inkomst av förvärvsarbete.

Undersökningens syfte har varit att söka kartlägga hur stor andel av befolkningen som saknar egna tänder och är protesbärare, hur stor andel som under en tvåårsperiod sökt tandläkare och vilken typ av behandling som härvid erhållits samt storleksordningen av de individuella tandvårdskostnaderna. Man har vidare avsett att belysa hur dessa förhållanden varierar med några faktorer, som kan förväntas vara av betydelse för individens tandvårdskonsumtion, såsom kön, ålder, socialgrupp och inkomstnivå.

Här skall först redovisas en del resultat av undersökningen som avser att kartlägga hur stor andel av befolkningen som helt saknar egna tänder. Denna grupp utgjorde 24 % av de intervjuade personerna. Procenttalet personer utan egna tänder ökar markant med stigande ålder. Av totalsiffrorna framgår att kvinnorna saknar egna tänder i större utsträckning än männen. Denna skillnad framträder klart i åldrarna över 50 år. Avsaknad av egna tänder visar sig vara klart korrelerad till socialgrupp. I socialgrupp III är sålunda avsaknad av egna tänder dubbelt så vanlig som i socialgrupp II. För såväl socialgrupp II som socialgrupp III gäller, att andelen personer, som helt saknar egna tänder, i lägre inkomstgrupp är större än andelen sådana personer i högre inkomstgrupp. Denna skillnad är mer påtaglig än skillnaden mellan socialgrupp II och socialgrupp III.

Bland de personer, som helt saknade egna tänder, hade 87 % helprotes — dvs. hel protes i både över- och underkäke — och 7 % hel protes i endast överkäke, 6 % hade ingen protes alls trots att de var helt tandlösa. Dessa

senare utgör 1 % av samtliga intervjuade. Andelen protesbärare bland de intervjuade personerna utgör 31 %. Som protesbärare har härvid räknats såväl personer med hel protes i såväl över- som underkäke som personer med hel protes i endast en käke. Bland de senare finns personer såväl med som utan egna tänder i den andra käken. Personer som har partiell protes — dvs. protes omfattande endast en del av tänderna i en käke — har inte medräknats. Det bör slutligen påpekas, att som protesbärare endast räknats personer med avtagbar protes.

Andelen protesbärare är större bland kvinnor än bland män och protesförekomsten ökar starkt med stigande ålder. Sålunda utgör andelen protesbärare i åldersgruppen 40—49 år 28 %, i åldersgruppen 50—59 år 45 %, i åldersgruppen 60—66 år 63 % och i åldersgruppen 67 år och däröver inte mindre än 76 %. En undersökning av den procentuella andelen protesbärare i åldrarna 20—66 år inom olika socialgrupper visar att protesförekomsten är korrelerad till socialgrupp (socialgrupp I 3 %, socialgrupp II 17 % och socialgrupp III 37 %). Det är anmärkningsvärt att varannan kvinna i socialgrupp III (48 %) i de aktuella åldrarna bär protes. En ytterligare bearbetning av materialet visar att i åldersskiktet 40—66 år inom socialgrupp III två kvinnor av tre är protesbärare.

Av de personer, som helt saknade egna tänder, hade endast 16 % sökt tandläkare under de senaste två åren. Av särskilt intresse är att studera de personer som helt saknar egna tänder och har protes. En närmare analys av materialet visar att 36 % av dessa sökte tandläkare sista gången för mer än tio år sedan, 13 % för mer än 20 år sedan och 5 % för mer än 30 år sedan. Det är anmärkningsvärt att så många haft protes under lång tid utan att besöka tandläkare. Huruvida de besökt tandtekniker framgår inte av intervjuerna.

Sammanfattningsvis visar undersökningen alltså vad avser personer utan egna tänder och protesbärare att 24 % av personer över 16 år helt saknar egna tänder och att 31 % av personer över 16 år har hel protes i båda käkarna eller i ena käken. Av dem som saknar egna tänder har endast 16 % varit hos tandläkare under den senaste tvåårsperioden och av protesbärare har en stor andel ej sökt tandläkare under lång tid.

Vad avser personer med kvarvarande egna tänder — dvs. personer med antingen enbart egna tänder eller med egna tänder jämte hel protes i endera käken — visar undersökningen att 54 % av dessa besökt tandläkare under de senaste 12 månaderna, 19 % för 13—24 månader sedan och 26 % för mer än två år sedan. Av personer med enbart egna tänder har 78 % varit hos tandläkare under de senaste två åren. Motsvarande siffra är lägre för dem som har egna tänder jämte hel protes i ena käken (41 %). Med hjälp av det föreliggande materialet har i undersökningen andelen personer som årligen besöker tandläkare bland dem som har enbart egna tänder grovt uppskattats till ca 40 %. Av undersökningen framgår också att av samtliga

personer med egna tänder har 1 % aldrig varit hos tandläkare. En närmare analys visar vidare att 10 % gjorde sitt senaste besök för mer än fem år sedan, 6 % för mer än tio år sedan och 2 % för mer än 20 år sedan. Männen dominerar bland de personer, som ej sökt tandläkare under lång tid, trots att de har kvarvarande egna tänder. Vidare gäller att andelen personer, som ej sökt tandläkare under lång tid, är högre bland dem som har egna tänder jämte hel protes i endera käken än bland dem som har enbart egna tänder.

Av personer med egna tänder har 73 % sökt tandläkare under den senaste tvåårsperioden och 64 % har därvid erhållit fullständig behandling. Den procentuella andelen personer med egna tänder som fått fullständig behandling under de två senaste åren sjunker med stigande ålder. Medan 85 respektive 78 % i åldersgrupperna 16—19 och 20—29 år erhållit fullständig behandling, har endast 48 respektive 12 % erhållit dylik behandling i åldersgrupperna 60—66 år samt 67 år och däröver. Den procentuella andelen personer, som fått fullständig behandling under den senaste tvåårsperioden, inom olika socialgrupper bland personer i åldrarna 20—66 år med kvarvarande egna tänder utgör för socialgrupp I 94 %, för socialgrupp II 75 % och för socialgrupp III 50 %. En undersökning av den procentuella andelen män, som fått fullständig behandling under den senaste tvåårsperioden, inom tre olika inkomstgrupper och socialgrupperna II respektive III i åldrarna 20—66 år med kvarvarande egna tänder visar slutligen, att det högre inkomstskiktet uppvisar större andel fullständigt behandlade än de båda lägre inkomstskikten. För varje inkomstnivå är andelen fullständigt behandlade högre inom socialgrupp II än inom socialgrupp III. De påvisade skillnaderna mellan socialgrupperna förklaras sålunda inte enbart av skillnader i fråga om inkomstnivå.

Sammanfattningsvis visar undersökningen alltså vad avser personer med kvarvarande egna tänder att 73 % av dessa personer efterfrågat tandläkarevård under de sistförflutna två åren, varvid 64 % erhöi fullständig behandling. Personer i högre socialgrupp visar större benägenhet att söka tandläkare och att undergå fullständig behandling. Eftersom socialgrupp är starkt korrelerad till inkomst skulle kunna antagas att förklaringen till de stora socialgruppskillnaderna är att söka i skillnaden i inkomstnivå. Undersökningen visar dock att den aktuella inkomstnivån inte helt förklarar skillnaden mellan socialgrupp II och socialgrupp III i fråga om benägenheten till fullständig behandling. Det är dock inte uteslutet att tidigare inkomstskillnader som ej fångats upp av den aktuella inkomstnivån kan förklara olikheterna mellan socialgrupperna. Men det kan också mycket väl tänkas, att skillnaderna mellan socialgrupper beror av andra faktorer, såsom attityden till munhygien och tandvård.

Vad slutligen avser den del av undersökningen, vars syfte var att kartlägga de individuella tandvårdskostnaderna, baseras denna på en jämförelse

mellan de av intervjupersonerna och tandläkarna uppgivna tandvårdskostnader, som betalats under de senaste 12 månaderna för de 277 personer där fullständiga kostnadsuppgifter föreligger från tandläkarnas sida. Överensstämmelse mellan av intervjupersonen och tandläkaren angiven kostnad föreligger i sammanlagt 182 fall (66 %). En närmare analys av materialet visar att medelvärdet för kostnader för dessa personer utgör enligt intervjuerna 183 kronor och enligt tandläkaruppgifterna 126 kronor. Det senare värdet utgör endast 69 % av det förra. Vad beträffar kostnaderna är alltså överensstämmelsen mellan intervjupersonernas och de berörda tandläkarnas uppgifter mindre god och de i undersökningen redovisade resultaten måste i detta hänseende tolkas med stor försiktighet.

Mödratandvårdsundersökningen

I direktiven för utredningen vad gäller frågan om en vidgad rätt till ersättning för kostnader för tandläkarvård framhålles, att de praktiska erfarenheterna från mödratandvården torde kunna tjäna till vägledning i fråga om de behandlingsåtgärder, som kan tänkas omfattade av försäkringen. Ersättning för mödratandvård började utgivas av de allmänna försäkringskassorna fr. o. m. den 1 januari 1963. Med hänsyn till den korta tid ersättning lämnats för kostnader för tandläkarvård till blivande och nyblivna mödrar kan inte alltför vittgående slutsatser dragas av de hittills vunna erfarenheterna. Det material kassorna redan nu förfogar över i form av verifikationer avseende utgiven ersättning för kostnader för tandläkarvård torde emellertid kunna läggas till grund för en bedömning av dels omfattningen och fördelningen av de enligt taxa återbäringsberättigande åtgärderna, dels de privatpraktiserande tandläkarnas arvoden i förhållande till denna taxa, dels ock de försäkrades faktiska ersättning för kostnader för av privatpraktiserande tandläkare meddelad tandvård. Försäkringskassorna i Stockholms stad, Kopparbergs län och Gävleborgs län har därför på begäran av utredningen lämnat vissa uppgifter beträffande utgiven ersättning för kostnader för tandläkarvård till blivande och nyblivna mödrar under 1963. Uppgifterna avser för Stockholm tiden 1 januari—31 oktober och för de bägge länskassorna tiden 1 januari—30 november. Det bör redan här påpekas, att materialet ej tillåter några beräkningar av genomsnittskostnaderna per försäkrad, då ersättningsperioden för flertalet av de i materialet ingående blivande och nyblivna mödrarna den 31 oktober respektive den 30 november 1963 ännu ej tilländalupit. Det insamlade materialet omfattar uppgifter avseende tandläkarvård meddelad såväl inom folktandvården som hos privatpraktiserande tandläkare. Här kommer dock endast att redovisas uppgifter avseende den vård, som meddelats av den sistnämnda kategorien tandläkare. Omfattningen och fördelningen av de ersättningsberättigande åtgärderna framgår av tabell 10.

Tabell 10. Omfattning och fördelning av åtgärder enligt mödratandvårdsförsäkringen

| Taxenr i mödra- tand- vårds- taxan | Stockholms stad | | Kopparbergs län | | Gävleborgs län | |
|--|-----------------|----|-----------------|----|----------------|----|
| | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| 1 | 4 488 | 9 | 1 092 | 8 | 994 | 8 |
| 2 | 4 156 | 9 | 663 | 5 | 439 | 4 |
| 3 | 4 796 | 10 | 1 134 | 9 | 1 005 | 8 |
| 4 | 1 387 | 3 | 636 | 5 | 612 | 5 |
| 5 | 23 | | 1 | | 3 | |
| 6 | 126 | | 23 | | 13 | |
| 7 | 143 | | 40 | | 61 | |
| 8 | 761 | 1 | 229 | 2 | 262 | 2 |
| 9 | 529 | 1 | 104 | 1 | 184 | 2 |
| 10 | 18 252 | 38 | 5 770 | 45 | 5 539 | 46 |
| 11 | 11 997 | 25 | 2 963 | 23 | 2 788 | 23 |
| 12 | 422 | 1 | 134 | 1 | 122 | 1 |
| 13 | 415 | 1 | 145 | 1 | 143 | 1 |
| 14 | 412 | 1 | 52 | | 42 | |
| 15 | 6 | | 1 | | — | |
| 16 | 24 | | 17 | | 10 | |
| 17 | 20 | | 16 | | 11 | |
| 18 | 9 | | 7 | | 11 | |
| 19 | 10 | | 3 | | 5 | |
| 20 | 5 | | 3 | | 3 | |

Taxenumren avser följande åtgärder:

1. Undersökning av tand- och muntillstånd
2. Röntgenundersökning
3. Tandköttsbehandling och avlägsnande av tandsten
4. Tanduttagning
5. Rotspets- eller cystaoperation
6. Efterbehandling av sår
- 7—9. Rotbehandling
- 10—11. Tandfyllning, permanent
12. Amalgamkrona
13. Krona av ädelmetall eller porslin såsom ersättning för fram- eller hörntand
14. Krona av ädelmetall eller porslin såsom ersättning för annan tand än fram- eller hörntand
15. Partiell protes, omfattande högst tre tänder
16. Partiell protes, omfattande fyra eller flera tänder
17. Hel över- eller underkäksprotes
18. Helprotes
19. Lagning av protes
20. Ny protesbas

Tabellen visar att den rent konserverande tandbehandlingen antalsmässigt klart dominerar bland de ersättningsberättigande åtgärderna. Åtgärder enligt taxenumren 10 och 11 (permanent fyllningar av olika slag) utgjorde sålunda i Stockholm 63, i Kopparbergs län 68 och i Gävleborgs län 69 % av samtliga utförda ersättningsberättigande åtgärder. Detta förhållande framträder också om man framräknar den del av kassornas kostnader, som sva-

rade mot av dessa utgiven ersättning för ifrågavarande behandlingsåtgärder. Det visar sig då, att drygt 66 % av ifrågavarande försäkringskassors utgifter för mödratandvård under den här aktuella tidsperioden avsåg ersättning för kostnader för olika slag av permanenta fyllningar.

Kassornas kostnader för ersättning för olika slag av protesarbeten (taxenumren 13—18) utgjorde drygt 10 % av de sammanlagda kostnaderna trots att dessa arbeten antalsmässigt endast utgjorde knappt 2 % av samtliga ersättningsberättigande åtgärder.

De kvinnor, som omfattas av mödratandvården, befinner sig företrädesvis i åldrarna 20—30 år. Resultatet av undersökningen visar, att de genomgående varit i behov av en konserverande tandbehandling, som ofta varit omfattande. Resultatet av undersökningen visar vidare att de protetiska behandlingsåtgärderna, ehuru genom återbäringstaxans konstruktion begränsade och trots en mycket ringa frekvens bland mödratandvårdsklientelet, dragit en förhållandevis avsevärd kostnad.

För bedömningen av dels förhållandet mellan återbäringstaxans ersättningsbelopp och de privatpraktiserande tandläkarnas arvoden, dels förhållandet mellan de försäkrades ersättning från sjukförsäkringen och deras faktiska kostnader för tandvård hos privatpraktiserande tandläkare, fann utredningen sig böra ha tillgång till ett större material än det, som inhämtats från de tre tidigare nämnda försäkringskassorna. Utredningen infordrade därför uppgifter från ytterligare sju försäkringskassor avseende av dessa utgiven ersättning till blivande och nyblivna mödrar för kostnader för tandläkarvård hos privatpraktiserande tandläkare under perioden 1 oktober—31 december 1963. Resultatet av denna undersökning har sammanställts i tabell 11.

Det från försäkringskassorna införskaffade materialet ger, som framgår av tabell 11, möjlighet att i viss mån bedöma hur arvodesnivån bland privatpraktiserande tandläkare inom de berörda försäkringskassområdena förhåller sig till de i taxan upptagna beloppen.

Det må först anmärkas, att skillnaden mellan arvodesbelopp och taxebelopp delvis sammanhänger med att all meddelad tandbehandling inte är ersättningsberättigande. Enligt taxans konstruktion ersättes sålunda fasta proteser endast i begränsad omfattning och om andra arbeten kommit till utförande än de, som enligt taxan är återbäringsberättigande, ersättes dessa endast som om de i taxan upptagna motsvarande behandlingsåtgärderna kommit till utförande. Med hänsyn bl. a. till den tidigare påvisade ringa förekomsten av protetiska arbeten bland mödratandvårdsklientelet torde här omnämnt förhållande dock knappast till någon mer betydande del ha påverkat relationerna mellan arvodes- och taxenivån.

Tabellen visar att arvodesnivån bland de privatpraktiserande tandläkarna uppvisar rätt betydande lokala fluktuationer. Arvodesbeloppen översteg sålunda taxebeloppen genomsnittligt med 43 respektive 40 % i Stockholms

Tabell 11. Arvodessbelopp, taxebelopp och återbäring i mödratandvårdsförsäkringen

| Försäkringskassa | Arvodessbelopp | Taxebelopp | Arvodessbelopp överstigande taxebelopp i procent | Utgiven ersättning | Ersättning i procent av arvodessbelopp |
|----------------------------------|----------------|------------|--|--------------------|--|
| Södermanlands län ¹ | 136 663 | 102 026 | 34 | 75 016 | 55 |
| Kalmar län ¹ | 98 856 | 85 002 | 16 | 62 689 | 63 |
| Malmöhus län ¹ | 315 982 | 237 789 | 33 | 175 630 | 56 |
| Älvsborgs län ¹ | 248 424 | 196 475 | 26 | 144 774 | 58 |
| Kopparbergs län ² | 294 254 | 245 049 | 20 | 179 827 | 61 |
| Gävleborgs län ² | 299 409 | 221 978 | 35 | 172 233 | 57 |
| Västernorrlands län ¹ | 154 597 | 130 514 | 18 | 95 096 | 62 |
| Norrbottnens län ¹ | 147 275 | 105 391 | 40 | 78 873 | 54 |
| Stockholms stad ³ | 1 251 001 | 872 376 | 43 | 653 265 | 52 |
| Göteborgs stad ¹ | 389 065 | 293 407 | 33 | 216 760 | 56 |

¹ Uppgifterna avser utgiven ersättning under tiden 1/10—31/12 1963

² » » » » » 1/1 —30/11 1963

³ » » » » » 1/1 —31/10 1963

stad och Norrbottens län medan de i Kalmar län och Västernorrlands län endast översteg taxebeloppen med genomsnittligt 16 respektive 18 %.

Storleken av den enskildes faktiska ersättning för kostnader för tandläkarvård är beroende av återbäringstaxans konstruktion, ersättningsandelens storlek och de av de privatpraktiserande tandläkarna tillämpade arvoden. Av tabell 11 framgår också den faktiska ersättning som de blivande och nyblivna mödrarna i genomsnitt erhållit inom de olika försäkringskassområdena. Ersättningen är högst i de områden, inom vilka de privatpraktiserande tandläkarna i allmänhet tillämpat förhållandevis låga arvoden. Så var exempelvis fallet i Kalmar län, där de försäkrade fick 63 % av sina faktiska kostnader för tandläkarvård täckta genom ersättning från sjukförsäkringen. I Stockholm däremot uppgick ersättningen endast till 52 % av de försäkrades faktiska kostnader.

Det må slutligen anmärkas, att de blivande och nyblivna mödrar, som erhållit tandläkarvård hos folk tandvården, erhållit ersättning med 75 % av sina faktiska kostnader såvida de ej låtit utföra arbeten, för vilka ersättning ej alls eller endast i ringa mån lämnas från sjukförsäkringen.

Sifundersökningen

Sifundersökningen, som genomfördes under hösten 1962, avsåg att belysa olika förhållanden i samband med tandläkarbesök, exempelvis i vad mån personer, som behöver uppsöka tandläkare, inte alls gör detta eller gör det mer sällan än önskvärt och i vad mån »rädslan» för tandläkare är ett viktigt motiv för underlåtenheten att söka tandläkare.

Med »rädsla för tandläkare» har man vid undersökningen avsett attityder till tandläkarbesök hos de intervjuade, som gör att de betecknar besöken som mycket eller något obehagliga och som mycket eller något smärtsamma. Det framhålles i kommentarerna till undersökningen att sådan »tandläkar-skräck» givetvis erkännes av en stor del av dem som trots detta besöker tandläkare, t. o. m. av dem som gör det regelbundet. Det framhålles vidare, att en intervjuundersökning inte kan klargöra hur många fler tandläkarbesök dessa för tandläkare »rädda» personer skulle ha avlagt om de inte lidit av »tandläkarskräck». Det anses vidare klart att en viss procent av dem som inte besöker tandläkare under en förhållandevis lång tid mer eller mindre starkt hindrats av »tandläkarskräcken» och att detta mer sällan eller aldrig är enda skälet för dessa personer att ej söka tandläkarvård.

De vid Sifoundersökningen intervjuade personerna utgjorde ett riksfattande befolkningsurval omfattande 1 331 män och kvinnor inkluderande alla åldrar mellan 12 och 75 år uttagna genom systematiskt urval ur mantalslängderna för i Sifos basurval ingående kommuner.

Sifo finner, att man med den definition av »tandläkarskräck» som använts i kommentarerna till utredningen kan fastslå, att en dylik verklig existens. Av alla dem som inte har protes är det sålunda 48 % som tycker tandläkarbesök är obehagliga (mycket eller något) och 46 % som tycker de är smärtsamma (mycket eller något). Verkligt hinder för tandläkarbesök (fler besök eller besök över huvud taget) blir »tandläkarskräcken» enligt Sifos mening när obehaget eller smärtan uppleves som mycket stor. Detta svar gav 14 respektive 10 % av alla som inte har protes. Den verkligt stora »skräcken» för tandläkare tycks framför allt kvinnorna ha eller också är de mer uppriktiga än männen. Var femte kvinna tycker det är mycket obehagligt (19 % mot 10 % av männen) och var åttonde kvinna finner det mycket smärtsamt (13 % mot 8 % av männen). Trots detta besöker kvinnorna tandläkare oftare och mer regelbundet än männen.

Av dem som inte har protes hade enligt Sifoundersökningen 20 % inte besökt tandläkare under loppet av två år. Av deras svar på undersökningsfrågorna anser sig Sifo kunna visa att »tandläkarskräck» i högre eller mindre grad bidragit till det uteblivna tandläkarbesöket. Av dessa personer ansåg 58 % tandläkarbesök obehagliga (mycket eller något) och 48 % betecknade tandläkarbesök som smärtsamma (mycket eller något). Tandläkarbesöken ansågs av 16 % vara mycket obehagliga och av 12 % vara mycket smärtsamma. På direkt fråga förklarade 9 % av dem som inte besökt tandläkare under loppet av två år (2 % av alla utan protes) att rädslan för obehag eller smärta varit främsta orsaken till att de underlåtit att söka tandläkare. En omsorgsfull analys av undersökningsmaterialet synes enligt Sifo ge belägg för att »tandläkarskräcken» finns i ungefär lika mån bland dem som besöker tandläkare och bland dem som inte besöker tandläkare.

Möjligen kan materialet tyda på att personer med många besök är mer »rädda» för tandläkare än andra.

Socialgrupp I uppvisar den minsta procentuella andelen av personer, som ej söker regelbunden tandläkarvård. I socialgrupp II är det relativt fler och i socialgrupp III förhållandevis ännu fler, som ej söker regelbunden vård. Vidare är regelbundenheten i tandläkarbesöken mindre på landsbygden än i städerna. Kvinnor besöker tandläkare mer regelbundet än män. Inslaget av personer, som söker regelbunden vård, är störst i de yngre åldrarna för att minska med stigande ålder. Sålunda var andelen av regelbundet vård-sökande i åldern 15—24 år 61 %, i åldern 25—44 år 50 %, i åldern 45—66 år 32 % och i åldern 67—75 år 19 %.

De intervjuade personerna tillfrågades även om hur de uppfattade kostnaderna för tandläkarvård och om de ansåg tandläkarbesök tidsödande. De flesta, 77 %, ansåg tandläkare vara dyrbara att anlita, 50 % ansåg det mycket dyrbart att anlita tandläkare. Enligt Sifo tycks kostnaderna i viss mån påverka regelbundenheten i tandläkarbesöken men i mindre grad antalet tandläkarbesök under en tvåårsperiod. De intervjuade som ansåg tandläkarbesök vara mer eller mindre tidsödande utgör nästan hälften av de tillfrågade, men av dem är det endast en mindre del som tycker att tidsspillan är ett verkligt problem (mycket tidsödande). Det är bland männen, personer i »mellanåldrarna» samt framför allt bland landsbygdsbefolkningen som tandläkarbesöken uppfattas som mycket tidsödande. Tidsfaktorn betyder emellertid enligt Sifo mindre än obehag, smärta och kostnad som hinder för tandläkarbesök.

Behovet av tandläkarvård

För att belysa det samlade och år efter år återkommande behovet av adekvat genomförd tandläkarvård skulle erfordras en undersökning av nämnda behov hos ett representativt genomsnitt av befolkningen i Sverige. Någon undersökning av detta slag föreligger inte och utredningen har ej heller varit i tillfälle att utföra en dylik undersökning, vilken efter allt att döma skulle ha tagit en avsevärd tid i anspråk och dragit betydande kostnader. Kännedomen om utbredningen av de stora tandsjukdomarna — karies och parodontala sjukdomar — samt av övriga skadeorsaker, sammanställd med tandläkarnas praktiska erfarenhet, gör det dock möjligt att relativt väl belysa nämnda behov.

I kap. 1 har redogjorts för den stora utbredning, som tandkaries nu har inom den svenska befolkningen, i det att praktiskt taget alla träffas av denna sjukdom. Det har framhållits, att sjukdomen har sin största utbredning i barna- och ungdomsåren men att den hos de flesta personer fortsätter med ständigt nya angrepp så länge tänder finns kvar. Det rör sig härvidlag ej blott om kariesangrepp på tidigare helt friska tandytor utan också i stor

utsträckning om s. k. sekundärkaries i kanten på tidigare fyllningar eller andra tandläkararbeten. Härtill kommer, att såväl tandfyllningar som artificiella tandkronor i porslin eller metall ävensom andra tandläkararbeten fordrar ett visst underhåll. Man kan nämligen ej räkna med att dessa arbeten är hundra procentigt permanenta. De s. k. silikatfyllningarna — de vita fyllningar, som vanligtvis användes i framtänder — anfrättes så småningom av munvätskorna och behöver därför göras om med vissa års mellanrum. Amalgamfyllningar kan utsättas för sådan mekanisk påfrestning att de går sönder. Ett nytt kariesangrepp i kanten av en äldre fyllning kan nödvändiggöra att fyllningen helt och hållet måste göras om. Även avtagbara proteser behöver då och då justeras, repareras eller utbytas.

I fråga om den s. k. progressiva parodontiten (tandlossningssjukdomen) har framhållits dess stora och med stigande ålder ökande utbredning. Av personer i ålder över 35 å 40 år går endast få helt fria från denna sjukdom. Det har också framhållits att sjukdomen kräver ständigt återkommande behandling.

Mångårig erfarenhet främst från den organiserade barntandvården i landet har givit vid handen, att i skolåldrarna behov föreligger av årlig tillsyn av barnens tänder. Vid ungefär årligen upprepade undersökningar av barnen visar sig de allra flesta ha behov av något slag av tandvård. Det är mycket få som ej behöver årlig vård. Även de 6-åringar, som första gången kommer till undersökning i folktandvården, har som regel behov av tandvård, ehuru behovet kan variera rätt avsevärt. Hos åtskilliga barn i åldern tre—fem år torde också föreligga ett stort vårdbehov, men rörande omfattningen av detta finns ej någon aktuell representativ undersökning.

Hos personer i åldern 16—25 år har kariessjukdomen i allmänhet en sådan frekvens och intensitet, att det är påkallat med årligen återkommande tandläkarkontroll. I de allra flesta fall föreligger också behov av någon form av behandling. Av 1961 års tandmönstring av värnpliktiga (redovisad i Försvarets tandvård, SOU 1962: 23), som omfattade 16 000 personer i 20-årsåldern, synes framgå — ehuru det ej klart utsäges — att praktiskt taget samtliga vid undersökningstillfället hade behov av tandvård såvida de ej omedelbart före inryckningen färdigbehandlats hos tandläkare.

När det gäller personer över 25 år bör man skilja mellan sådana, som har naturliga tänder i behåll, och sådana, som helt saknar egna tänder och redan har protes eller har behov av dylik.

En del av dem som har naturliga tänder kvar har på grund av stark kariesaktivitet eller utpräglad marginal parodontit behov av tandläkarvård två eller flera gånger per år. För det stora flertalet synes det dock vara tillfyllest med ett årligt besök hos tandläkare. Det torde för en mindre grupp vara tillräckligt med tandläkarbesök vartannat år. En mycket stor del av tandläkarkåren har ett klientel, som regelbundet återkommer för översyn av sina tänder varje eller vartannat år. Åtskilliga patienter återkommer för

övrigt två eller flera gånger per år. Det torde bland tandläkarna vara en tämligen samstämmig erfarenhet, att det även hos personer med regelbundna och ofta återkommande tandläkarbesök praktiskt taget alltid föreligger behov av tandvård, låt vara att den ibland kan bli av relativt ringa omfattning. Tandläkarnas erfarenhet tyder knappast på att de personer, som regelbundet besöker tandläkare, skulle utgöra ett urval av sådana, som har särskilt stort tandvårdsbehov.

En annan situation föreligger för personer, som saknar naturliga tänder, en befolkningsgrupp, som enligt vad de förut redovisade undersökningarna givit vid handen ingalunda är obetydlig. Av de vid Tandvårdsundersökningen 1963 intervjuade personerna saknade sålunda 24 % helt egna tänder. Med ledning av det i undersökningen ingående siffermaterialet har utredningens statistikdelegation beräknat att antalet personer i åldern 17—75 år som helt saknar egna tänder utgör ca 21 % av befolkningen i sagda åldersgrupper, dvs. något över 1 100 000. Antalet protesbärare bland dessa skulle då enligt statistikdelegationens beräkningar utgöra ca 970 000.

Behovet av tandläkarvård för den som förlorat samtliga naturliga tänder och anskaffat protes kvarstår, om också i begränsad omfattning. Frekvensen av tandläkarbesök bland de personer, som helt saknar egna tänder och bär protes, är emellertid mycket låg. Av Tandvårdsundersökningen 1963 framgår sålunda, att mer än hälften av dessa personer ej sökt tandläkare under de senast förflutna tio åren, åtskilliga av dem har ej sökt tandläkare de senaste 20—30 åren. Protesbärare med kvarvarande egna tänder visar också en avsevärt lägre konsultationsfrekvens än personer med enbart egna tänder. Till detta förhållande torde ej blott ha bidragit protesernas hållbarhet utan även bristande insikt hos protesbärarna om vikten av fortlöpande justering av proteserna, som enligt den odontologiska expertisen erfordras för att förebygga sjukdomstillstånd i käkarna orsakade av otillfredsställande passform hos proteserna. Vårdbehovet för de helt tandlösa protesbärarna får därför anses större än det som avspeglas i Tandvårdsundersökningen 1963. Storleken av detta vårdbehov låter sig svårigen exakt mätas. Behovet av tandläkarvård för helprotesbärare är dock avsevärt mindre än för befolkningen i övrigt och det finns sålunda en icke obetydlig grupp inom befolkningen, som har behov av tandläkarvård endast med flera års mellanrum. Utredningens statistikdelegation har vid sina beräkningar av arbetskraftsbehovet bl. a. utgått från att helprotesbärarna kan komma att anskaffa ny protes i genomsnitt en gång vart femte år. Det bör här framhållas, att delegationen vid sin bedömning ej utgått från nu föreliggande förhållanden utan grundat sina beräkningar på delvis andra förutsättningar. Det faktiska vårdbehovet för dessa protesbärare är som utredningen tidigare framhållit betydligt större än det som dagens efterfrågan speglar och det är därför enligt utredningens mening realistiskt att som statistikdelegationen gjort räkna med en väsentligt ökad efterfrågan för denna grupp.

Utredningen har beträffande behovet av tandläkarvård kunnat konstatera att detta varierar hos olika grupper av befolkningen. För barn i skolåldrarna, 7—16 år, får sålunda minst en gång årligen återkommande tandläkarvård anses erforderlig för att tillgodose vårdbehovet. Detsamma gäller även flertalet barn i förskoleåldern, i vart fall barnen i sexårsåldern. Beträffande befolkningen i åldern 17—75 år synes man böra räkna med att — bortsett från den förhållandevis stora gruppen protesbärare och ett litet antal personer med sällsynt god tandstatus — årligen eller för en mindre del vart annat år regelbundet återkommande tandläkarvård är erforderlig för att vidmakthålla en tillfredsställande tandstatus. Även för helprotesbärare föreligger ett behov av regelbundna om också inte så ofta återkommande tandläkarbesök. Behovet av tandläkarvård kan emellertid för denna grupp liksom för de högre åldersgrupperna i motsats till vad fallet är för befolkningen i övrigt betraktas som förhållandevis ringa.

Vårdefterfrågan och dess tillgodoseende

Frågan i vad mån det av utredningen nyss angivna behovet av tandläkarvård hos olika grupper av befolkningen kan tillfredsställas står uppenbarligen i direkt samband med vårdresursernas storlek. Det står utan vidare klart, att tandläkarkåren i vårt land under en lång följd av år inte tillnärmelsevis haft den storlek, som skulle ha erforderats för att motsvara det faktiska vårdbehovet.

En fråga som har stort intresse då vårdresurserna diskuteras gäller hurvida antalet tandläkare i landet motsvarat efterfrågan på tandvård. Den svenska tandläkarkåren omfattade 1930 endast omkring 1 300 tandläkare. Sedan dess har antalet mer än fyrdubblats och var i början av 1964 något över 5 800. Den omständigheten att den privatpraktiserande tandläkarkåren varit och fortfarande är ojämnt geografiskt fördelad med en koncentration till större och medelstora städer har medverkat till att vårdbehovet blivit sämre tillgodosett i glesbygderna än i tätorterna. Vid införandet av folktandvården var en av målsättningarna att bereda vårdmöjligheter åt befolkningen i glesbygderna. Trots den fortgående utbyggnaden av folktandvården har denna målsättning ännu ej helt kunnat förverkligas, vilket givit sig tillkänna i att det inom åtskilliga tandvårdsdistrikt förekommer långa väntetider för de vårdsökande.

Efterfrågan torde i stort sett ha ökat i takt med de efterhand ökade vårdresurserna. Under depressionen i början av 1930-talet förelåg dock betydande svårigheter för åtskilliga tandläkare att erhålla full sysselsättning, vilken omständighet torde ha varit en av de främsta orsakerna till att antalet nyintagna studerande vid dåvarande tandläkarinstitutet i Stockholm 1936 minskades från 100 till 80 per år. Det torde även efter denna tidpunkt ha förekommit, att tillgängliga vårdresurser inom privatpraktiken ej fullt

kunnat utnyttjas till följd av bl. a. tandläkarkårens ojämna geografiska spridning.

Trots den kraftiga ökningen av antalet tandläkare på senare tid har dessa av allt att döma under de senaste decennierna ej helt motsvarat efterfrågan på tandvård. Särskilt har detta varit förhållandet inom folktandvården. Det torde dock knappast vara möjligt att ge en någorlunda exakt bild av vård- efterfrågans utveckling. Utredningen har däremot genom företagna under- sökningar försökt belysa hur behovet av tandläkarvård för närvarande tillgodoses.

I kap. 2 har utredningen sålunda framhållit, att den samhälleliga barn- tandvården för skolåldrarna, 7—15 år, under 1962 omfattade ca 84 % av barnen. Härtill bör beaktas den tandläkarvård, som meddelats åt barn, in- tagna på anstalter av olika slag. Ytterligare har uppenbarligen en del barn erhållit vård hos privatpraktiserande tandläkare. Det synes sålunda kunna antagas, att under 1962 sammanlagt mellan 85 och 90 % av barnen i nämnda åldrar erhållit tandvård. Även när det gäller 6-åringar har tandvården haft en icke ringa omfattning. Antalet i folktandvården behandlade 6-åringar var 1962 ca 40 % av denna årsklass. Läger man härtill de barn, som be- handlats privat och vid anstalter, torde man kunna beräkna att inemot 50 % av 6-åringarna erhöll tandvård under 1962. I fråga om barn i åldern tre— fem år var situationen ej så gynnsam. I folktandvården erhöll ej fullt 10 000 barn i dessa årsklasser fullständig behandling, varjämte inemot 25 000 erhöll partiell behandling, huvudsakligen akutvård. Uppgift saknas om hur många förskolebarn i åldern tre—fem år, som erhållit vård hos privata tandläkare.

Att döma av folktandvårdens rapporter rörande antalet personer i åldern 16—19 år, som erhållit fullständig tandbehandling, kan ca 20 % av 16-års- gruppen beräknas ha erhållit tandvård i folktandvården. Därjämte har en betydande del av denna årsgrupp erhållit tandvård privat.

Beträffande personer över 16 år visar de undersökningar, som företagits av utredningens statistikdelegation, att under 1962 något över 2,7 miljoner av dessa, eller ungefär 51 % av befolkningen i berörda åldrar, sökte och erhöll tandvård. Borträknar man de personer, som erhöll tandvård vid tand- läkarhögskolornas s. k. lärarkliniker och genom den militära tandvården, reduceras siffran till omkring 2,6 miljoner personer. Med ledning av det material som ingår i Tandvårdsundersökningen 1963 har delegationen upp- skattat antalet årligen vårdsökande till ca 2,5 miljoner personer.

De vårdsökande (i ålder över 16 år) består enligt statistikdelegationen dels av personer, som regelbundet varje eller vartannat år brukar söka tand- läkarvård (s. k. revisionsfall), dels sådana, som med längre tids mellanrum än två år söker tandvård för en fullständig eller i det närmaste fullständig tandbehandling (s. k. sporadiska saneringsfall), dels slutligen av personer, som söker enbart för akuta tandsjukdomar (s. k. »äkta» akutfall). En av statistikdelegationen verkställd analys av siffermaterialet visar, att under

1962 ca 42 % av befolkningen i åldern 17—75 år kunde hänföras till kategorien revisionsfall, 43 % till sporadiska saneringsfall och resten, ca 15 %, till »äkta» akutfall.

Tandvårdsefterfrågans omfattning och struktur har gjorts till föremål för särskilda studier i Tandvårdsundersökningen 1963. Vad först gäller omfattningen av efterfrågan visar undersökningen, att — bortsett från de helt tandlösa — 54 % av de intervjuade sökt tandläkarvård under de senaste 12 månaderna, 19 % för 13—24 månader sedan och 26 % för mer än två år sedan. Av personer med enbart egna tänder hade 78 % sökt tandläkarvård under de senaste två åren. Andelen av dessa, som regelbundet årligen söker tandläkarvård, har grovt uppskattats till ca 40 %.

Beträffande arten av den behandling som under den senaste tvåårsperioden meddelats de vårdsökande — de tandlösa undantagna — visar undersökningen att 64 % av gruppen personer med kvarvarande egna tänder erhållit fullständig behandling medan 9 % erhållit akutvård. Det bör här anmärkas, att med fullständigt behandlade avses i Tandvårdsundersökningen 1963 i stort sett de grupper som av statistikdelegationen definierats som revisionsfall och saneringsfall.

Efterfrågan av tandläkarvård är högst i de yngre åldrarna. Sålunda visar Tandvårdsundersökningen 1963 att inte mindre än 89 % i åldersgrupperna 16—19 år och 20—29 år sökt tandläkarvård under de senaste två åren, varvid 85 % av åldersgruppen 16—19 år och 78 % av åldersgruppen 20—29 år erhållit fullständig behandling. Av uppgifter inhämtade vid 1961 års tandmönstring av värnpliktiga framgår, att ca 75 % av de nyinryckta värnpliktiga sökt tandläkarvård efter avslutad skolgång, varvid 43 % undergått regelbunden behandling.

Efterfrågan av tandläkarvård visar som redan nämnts en klart sjunkande tendens i de högre åldersgrupperna. Av Tandvårdsundersökningen 1963 framgår, att av personer med kvarvarande egna tänder i åldersgruppen 30—39 år 76 % sökt tandläkarvård under den senaste tvåårsperioden. Motsvarande relativa andel är för åldersgrupperna 40—49 år 69 %, 50—59 år 63 % och 60—66 år 61 %. För åldersgruppen 67 år och äldre är andelen vårdsökande endast 19 %.

Efterfrågan av fullständig behandling visar samma markant sjunkande tendens i högre åldersgrupper.

För alla åldersgrupper gäller att en större andel av kvinnorna än av männen sökt tandläkarvård under de senaste två åren. Kvinnorna har också i större utsträckning än männen fått fullständig behandling.

Sifoundersökningen liksom en undersökning, som 1961 utfördes i Uppsala stad på föranstaltande av Uppsala läns landsting, visar liknande tendenser i fråga om skillnaden i tandvårdsefterfrågan mellan olika åldersgrupper och mellan män och kvinnor som de vilka framkommit vid Tandvårdsundersökningen 1963.

Av särskilt intresse är hur andra faktorer än ålder och kön påverkar efterfrågan av tandvård. Tandvårdsundersökningen 1963 visar en tydlig skillnad i efterfrågan mellan olika socialgrupper. Andelen personer i åldern 20—66 år — bortsett från de tandlösa — som under den senaste tvåårsperioden sökt tandläkarvård uppgick i socialgrupp I till 94 %, i socialgrupp II till 81 % och i socialgrupp III till 65 %. Skillnaden blir än mer framträdande vid betraktande av andelen vårdsökande inom de olika socialgrupperna som under samma tidsperiod erhållit fullständig behandling. Det visar sig då att sådan behandling meddelats till 94 % i socialgrupp I, till 75 % i socialgrupp II och till endast 50 % i socialgrupp III. Även när det gäller avsaknad av egna tänder och förekomsten av protes framträder skillnaden mellan de olika socialgrupperna lika markant. För socialgrupp III är avsaknaden av egna tänder hos personer i åldern 20—66 år dubbelt så vanlig som i socialgrupp II. Andelen protesbärare inom samma åldersgrupp är i socialgrupp I 3 %, i socialgrupp II 17 % och i socialgrupp III 37 %. Nästan varannan kvinna i den aktuella åldersgruppen tillhörande socialgrupp III saknar helt egna tänder och bär protes. I åldersgruppen 40—66 år är två kvinnor av tre i socialgrupp III protesbärare.

Utredningen finner av statistikdelegationens undersökning, vars resultat stöddes av resultaten från andra undersökningar, att inom befolkningen i åldern 17—75 år omfattande ca 5 380 000 personer — bortsett från dem, som saknar naturliga tänder — söker en befolkningsgrupp, bestående av ca 1,2 miljoner personer, fullständig tandvård blott sporadiskt, kanske med flera års mellanrum och en annan om ca 800 000 personer endast vid akuta tandbesvär, trots att de allra flesta inom båda dessa grupper — enligt vad utredningen förut framhållit — torde ha behov av i stort sett årlig tandundersökning och behandling.

Utredningens slutsatser och principförslag

Allmänna synpunkter

Behovet av tandläkarvård är i dagens läge bättre tillgodosett bland skolbarn och ungdom än hos den vuxna befolkningen i landet. Anledningen härtill är att söka i den sedan många år tillbaka inom folktandvården bedrivna organiserade barntandvården, i vilken barnen i skolåldrarna tillförsäkrats en avgiftsfri vård. På grund av att barnen genom skolorna kallas till regelbunden behandling är anslutningen hög. Otvivelaktigt har genom denna vårdform hos de unga lagts grunden till en god munhygien, regelbundna tandvårdsvanor och insikt om tandvårdens betydelse ur allmän hälsosynpunkt, allt förhållanden som på sikt bör resultera i förbättrad tandstatus för hela befolkningen. Det kan i detta sammanhang vara av intresse att göra en jämförelse mellan resultaten av 1961 års tandmönstring och 1942 års tandmönstring av inskrivningsskyldiga. Därvid framkommer, att frekvensen av tandskador vid båda mönstringarna visserligen uppgick till praktiskt taget 100 % men att vid den förstnämnda undersökningen endast 15 % av de värnpliktiga krävde mer komplicerad behandling såsom rotbehandlingar och rotfyllningar mot icke mindre än 42 % år 1942. Även om inte alltför bestämda slutsatser kan dras av dessa iakttagelser, torde den förändring i riktning mot förbättrade tandförhållanden som sålunda kunnat iakttas till stor del bero på ökat tillgodoseende av tandläkarbehovet till följd av större antal tandläkare under senare årtionden och särskilt på skoltandvårdens utbyggnad.

Den ökade insikten om tandvårdens betydelse ur hälsosynpunkt har enligt utredningens mening starkt bidragit till den stegrade efterfrågan på tandläkarvård i landet som ägt rum under de senaste decennierna. Till denna torde också ha bidragit den fortgående höjningen av levnadsstandarden och den snabba urbaniseringen. Trots detta är ännu det faktiska vårdbehovet långt ifrån tillfredsställt och stora grupper av befolkningen söker icke tandläkarvård annat än vid akuta besvär eller eljest sporadiskt. En rationellt genomförd tandvård kräver för det stora flertalet individer regelbunden, helst årligen återkommande tandläkarvård. Dylig s. k. revisionsbehandling efterfrågas i dagens läge av uppskattningsvis endast något över hälften av dem som kan anses vara i behov av sådan vård.

Inställningen till tandvården är beroende icke blott av upplysning och propaganda utan även av skilda sociala värderingsnormer. Detta har klart åskådliggjorts genom det sätt på vilket tandvårdsefterfrågan visat sig vara

korrelerad till socialgrupp. Den markanta skillnaden i efterfrågan på tandläkarvård som råder mellan skilda befolkningsgrupper är emellertid uppenbarligen i första hand avhängig av olika ekonomiska förutsättningar. Såväl vad avser avsaknad av egna tänder, konsultationsfrekvens som efterfrågan på fullständig behandling visar verkställda undersökningar avsevärda skillnader mellan socialgrupperna och icke minst mellan socialgrupp II och III. Att två av tre kvinnor i åldrarna 40—66 år tillhörande socialgrupp III helt saknar egna tänder torde främst sammanhånga med svagare ekonomiska förhållanden inom denna socialgrupp. Den omständigheten att endast 50 % av åldersgruppen 20—66 år tillhörande socialgrupp III erhållit fullständig behandling under den senaste tvåårsperioden belyser enligt utredningens mening samma förhållande. Verkställda undersökningar visar också att tandläkarvård av flertalet uppfattas som kostnadskrävande. Utredningen har vid analys av det material som legat till grund för Mödratandvårdsundersökningen kunnat konstatera att även tandläkarvård av förhållandevis okomplicerad natur för den enskilde innebär långt ifrån obetydliga utgifter, som vid rationellt genomförd tandvård för de flesta återkommer praktiskt taget årligen. Även om resultaten av den i Tandvårdsundersökningen 1963 redovisade studien av de genomsnittliga kostnaderna för tandläkarvård måste tolkas med stor försiktighet ger de dock enligt utredningens mening en vägledning vid bedömningen av dessa kostnaders storleksordning. Det torde knappast råda någon tvekan om att stora grupper inom befolkningen uppfattar kostnaderna för tandläkarvård som så höga, att de ej söker tandläkarvård i den utsträckning som krävs för en rationellt genomförd vård. Åtskilliga torde av ekonomiska skäl överhuvud taget inte söka tandläkarvård annat än vid akuta besvär. Detta förhållande torde tidigare ha varit än mer framträdande, vilket i hög grad bidragit till det nuvarande otillfredsställande tandtillståndet hos en stor del av de äldre. Det bör i detta sammanhang understrykas att det för det stora flertalet av befolkningen inte kan sägas föreligga någon valfrihet för den enskilde mellan offentligt anordnad, taxebunden tandläkarvård och vård hos privatpraktiserande tandläkare. De långa köerna av patienter inom folktandvården visar bl. a. att det föreligger en mycket stor och i betydande utsträckning ej tillfredsställd efterfrågan på den i jämförelse med arvodena inom privatpraktiken avsevärt mindre kostnadskrävande vård, som folktandvården erbjuder.

Utredningen finner det sålunda uppenbart, att lägre tandvårdskostnader för den enskilde skulle komma att stimulera till ökad efterfrågan icke minst bland de grupper av befolkningen, som nu endast sporadiskt söker vård.

Såsom utredningen redan tidigare framhållit påverkas efterfrågan på tandläkarvård också av andra faktorer än de ekonomiska. Även om vården gjordes ekonomiskt lättare tillgänglig skulle sociala attityder eller psykologiska skäl sannolikt ändå avhålla många från att söka tandläkarvård i önskvärd utsträckning. Utredningen är emellertid övertygad om att denna

grupp genom en fortgående förändring i de sociala värderingsnormerna kommer att decimeras.

En ökad efterfrågan måste dock motsvaras av tillräckliga vårdresurser. Genom den av statsmakterna beslutade ökningen av examinationskapaciteten vid de odontologiska läroanstalterna kommer visserligen antalet tandläkare i riket att öka successivt under den närmaste tioårsperioden. Om efterfrågan på tandläkarvård stimuleras kommer likväl under en övergångstid en inte ringa diskrepans att föreligga mellan efterfrågan och vårdresurser såsom framgår av de av utredningens statistikdelegation uppställda hypoteserna över olika framtida efterfrågan av tandläkarvård i förhållande till beräknad framtida tillgång på tandläkare. Visserligen torde delegationens beräkningar innefatta en del osäkerhetsmoment. I hur hög grad efterfrågan på tandläkarvård kan komma att stimuleras genom ekonomiska lättnader låter sig sålunda svårigen bedöma med någon större säkerhet. Utredningen finner det emellertid högst osannolikt att efterfrågan skulle komma att öka i den takt som motsvaras av delegationens antagande om en i det närmaste optimal efterfrågan (hypotes IV). Snarare torde efterfrågan komma att utvecklas i ett mer måttligt tempo inom gränserna för de av delegationen framlagda mellanalternativen (hypoteserna II och III). Även enligt dessa mera försiktiga beräkningar skulle emellertid ännu 1970 föreligga en brist på 350 à 400 tandläkare. En dylik bristsituation kan föranleda olägenheter i form av köproblem för de tandvårdssökande och kan dessutom leda till höjningar av tandläkararvodena och, som en följd av förbättrade konjunkturen inom privatpraktiken, ökade rekryteringssvårigheter för folktandvården.

Ehuru tandläkartillgången i landet under de närmaste åren sålunda kan mana till försiktighet då det gäller att genomföra reformer ägnade att öka efterfrågan på tandläkarvård, finner utredningen tandvårdssituationen för betydande grupper av befolkningen så eftersatt att det icke vore försvarligt att nu vara helt överksam. Trots att tandvårdsresurserna under några år framåt kommer att vara knappa, finns det enligt utredningens bedömning ett visst, successivt växande utrymme för en ur folkhälsosynpunkt angelägen ökning av efterfrågan på tandläkarvård. Särskilt är det angeläget att den enskilde inte av kostnadshänsyn avskräckes från att söka regelbunden vård av sina tänder. Utredningen anser därför att åtgärder bör vidtagas från samhällets sida i syfte att göra tandläkarvård i ekonomiskt hänseende lättare tillgänglig för den enskilde och för att åstadkomma en utjämning av kostnaderna för dylik vård.

För att så snabbt som möjligt häva diskrepansen mellan efterfrågan och vårdresurser är det angeläget att spørsmålet om tandläkarexaminationens storlek fortlöpande beaktas. Vidare är det angeläget att frågan om utbildning av s. k. tandhygienister prövas och att utbildningsbehovet vad avser tandtekniker och tandsköterskor fortsättningsvis uppmärksammas.

Till det nu anförda må framhållas, att trycket på tandvårdsresurserna kommer att minska allteftersom förebyggande åtgärder av olika slag för att förhindra uppkomsten och utbredningen av tandsjukdomar sättes in med kraft. Utredningen har, såsom av den tidigare framställningen framgått, antytt olika vägar på vilka en god profylax kan uppnås.

Innan utredningen ingår på frågan om utformningen av åtgärderna från samhällets sida i syfte att göra tandläkarvården i ekonomiskt hänseende lättare tillgänglig för den enskilde må erinras om att det samhälleliga stödet för närvarande utgår efter två olika principer, som till en del täcker varandra. Enligt den ena tillhandahålles av samhället anordnad tandläkarvård kostnadsfritt eller till fastställd taxa. Enligt den andra principen erhåller den enskilde i speciella fall ersättning för kostnader för tandläkarvård.

Den utan jämförelse viktigaste och mest omfattande formen för av samhället anordnad tandläkarvård är den organiserade barntandvården. Denna omfattar barn fr. o. m. det år de fyller 6 år eller — om så kan ske utan att tandvården för 6-åringar och äldre barn eftersättes — då de fyller 3 år och intill utgången av det kalenderår, under vilket de fyller 15 år. Ett barn tillhörande berörda åldersgrupp, som anmälts till regelbundet deltagande i barntandvården inom det distrikt, där han är bosatt eller fullgör skolgång eller är intagen å anstalt, skall utan kostnad äga åtnjuta systematisk behandling i den utsträckning organiserad barntandvård är anordnad för den årsgrupp, skolklass eller anstalt som den vårdsökande tillhör.

I detta sammanhang må erinras om att i likalydande motioner till 1963 års riksdag (I: 235, II: 207) yrkats, att den organiserade fria barntandvården utsträcker till att omfatta barn intill utgången av det kalenderår, varunder barnet fyller 16 år. Sedan utredningen anbefallts att avgiva yttrande i anledning av ett av medicinalstyrelsen i enlighet med motionärernas hemställan upprättat förslag, har utredningen i skrivelse den 12 september 1964 tillstyrkt att statsbidrag skall utgå även för vård av 16-åringar.

Till den av samhället anordnade tandläkarvården hör även folktandvården för vuxna. Den för denna vård gällande taxan är i princip avsedd att svara mot självkostnaderna för vården. Här må emellertid anmärkas att enligt vad en inom medicinalstyrelsen verkställd utredning visat, detta för närvarande ej är fallet, varför folktandvården för vuxna kan sägas vara till viss del subventionerad av folktandvårdens huvudmän. Ungdomar i åldern 16—19 år kan vid behandling inom folktandvården under vissa förutsättningar erhålla nedsättning med 25 % å avgifterna enligt folktandvårdstaxans belopp.

Andra betydelsefulla grenar av den av samhället anordnade tandläkarvården utgör militärtandvården samt den vård, som i viss utsträckning lämnas åt på anstalt intagna personer, där vården antingen är helt fri för den intagne eller debiteras honom enligt folktandvårdstaxans belopp.

Den samhälleliga hjälpform som utgörs av ersättning för den enskildes

utgifter för tandläkarvård ingår bland sjukförsäkringsförmånerna enligt AFL. Mest omfattande är den ersättning för utgifter för tandläkarvård, som lämnas blivande och nyblivna mödrar. Vidare utges ersättning för försäkrads kostnad för viss behandling, som av tandläkare meddelas vid central-tandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus.

Av det anförda framgår, att samhällets stödåtgärder är långt mera omfattande i fråga om barnens tandvård än beträffande de vuxnas. Flertalet barn, särskilt i skolåldern, är sålunda inlemmade i den organiserade fria barntandvården. Frågan om barnens tandvård är alltså i princip redan löst av samhället och den organiserade barntandvården är även till större delen praktiskt genomförd. Samhällets stöd till de vuxnas tandvård begränsar sig i huvudsak till den taxebundna vården inom folktandvården, som dock inte är utbyggd för att kunna lämna vård åt mer än en mindre del av vuxen-klientelet, samt till den ersättning från den allmänna försäkringen, som — frånsett viss specialistvård — utgår endast till barnaföderskor. Med hänsyn till nämnda skiljaktigheter i utbyggnaden av den nuvarande samhälleliga hjälpen för de vuxna och för barnen behandlar utredningen i det följande dessa båda kategorier var för sig.

Tandvårdsförsäkring

Tandvården för vuxna

När det gäller att finna vägar för att göra tandläkarvården ur ekonomisk synpunkt lättare tillgänglig för den vuxna befolkningen, ligger det enligt utredningens mening nära till hands att först överväga möjligheterna att lösa denna fråga helt inom folktandvårdens ram. En sådan lösning skulle kräva en kraftig utvidgning av den nuvarande folktandvårdsorganisationens resurser och sannolikt påkalla en ändring av det nuvarande finansierings-systemet.

Den vård, som lämnas åt vuxna inom folktandvården, utgör i dagens läge endast omkring en femtedel av den samlade vuxentandvården i landet. Antalet vuxna, som årligen erhållit fullständig tandbehandling, har under senare år uppgått till ca 225 000 och något över 300 000 har årligen erhållit partiell behandling.

Den bristande tillgången på tandläkare i folktandvården har på många håll medfört betydande svårigheter att uppehålla vuxentandvården ens i denna relativt blygsamma omfattning. Att mot denna bakgrund utan intrång i barntandvården, som är folktandvårdens primära uppgift, tänka sig att folktandvården inom rimlig tid skulle kunna utbyggas i sådan omfattning och på sådant sätt att den av utredningen uppställda målsättningen skulle kunna förverkligas, finner utredningen helt orealistiskt. Även om frågans lösning sålunda får sökas på annan väg, kommer folktandvården dock allt-

jämt att ha sin stora betydelse inom vuxentandvården, framför allt genom att den kan tillhandahålla vård till lägre kostnad för den enskilde än inom privattandvården och kan bereda vård även på orter, där vårdmöjligheter eljest ej skulle föreligga. Utredningen avser att i ett senare avsnitt närmare utveckla sina synpunkter beträffande folktandvårdens framtida ställning.

Då det sålunda ej är möjligt att inom folktandvårdens ram lösa de vuxnas tandvårdsfråga, finner utredningen någon annan lösning av denna fråga ej stå till buds än att innefatta ersättning för utgifter för tandläkarvård bland förmånerna i den allmänna försäkringen.

En allmän tandvårdsförsäkring kommer att innebära en väsentlig lättnad för alla dem som redan nu har utgifter för sådan vård. Enligt de verkställda undersökningarna, för vilka utredningen förut redogjort, kan antalet vuxna som årligen söker tandläkarvård beräknas till mellan 2,5 och 2,6 miljoner. Ersättningen kommer att kunna lämnas på ett sätt och hos en organisation — de allmänna försäkringskassorna — som allmänheten är förtrogen med.

De som främst av ekonomiska skäl nu ej efterfrågar tandläkarvård i önskvärd omfattning kommer helt visst att av de genom sjukförsäkringen lämnade förmånerna stimuleras att söka vård i ökad utsträckning. Sannolikt kommer åtskilliga på grund av det ökade ekonomiska stödet att efter hand övergå till att söka vård regelbundet.

Mot försäkringstanken kan anföras att den utgift, som tandläkarvård medför för den enskilde, till sin natur inte är av den art, att den bör täckas genom en försäkring. Såsom utredningen tidigare framhållit har de allra flesta människor anledning att så gott som årligen söka tandläkarvård. Behovet av tandläkarvård kan alltså i viss mån likställas med ett ständigt återkommande konsumtionsbehov. Man bör dock beakta, att tandvårdsbehovet skiftar mellan olika individer och att den enskilde ofta nog blir ställd inför betydande oförutsedda ekonomiska påfrestningar i samband med tandläkarvård. Om ersättning för tandvårdsutgifter införes som en allmän sjukförsäkringsförmån utjämnas och fördelas kostnaderna mellan de försäkrade och — tidsmässigt sett — för den enskilde försäkrade.

Mot att göra tandläkarvårdsersättningen till en försäkringsförmån kan även andra invändningar göras. Tandläkarvården i landet ombesörjes vad gäller den vuxna befolkningen sålunda till ungefär fyra femtedelar av privatpraktiserande yrkesutövare med fri arvodesättning. Härutinnan skiljer den sig från den öppna läkarvården. I denna omhänderhas i runt tal två tredjedelar av vårdfallen av taxebundna läkare i allmän tjänst, medan blott en tredjedel av vården ombesörjes av privatpraktiserande läkare. Erfarenheten av läkarvårdsförmånen inom sjukförsäkringen visar, att det förhållandet att den övervägande delen av läkarvården utgöres av taxebunden vård samt det faktum att den vårdbehövande har möjlighet att erhålla dylik vård har inneburit ett återhållande moment då det gällt de privatpraktiserande

läkarnas arvoden. Beträffande tandläkarvården ligger saken annorlunda till. På grund av den relativt ringa omfattningen av vuxentandvården inom folk-tandvården finns för de flesta människor inte någon valfrihet mellan taxebunden och annan vård, ett förhållande som synes bli bestående under lång tid framåt. Den taxebundna vården utgör därför när det gäller arvodesnivån för privatpraktiserande tandläkare inte samma återhållande faktor. Utredningen har konstaterat att de arvoden, som av privatpraktiserande tandläkare debiterats vid behandling av blivande och nyblivna mödrar, i många fall varit väsentligt högre än återbäringstaxans motsvarande belopp. Återbäringen har i sådana fall inte blivit av den betydelse som avsetts. Det är givetvis svårt att förutse hur genomförandet av en allmän tandvårdsförsäkring kommer att påverka arvodesnivån inom privatpraktiken. Uppenbarligen föreligger dock den risken, att en sådan försäkring leder till en icke motive-rad arvodeshöjning. Om så sker har försäkringen inte åstadkommit den avlastning av de försäkrades kostnader som avsetts. En arvodeshöjning kan dessutom få den menliga konsekvensen, att tandläkarna av skattemässiga skäl begränsar sin patientkrets och sålunda inskränker sin effektiva arbetstid. Detta skulle innebära, att tandläkarvårdens sammanlagda resurser minskade till förfång för den vårdsökande allmänheten. Ett annat problem som utredningen i samband med frågan om arvodesättningen uppmärksammat är den risk för överbehandling, som kan tänkas föreligga, därest utgifter för tandläkarvård till en avsevärd del täcks genom sjukförsäkringen. En del behandlingar, som ej kan anses tillräckligt medicinskt-odontologiskt indicerade, kan sålunda komma att utföras om kostnadsfrågan för patienten spelar mindre roll.

Som förut framhållits har folktandvårdsorganisationen haft att kämpa mot betydande svårigheter att rekrytera tandläkare. Man har anledning antaga att den ökade efterfrågan på tandvård, som kan föranledas av en allmän tandvårdsförsäkring, kommer att göra privat tandläkarpraktik än mer attraktiv än för närvarande. Detta kan befaras ytterligare öka folktandvårdens rekryteringssvårigheter.

Även om en allmän tandvårdsförsäkring kan medföra konsekvenser av angivet slag, anser utredningen dock de fördelar, som står att vinna genom att införa tandläkarvårdersättning såsom en sjukförsäkringsförmån så betydande, att en sådan reform bör genomföras. Vissa av de befarade olägenheterna torde kunna undvikas eller mildras genom en lämplig detaljutformning av förmånen.

På anförda skäl föreslår utredningen sålunda, att inom den allmänna försäkringens ram införes vidgad rätt till ersättning för utgifter för tandläkarvård.

Barntandvården

Såsom förut anförts är en god tandvård i barnåren ägnad att grundlägga goda tandvårdsvanor och utgör en väsentlig förutsättning för en rationell tandvård och en god tandstatus senare i livet. Barntandvården framstår därför såsom alldeles särskilt angelägen. Då en i unga år uppbyggd och därefter vidmakthållen tandvård måste medföra kostnadsbesparingar för såväl den enskilde som samhället — i vart fall om kostnaderna väges mot resultatet ur hälsosynpunkt — talar också ekonomiska skäl för en väl genomförd barntandvård.

Den organiserade barntandvården i Sverige har, som tidigare visats, nått goda resultat. Vid en internationell jämförelse framstår den som synnerligen framgångsrik. De goda resultaten beror dels på att vården varit kostnadsfri samt fast organiserad, dels på att vårdmöjligheter skapats på orter, där sådana eljest inte stått till buds. En svaghet är att inte alla barn kunnat beredas vård, främst på grund av bristen på tandläkare.

Det är uppenbart, att barntandvården inte på långt när skulle ha den anslutning den nu har, om den inte vore kostnadsfri. Den enskildes känslighet för kostnadsfaktorn är dokumenterad i förut redovisade undersökningar och måste göra sig särskilt gällande där försörjningsbördan är störst, nämligen hos barnfamiljerna.

Lika klart är att en aldrig så god kostnadsfri tandvård inte uppnår en önskvärd anslutning bland barnen om vården inte är fast organiserad. Erfarenheten har visat att många, som kan erhålla vård och inte hindras av kostnadsfaktorn, ändå inte söker vård. Orsakerna är bristande insikt om tandhälsans betydelse, oföretagsamhet, rädsla och annat. Dessa negativa faktorer i samband med vårdsökandet torde göra sig särskilt gällande i fråga om den förebyggande vården. De som motvilligt eller inte alls söker vård vid uppenbara tandskador torde stå främmande för att av egen drift söka tandläkare för förebyggande åtgärder.

Utredningen finner sålunda, att en barntandvård byggd på de nu gällande principerna för den organiserade barntandvården — ett system med barnen inlemmade i en fast organisation, där god vård lämnas utan kostnad för den enskilde — framstår som den utan tvekan bästa lösningen av barntandvården i vårt land även i framtiden.

Trots att den fria barntandvården i princip avser att bereda vård åt alla barn i åldern 3—15 år, har på grund av de bristande vårdresurserna en väsentlig del av dessa barn inte kunnat omhändertas av folktandvården. Till dessa kommer den sista årsgruppen i den nya grundskolan, 16-åringarna, som nu inte omfattas av den organiserade kostnadsfria vården men som enligt vad förut sagts föreslagits skola omslutas av densamma. Hela antalet barn och ungdomar i åldern 3—16 år kommer 1965 enligt statistiska centralbyråns beräkningar att utgöra 1 514 000. Ungefär samma siffra gäller för

åren omkring 1965. Av barnen i åldern 3—15 år erhöll 1962 något över 800 000 organiserad barntandvård i folktandvården och med densamma samarbetande kommunal skoltandvård. Siffran för antalet behandlade under ett visst kalenderår återspeglar emellertid ej hela antalet av dem, vilkas tandvård handhaves och regelbundet genomföres av folktandvården. Ett tillägg om ca 10 % av antal barn i skolåldrarna bör göras för att man skall få fram det rätta antalet, dvs. ett tillägg av 75 000 à 80 000 bör göras. Av 16-åringar behandlades 1962 något över 20 000 i folktandvården. Härtill kommer att barn, som vårdas å anstalter av skilda slag, nästan genomgående erhåller tandvård genom respektive anstalts försorg. Inalles något över 900 000 barn i åldern 3—16 år omfattas sålunda för närvarande av den organiserade barntandvården inom folktandvården och med denna samordnad kommunal skoltandvård eller anstaltstandvård. Det återstår alltså ca 600 000 i samma åldrar som ej erhåller tandvård genom samhällets försorg. Härav är ca 300 000 barn i åldern 3—5 år, ca 60 000 6-åringar, ca 160 000 i åldern 7—15 år och ca 80 000 16-åringar. Alla dessa barn är emellertid ej i behov av årligen återkommande vård. Utredningens statistikdelegation har i sina beräkningar av det för barntandvård årligen erforderliga arbetskraftsbehovet i vad avser tandläkare utgått från att i nuläget till behandling skulle årligen komma 15 % av barnen i åldern 3—5 år, 80 % av 6-åringarna och 90 % av barnen i skolåldrarna (7—16 år). Med utgångspunkt i delegationens beräkningar finner utredningen sålunda, att det återstår att årligen bereda tandvård för ca 310 000 barn, varav ca 215 000 i skolåldrarna.

Utredningen finner det synnerligen otillfredsställande att ett stort antal barn står utanför den organiserade kostnadsfria tandvården. Med all sannolikhet får flertalet av dessa barn inte någon tandvård alls eller en högst bristfällig sådan. De barn, som inte kan beredas vård inom den organiserade barntandvården, blir också i förmånshänseende ogynnsamt ställda i jämförelse med andra, något som i längden inte bör accepteras.

I fråga om de barn, som inte kan bli omfattade av folktandvården, innebär en tandvårdsförsäkring inte en helt tillfredsställande lösning. Försäkringen kan inte bereda dem den organiserade tandvårdens fördelar. Det synes inte heller möjligt att inom försäkringens ram ge dessa barn helt kostnadsfri vård. Skulle försäkringen helt svara för barnens vårdkostnader uppkommer nämligen den risken — som ehuru i mindre grad kan föreligga även vid partiell ersättning från försäkringen — att barn, som kan omhändertas av folktandvården, föredrar att söka vård på annat håll och uttaga ersättning för kostnaderna från försäkringen. Detta kunde i sin tur leda till svårigheter att upprätthålla en organiserad barntandvård. Att bland bestämmelserna för en tandvårdsförsäkring införa en föreskrift, innebärande att ersättning ej utgår till barn, som kan erhålla vård hos folktandvården, torde medföra stora administrativa olägenheter. Med en sådan föreskrift skulle det ersättningsutbetalande organet i varje särskilt fall, då anspråk på vårdersättning

för barn framställes, behöva utreda om vården inom rimlig tid kunnat meddelas av folktandvården. Tveksamma fall skulle säkerligen inte bli ovanliga.

Mot bakgrunden av det anförda finner utredningen det högst angeläget, att alla barn beredes kostnadsfri tandvård inom den organiserade barntandvården. Detta är också målsättningen för denna vård. Kan den angivna målsättningen realiseras skulle en tandvårdsförsäkring för barnens del inte vara påkallad. Den frågan uppställer sig emellertid om barntandvården kan genomföra denna uppgift inom en förhållandevis nära framtid.

Huvudproblemet när det gäller att bygga ut folktandvården är som redan framhållits rekryteringen av tandläkare. Svårigheterna härutinnan beror i främsta rummet på att tandläkarkåren i vårt land är för liten i förhållande till vårdbehovet.

Av de beräkningar utredningens statistikdelegation gjort, framgår att balansen mellan tillgänglig arbetskraft och arbetskraftsbehov i fråga om tandläkare kommer att uppnås först mot slutet av 1970-talet. Som utredningen tidigare framhållit kan genomförandet av en allmän tandvårdsförsäkring befaras medföra att rekryteringssvårigheterna ytterligare ökar. Till en del kan måhända dessa svårigheter begränsas genom rekryteringsbefrämjande åtgärder. Med hänsyn till det stora antalet barn som för närvarande ej kan beredas vård inom folktandvården är det enligt utredningens mening icke realistiskt att räkna med att bristsituationen för folktandvårdens del kommer att kunna hävas ännu på åtskilliga år.

För att öka resurserna för den organiserade kostnadsfria barntandvården finns den möjligheten, att huvudmännen i större utsträckning än nu sker träffar avtal med privatpraktiserande tandläkare att ombesörja vården för barn enligt de principer, som gäller för den organiserade barntandvården.

Då det emellertid inte torde vara möjligt att ens genom en efter den angivna linjen utvidgad organiserad barntandvård bereda vårdmöjligheter åt alla barn, uppkommer spørsmålet om hur tandvårdsfrågan skall lösas för de barn, som ställs utanför. Vården av dessa barn kan endast komma till stånd hos privatpraktiserande tandläkare, som inte ingått avtal rörande vården med vederbörande huvudman, och initiativet till vårdsökandet måste — i motsats till vad som gäller den organiserade barntandvården — komma från barnens föräldrar. Om ej särskilda åtgärder vidtages finns anledning antaga, att dessa barn inte kommer att få vård i den utsträckning de behöver.

Mot denna bakgrund och i konsekvens med utredningens principiella inställning till barnens tandvårdsfråga finner utredningen det angeläget, att folktandvårdens huvudmän är verksamma för att även denna restgrupp barn beredes vård. Detta skulle kunna ske genom att huvudmännen vidtar åtgärder för att ifrågavarande barn animeras att söka vård hos privatpraktiserande tandläkare. Sådana åtgärder torde emellertid få ringa effekt så länge vården är förenad med kostnader. Endast om huvudmännen intill en rimlig nivå påtar sig ansvaret för vårdkostnaderna i de fall, då folktandvården inte

kan ombesörja vården, torde barnens tandvårdsfråga kunna anses ha fått den under rådande förhållanden mest tillfredsställande lösningen. Därmed skulle också barntandvårdens mål — kostnadsfri vård åt alla barn — i det närmaste kunna anses vara nått. Då betalningsansvaret i fråga om barnens tandvård odelat skulle åvila folktandvårdens huvudmän, skulle något behov av en tandvårdsförsäkring för barnen inte föreligga.

Inom utredningen har med hänsyn till det nu anförda diskuterats, huruvida huvudmännen borde i en eller annan form förbindas att tillförsäkra barnen organiserad kostnadsfri tandvård eller, där sådan förmån inte kan lämnas, utge ersättning för vårdkostnaden. För att barnen skulle kunna lämnas utanför tandvårdsförsäkringen torde det nämligen vara nödvändigt att klart fastslå huvudmännens skyldigheter gentemot barnen i angivna hänseenden. Utredningen finner det emellertid tveksamt, huruvida förutsättningar för närvarande föreligger att genomföra en ordning efter de angivna linjerna. Sålunda finner utredningen det ovisst — även om huvudmännen kan förväntas vara beredda till kraftfulla åtgärder för att lösa barnens tandvårdsfråga — hur långt huvudmännen kommer att ha möjlighet att påtaga sig vård- och betalningsansvar för vid sidan av deras egen organisation utförd barntandvård i ett läge då ökade påfrestningar på tandvårdsresurserna kan emotses. Utredningen vill emellertid förorda att staten, så snart förutsättningar härför kan anses föreligga, söker få till stånd en överenskommelse med huvudmännen av sådan innebörd, att huvudmannskapet för barntandvården kommer att omfatta inte blott vårdskyldighet inom ramen för folktandvårdens resurser utan även, då dessa resurser visar 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 sådana åtgärder vidtagits att alla barn kan garanteras en i princip kostnadsfri tandvård måste enligt utredningens mening en allmän tandvårdsförsäkring omfatta även barnen. Självfallet får nämligen de barn, för vilka kostnadsfri vård inte står till buds, vid införandet av en allmän tandvårdsförsäkring i förmånshänseende ej försättas i en sämre situation än landets medborgare i övrigt. Med hänsyn härtill har utredningen i sitt lagförslag upptagit även barnen som tandvårdsförsäkrade. Utredningen förutsätter emellertid att frågan om barnens tillhörighet till försäkringen omprövas så snart förutsättningar föreligger att bereda barnen kostnadsfri vård utom försäkringens ram.

I detta sammanhang vill utredningen även beröra frågan om det till folktandvårdens huvudmän utgående statliga driftbidraget. Detta utgår endast vid organiserad barntandvård inom folktandvården och kan alltså ej avse vård, som eljest bekostas av huvudmännen. Enligt utredningens mening bör

bidraget utgå till all av huvudmännen bekostad vård. Det må erinras om att därest barnens tandvårdskostnader ersättes genom en i sjukförsäkringen inlemmad tandvårdsförsäkring, staten vid nuvarande huvudgrunder för sjukvårdsersättningens finansiering har att utge statsbidrag med hälften av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sådan ersättning.

Försäkringens ikraftträdande

Med hänsyn till de synpunkter utredningen tidigare framfört finner utredningen det önskvärt att förslaget om en allmän tandvårdsförsäkring inom sjukförsäkringens ram kunde förverkligas så snart som möjligt.

Såsom utredningen påvisat motsvarar emellertid de nuvarande vårdresurserna inte på långt när det verkliga behovet av tandläkarvård, även om efterfrågan på tandläkarvård i dagens läge i stort sett kan antagas motsvara tillgången på tandläkare. Efterfrågan på tandläkarvård har under de senast förflutna decennierna oavlatligt ökat och kommer efter genomförandet av en reform, som gör tandläkarvården i ekonomiskt hänseende lättare tillgänglig för den enskilde, sannolikt att öka i än snabbare tempo än vad som hittills varit fallet.

På grund av redan beslutad examinationsökning stiger antalet tandläkare i landet från slutet av 1960-talet förhållandevis snabbt, varvid tillskottet av ett 70-tal tandläkare från den nya odontologiska fakulteten i Göteborg från och med 1970-talets första år svarar för den största ökningen. Redan 1968 inträffar emellertid en ökning av antalet utexaminerade som en följd av den ökade intagningen av tandläkarstuderande från och med höstterminen 1963. Härigenom kommer från och med 1968 examinationskapaciteten att öka med ca 20 tandläkare per år, dvs. från 220 till ca 240. I detta sammanhang bör också beaktas att ett antal svenska tandläkarstuderande från och med hösten 1962 bedriver studier vid odontologiska läroanstalter i Förbundsrepubliken Tyskland. Antagning av svenska studenter till studier i Tyskland har sedan hösten 1962 skett två gånger per år med i genomsnitt 30 studenter per gång. Enligt uttalande från statsmakternas sida avses denna antagning skola pågå till dess den odontologiska fakulteten i Göteborg träder i verksamhet. På detta sätt beräknas tandläkarkåren tillföras omkring 50 i Tyskland utbildade tandläkare ettvarvt av åren 1968, 1969 och 1970. Den totala ökningen av antalet årligen examinerade tandläkare skulle därigenom under nämnda tre år komma att uppgå till ca 70.

Den svenska tandläkarkåren kommer sålunda från och med 1968 årligen att tillföras ett i jämförelse med nuvarande examinationskapacitet inte obetydligt tillskott av tandläkare. Antalet nytexaminerade blir dock inte tillräckligt stort för att helt undanröja diskrepansen mellan efterfrågan och vårdresurser. Efterfrågan på tandläkarvård kan emellertid enligt utredningens mening väntas komma att öka mer successivt under några år efter för-

säkringens ikraftträdande. På grund härav bedömer utredningen den ej oväsentliga ökningen av den årliga examinationen av tandläkare från och med 1968 medföra att påfrestningarna på tillgängliga vårdresurser inte kommer att bli alltför stora. Detta i förening med den konstruktion utredningen givit tandläkarvårdsersättningen räknar utredningen med skall hindra uppkomsten av allvarigare olägenheter under övergångsskedet efter reformens genomförande.

Utredningen har utifrån dessa utgångspunkter stannat för att föreslå, att den allmänna tandvårdsförsäkringen skall träda i kraft den 1 januari 1968.

Tandvårdsförsäkringens utformning

I de fall, då ersättning för vårdkostnad enligt AFL tillkommer samtliga försäkrade, förutsättes för rätt till ersättning att vården föranletts av sjukdom. Sålunda förutsätter jämväl ersättning för sådan tandläkarvård som omförmäles i 2 kap. 3 § första stycket, dvs. tandläkarvård som angives i en av Kungl. Maj:t fastställd förteckning och som av tandläkare meddelas vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus, att vården meddelats på grund av sjukdom.

Någon definition av begreppet sjukdom har inte lämnats vare sig i SFL eller i AFL. I förarbetena till SFL har socialvårdskommittén på sin tid uttalat, att man för bedömande av huruvida sjukdom förelåg eller icke i första hand borde hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning vore att anse såsom sjukdom. De störningar och fysiologiska förändringar som sammanhänge med det naturliga åldrandet eller med havandeskap och barnsbörd var enligt kommitténs mening icke att betrakta som sjukdomar, enär de stod i samband med den normala livsprocessen. Den förebyggande hälsovården omfattas ej av sjukvårdser-sättningen.

Den allra största delen av de åtgärder, som ingår i modern tandläkarvård, är föranledda av tandsjukdomar av olika slag. Därjämte förekommer emellertid en del av tandläkare vidtagna behandlingsåtgärder, som knappast kan sägas bero på eller vara motiverade av sjukdom men som ändå från odontologisk synpunkt är angelägna att utföra. Utredningen finner därför, att såsom förutsättning för ersättning för utgifter för tandläkarvård ej bör krävas att behandlingen lämnats i anledning av sjukdom. Såsom grundförutsättning för rätt till ersättning bör i stället endast gälla att den försäkrade meddelats tandläkarvård, dvs. tandvård, meddelad av den som är behörig att inom riket utöva tandläkaryrket.

I detta sammanhang må nämnas att enligt gällande lagstiftning om behörighet att utöva läkar- respektive tandläkaryrket legitimation som läkare inte medför rätt att utöva tandläkaryrket, dvs. att utföra tandläkarbehandling i egentlig mening. Av förarbetena till lagen den 31 maj 1963 angående ändrad lydelse av 3 och 6 §§ lagen den 30 juni 1960 (nr 408) om behörighet att utöva läkaryrket (prop. 1963: 27) framgår, att legitimerad läkare äger

utöva tandläkaryrket endast i tillfälliga nödsituationer. Har läkare i sådant fall meddelat tandvård, bör den ersättas såsom läkarvård. Tandläkarvård, som meddelats av tandläkare, vilken jämväl är legitimerad läkare, bör däremot ersättas som tandläkarvård.

Utredningen har övervägt huruvida de huvudprinciper i övrigt, som gäller i fråga om sjukvårdsersättningen inom sjukförsäkringen, fränsett sålunda kravet på att vården skall vara lämnad i anledning av sjukdom, bör tillämpas även beträffande en allmän tandvårdsersättning inom sjukförsäkringen. Härvid åsyftas för det första ersättningsprincipen, innebärande att försäkringen inte tillhandahåller den vårdsökande vården utan ger ersättning för de utgifter den försäkrade haft för densamma ävensom det härmed sammanhängande systemet med ett fritt läkarval. Vidare avses systemet med en maximitaxa, efter vilken ersättning högst får beräknas, samt slutligen frågan om försäkringen skall ersätta hela det i taxan angivna beloppet — om detta ej överstiger det faktiskt utgivna arvodet — eller om den försäkrade själv skall svara för någon del av taxans eller arvodets belopp.

Det s. k. ersättningssystemet har beträffande läkarvården tillämpats inom den allmänna sjukförsäkringen alltifrån dess begynnelse. Systemet tillämpades även på de erkända sjukvårdskassornas tid. Enligt utredningens mening finns inte skäl att överväga något annat system då det gäller de försäkrades tandläkarvårdskostnader. Vidare finner utredningen det värdefullt att principen om ett fritt läkarval tillämpas. Den försäkrade kan därigenom vända sig till en tandläkare för vilken han har förtroende.

Utredningen föreslår att i fråga om en allmän tandvårdsersättning inom sjukförsäkringens ram införes samma system med återbäringstaxa och med en viss självrisk för den försäkrade, som nu gäller beträffande sjukvårdsersättningen. Återbäringstaxan bör enligt utredningens förmenande i likhet med nu gällande taxa för beräkning av ersättning för läkarvård och tandläkarvård enligt lagen om allmän försäkring vara utformad som en maximitaxa, upptagande de högsta belopp efter vilka ersättningen skall beräknas.

Utredningen förordar, att bestämmelserna om en allmän tandläkarvårdsersättning får sin plats i andra kapitlet i AFL. Såsom den föregående framställningen utvisar föreslår utredningen att den allmänna tandläkarvårdsersättningen inom sjukförsäkringen i princip skall omfatta alla försäkrade.

Taxenivå och ersättningsandel

Bland annat för att hålla kostnaderna för en försäkring inom rimliga gränser har utredningen funnit det nödvändigt att på motsvarande sätt som gäller beträffande läkarvårdsersättningen inom sjukförsäkringen ersättningen för tandläkarvård begränsas så att den försäkrade inte erhåller hela

den mot taxebeloppet svarande delen av arvodet i återbäring från försäkringen utan själv får svara för en del av detta belopp. För att försäkringen skall fylla sitt ändamål att vara den försäkrade till verklig hjälp för hans kostnader för tandläkarvård måste såväl återbäringstaxan som ersättningsandelens storlek avpassas så att den försäkrade får rimlig ersättning för sina kostnader. Samtidigt bör man uppmärksamma att den försäkrade själv bör bära så stor del av kostnaden att onödig eller onödigt exklusiv behandling motverkas och att inte systemet i sin helhet kommer att medföra för stora kostnader för försäkringen. Återbäringstaxans nivå i förhållande till inom privattandläkarkåren tillämpade arvoden samt ersättningsandelens storlek är sålunda avhängiga av varandra, då det gäller avvägningen mellan å ena sidan intresset att den försäkrade återfår så stor del av sina utgifter för tandläkarvården att försäkringen blir honom till verklig hjälp och å andra sidan intresset att kostnaderna för försäkringen inte blir allt för höga.

Vad först angår återbäringstaxans anpassning till arvodesnivån i privatpraktiken må erinras om att vid tillkomsten av sjukförsäkringslagen framhölls betydelsen av att de i en återbäringstaxa upptagna beloppen i görli-gaste mån anslöt sig till de arvoden, som de försäkrade hade att erlægga till läkarna. Det framhölls att sjukkassehjälpen uppenbarligen inte skulle fylla sitt syfte om de försäkrades faktiska utgifter för läkarvården skulle komma att väsentligt överstiga vad de enligt taxan kunde påräkna i ersättning från sjukkassorna. Den gällande återbäringstaxan bygger i stort sett på förut nämnda principer. I 9 § i sagda taxa finns angivet efter vilka beräknade arvoden ersättning skall utgå dels för tandläkarvård som meddelas vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus (1 mom.) och dels för tandläkarvård till blivande eller nyblivna mödrar (2 mom.).

Vid tillkomsten av den del av återbäringstaxan som avser mödratandvården beaktades de principer för taxesättningen, som angivits av socialpolitiska kommittén i dess betänkande "Stöd åt barnaföderskor" (SOU 1961: 38). Kommittén anförde bl. a. att de taxebelopp som skulle inflyta i återbäringstaxan i allmänhet borde vara högre än avgifterna i folktandvårdstaxan för att de kvinnor, som anlitat privata tandläkare, skulle få en rimlig andel av sina verkliga utgifter ersatta. Hur långt man därvid skulle gå borde bedömas mot bakgrunden av hur likartade problem redan lösts i återbäringstaxan.

Vid upprättandet av mödratandvårdstaxan fanns tillgänglig en undersökning beträffande arvodesnivån hos ett antal privatpraktiserande tandläkare i fråga om de åtgärder som skulle bli ersättningsberättigande inom mödratandvårdsförsäkringen. Materialet var hämtat från den av riksförsäkringsverket bedrivna yrkesskadeförsäkringsverksamheten under 1960 och 1961. I detta material uträknades dels de genomsnittliga arvodesbeloppen, dels medianvärdena och dels de vanligast förekommande värdena. Dessa jäm-

fördes med de i folktandvårdstaxan ingående beloppen för motsvarande åtgärder, uppräknade med ca 40 %. Sålunda erhållna belopp liksom av privatpraktiserande tandläkare debiterade belopp i den mån de var lägre ansågs som grundbelopp, vilka ej borde underskridas. Den nya taxans belopp bestämdes därefter med beaktande av dessa olika värden och de principer som angivits av socialpolitiska kommittén.

Mödratandvårdsundersökningen ger upplysning bl. a. om de av de behandlande tandläkarna debiterade arvoden, de mot arvodesbeloppen svarande ersättningsbeloppen enligt mödratandvårdstaxan samt de av de allmänna försäkringskassorna till de försäkrade utgivna återbäringsbeloppen. Undersökningen visar att stora variationer föreligger i fråga om arvodes sättningen hos de privatpraktiserande tandläkarna. Tendensen tycks vara att prissättningen på de dyrbarare och mera omfattande åtgärderna visar större olikheter än då det gäller exempelvis behandling med ett fåtal enkla fyllningar. Undersökningen ger vidare vid handen, att de arvodesbelopp som utbetalats av de försäkrade till tandläkarna i de flesta fall avsevärt överstiger taxebeloppen. Siffrorna för Stockholm visar den största differensen mellan arvodesbelopp och taxebelopp. Arvodesbeloppet överstiger där i genomsnitt taxebeloppet med inte mindre än 43 %. I övriga försäkringskasseområden som omfattats av undersökningen varierade motsvarande siffra mellan 40 och 16 %. Det bör i detta sammanhang påpekas, att tandläkaren å kvittoformuläret skall upptaga samtliga de åtgärder han vidtagit oavsett om de är återbäringsberättigande eller ej. På grund härav kan i en del fall arvodesbeloppen ha avsett åtgärder, för vilka den försäkrade ej fått återbärning eller blott fått sådan till ringa del. Detta förhållande torde emellertid såvitt utredningen kunnat finna knappast till någon mer betydande del ha påverkat relationerna mellan arvodes- och taxenivån.

Det framgår sålunda klart att de debiterade arvoden inom mödratandvården inte oväsentligt överstigit taxans belopp. Förklaringen härtill kan vara att taxebeloppen från början inte helt anpassats till de bland de privatpraktiserande tandläkarna tillämpade arvoden. Måhända har också de privatpraktiserande tandläkarna under den tid som förflutit sedan taxan konstruerades höjt sina arvoden.

Utredningen är medveten om de svårigheter som möter då det gäller att göra en taxa av förevarande natur någorlunda realistisk i förhållande till de arvoden privatpraktiserande tandläkare tillgodoräknar sig utan att taxebeloppen därför sättes så högt att de inverkar på arvodesättningen i fördyrande riktning. Beloppen i mödratandvårdstaxan synes mot denna bakgrund ha hållits i underkant i förhållande till de arvoden man hade att räkna med som genomsnittliga hos tandläkarna. Med hänsyn till att mödratandvårdstaxans belopp fastställdes så sent som i september 1962, förordar utredningen att mödratandvårdstaxan i huvudsak tages som riktpunkt vid utformningen av en ny tandläkarvårdstaxa. Utredningen finner sig emellertid

inte böra framlägga detaljförslag beträffande de olika i tandläkarvårdstaxan ingående beloppen. Utredningen, som tar för givet att man vid fastställande av dessa belopp utnyttjar de erfarenheter som mödratandvårdsförsäkringen kan ge efter att ha varit i kraft ytterligare en tid, förutsätter att förslag till taxebelopp för de olika i taxan förtecknade åtgärderna skall upprättas av riksförsäkringsverket och medicinalstyrelsen. Taxan bör där- efter fastställas av Kungl. Maj:t.

Beträffande ersättning såväl för utgifter för läkarvård som för den tandläkarvård, som för närvarande är återbäringsberättigande inom sjukförsäkringen, gäller att ersättning utgår med tre fjärdedelar av utgifterna eller, då dessa överstigit det belopp vartill de enligt återbäringsstaxan skall beräknas uppgå, med tre fjärdedelar av sistnämnda belopp. Den stigande efterfrågan på tandläkarvård och därmed också det ökade trycket på vårdresurserna, som väntas bli följderna av en allmän tandläkarvårdsersättning, torde bli större ju högre ersättning som utgår från försäkringen. Utredningen har övervägt om ersättningsandelen för att minska trycket på vårdresurserna i ett inledningsskede borde vara lägre då det gäller ersättning för tandläkarvård än då det gäller ersättning för läkarvård. Om man på det i Mödratandvårdsundersökningen ingående materialet räknar ut vad de försäkrade faktiskt skulle få ut från försäkringen om ersättningsandelen fastställdes till endast hälften av taxans belopp skulle de försäkrade få gottgörelse endast med ungefär en tredjedel av sina faktiska kostnader. Effekten för de försäkrade blir enligt utredningens mening alltför ringa, om blott en så blygsam del av de faktiska kostnaderna täcks av försäkringen.

Enligt vad som tidigare påvisats har Mödratandvårdsundersökningen givit vid handen, att storleken av den faktiska ersättningen varierat starkt mellan skilda försäkringskasseområden, från lägst 52 % i Stockholm och till högst 63 % i Kalmar län. Av materialet framgår vidare att de kvinnor, som behandlats i folktandvården, i stort sett fått sina faktiska kostnader ersatta med tre fjärdedelar.

Såsom utredningen tidigare framhållit, måste ersättningsandelens storlek ses i samband med återbäringsstaxans nivå för att man skall kunna bedöma om de försäkrade får skälig täckning för sina utgifter utan att kostnaderna för försäkringen stiger till alltför höga belopp. Enligt utredningens förmenande finns ej anledning antaga, att en ersättningsandel av sådan storlek att den försäkrade själv får svara för en fjärdedel av taxans belopp i förening med den av utredningen föreslagna taxenivån skulle medföra någon påtaglig risk för missbruk av försäkringen från de försäkrades sida.

Med stöd av vad sålunda anförts föreslår utredningen, att ersättning för utgifter för tandläkarvård skall utgå med tre fjärdedelar av utgifterna eller om dessa överstigit det belopp, vartill de enligt återbäringsstaxan skall beräknas utgå, med tre fjärdedelar av sistnämnda belopp.

De ersättningsberättigande åtgärderna

Socialpolitiska kommittén framhöll i sitt förslag om blivande och nyblivna mödrars rätt till ersättning från sjukförsäkringen för tandläkarvård, att den tandbehandling som skulle medföra rätt till ersättning borde begränsas till sådana åtgärder, som oundgängligen erfordrades för vinnande av ett ur medicinsk-odontologisk synpunkt tillfredsställande resultat och att behandlingen i största möjliga utsträckning borde sikta till att konservera tänderna men att ersättning även borde utgå för avtagbara proteser. Vidare uttalade kommittén, att ersättning i princip inte borde utgå för sådan dyrare behandling som stifttänder, inlägg av guld och porslin samt bryggor av olika slag. De regler, som gällde tandläkarvård med bidrag av mödrarhjälpmedel, borde läggas till grund för ersättningsreglerna inom moderskapsförsäkringen. Departementschefen anslöt sig helt till vad kommittén föreslagit. Andra lagutskottet lämnade kommitténs uttalande i denna del utan erinran och riksdagen beslöt i enlighet härmed.

Utredningen finner, att de angivna principerna i stort sett är ägnade att tillämpas även på en allmän tandvårdersättning inom sjukförsäkringens ram. I fråga om denna ersättningsform blir det enligt utredningens mening av än större vikt att avväga omfattningen av de ersättningsberättigande åtgärderna så att å ena sidan dessa kommer att innefatta de behandlingsformer som inbegripes i en rationell tandvård men att å andra sidan åtgärderna begränsas så att alltför höga kostnader för försäkringen undvikas. Hänsynen till kostnaderna för försäkringen får inte tillmätas sådan vikt, att från gottgörelse från försäkringen uteslutes sådana åtgärder, som erfordras för att vinna ett ur medicinsk-odontologisk synpunkt tillfredsställande resultat. De åtgärder, som med denna utgångspunkt främst synes böra komma ifråga, är de som siktar till ett konserverande av tänderna ävensom den tandkirurgiska vården.

Starka skäl talar för att möjligheter öppnas för att förutom för konserverande vård och tandkirurgisk behandling gottgörelse från försäkringen även lämnas för kostnader för protetisk behandling. Insättandet av protes är i de flesta fall klart indicerad för att återställa tuggförmågan hos den, som förlorat alla eller de flesta av sina tänder. Den protetiska behandlingen kommer i vissa fall till utförande även av andra skäl. Vid den totala eller så gott som totala förlusten av tänder i endera eller bägge käkarna kan endast behandling med avtagbar protes komma till utförande. I övriga fall kan behandlingen ske genom insättande av antingen avtagbar eller fast protes (brokonstruktioner, kronor av olika slag). Gottgörelsen från försäkringen bör dock inte konstrueras så att den stimulerar till vidtagande av dyrbara och arbetskrävande åtgärder. I de fall ett ur medicinsk-odontologisk synpunkt tillfredsställande behandlingsresultat kan ernås genom vidtagande av en enklare och mindre kostsam åtgärd bör gottgörelse

lämnas med ett i förhållande till kostnaden för den enklare åtgärden skäligt belopp. Kommer i stället en annan och mer komplicerad åtgärd till utförande bör gottgörelse visserligen även lämnas för kostnaden härför men dock endast intill ett belopp, som kan anses motsvara kostnaden för den enklare åtgärden. Det sagda har framför allt tillämpning i de fall, då valet står mellan behandling med avtagbar eller med fast protes. I de fall behandling endast kan komma till utförande med fast protes, exempelvis då det gäller att ersätta enstaka tänder i framtandsregionen, bör även gottgörelse lämnas för kostnaderna härför. Gottgörelsens storlek måste dock anpassas så att den ej stimulerar till främst av kosmetiska skäl utförda åtgärder.

Målsättningen för den av utredningen föreslagna reformen är att genom en för de försäkrade i ekonomiskt hänseende lättare tillgänglig tandläkarvård stimulera dem, som nu ej alls eller blott i ringa omfattning efterfrågar tandläkarvård att i ökad utsträckning söka sådan vård, så att den regelbundet återkommande revisionsbehandlingen, som av utredningen bedöms vara den mest angelägna, i så stor utsträckning som möjligt kommer till utförande. Den förbättring av det svenska folkets tandstatus som kan förväntas härigenom finner utredningen vara en stor vinning ur folkhälsosynpunkt.

Utredningen föreslår sålunda, att gottgörelse från försäkringen lämnas för i en återbäringsstaxa förtecknade åtgärder avseende — förutom undersökningsåtgärder — konserverande, tandkirurgisk och protetisk behandling. Härvid förordar utredningen att bland de återbäringsberättigande åtgärderna även upptages behandling med fasta proteser. Gottgörelse för dessa bör dock enligt utredningens mening beräknas efter ett i jämförelse med övriga ersättningsberättigande åtgärder avsevärt lägre taxebelopp i förhållande till den verkliga kostnaden. Därigenom undvikes en inriktning av efterfrågan på behandlingsformer, som med hänsyn till syftet med en allmän tandvårdsersättning framstår som mindre angelägna. En dylik inriktning av efterfrågan skulle enligt utredningens mening kunna leda till att de till buds stående vårdresurserna ej skulle förslå till den vård som utredningen ur folkhälsosynpunkt funnit mest angelägen, nämligen den på konserverande vård inriktade revisionsbehandlingen.

Utredningen har bland de föreslagna ersättningsberättigande åtgärderna ej upptagit tandregleringsvård. Sådan vård fordrar så speciella kunskaper och färdigheter att den helst bör omhänderhas av specialister. Med hänsyn härtill har utredningen vid övervägandet av detta spörsmål funnit, att tandregleringsvård endast borde ersättas om den meddelats av specialist. Antalet dylika specialister svarar för närvarande ej tillnärmelsevis mot föreliggande vårdbehov. Utredningen betraktar det som mindre tillfredsställande att begränsa rätten till ersättning från sjukförsäkringen till av vissa specialistutbildade tandläkare meddelad behandling, som endast kan bli

tillgänglig för en ringa del av de vårdsökande. Härtill kommer att det tekniskt sätt skulle erbjuda stora svårigheter att konstruera en funktionsduglig återbäringstaxa avseende tandregleringsvård. I kap. 8 redogör utredningen ytterligare för sina synpunkter på tandregleringsvården och dess ordnande.

Tandläkarvårdstaxan

Nuvarande återbäringstaxa är såvitt gäller läkarvården en grupptaxa. Detta innebär, att samtliga åtgärder vid ett konsultationstillfälle, inklusive läkemedelsförskrivning, räknas som en enhet i ersättningshänseende. I den del återbäringstaxan avser tandläkarvård är den däremot i huvudsak utformad som en prestationstaxa, dvs. ersättning beräknas särskilt för varje i taxan upptagen åtgärd som kommit till utförande, oavsett om behandlingen ägt rum vid ett eller flera behandlingstillfällen. Utredningen finner det naturligt att en allmän tandläkarvårdstaxa utformas som en prestationstaxa. Vägledande för utredningens ställningstagande beträffande de åtgärder som skall ingå såsom ersättningsberättigande i taxan har varit de behandlingsformer som ersättes enligt 9 § gällande återbäringstaxa.

Utredningen har, med mödratandvårdstaxan som förebild, upprättat principförslag till konstruktion av taxa för beräkning av ersättning för tandläkarvård enligt AFL (Bil. 1). Utredningen har dock som förut nämnts ej ansett sig böra framlägga förslag till taxebelopp.

De åtgärder, som enligt vad utredningen föreslår skall medföra gottgörelse enligt taxan, kan uppdelas i åtta huvudgrupper, nämligen 1) Förberedande åtgärd, 2) Tand- och käkkirurgisk behandling, 3) Tand- och käkskadebehandling, 4) Käkprotetisk behandling, 5) Pulpakirurgisk behandling (rotbehandling), 6) Konserverande behandling (tandfyllning), 7) Behandling med avtagbar protes och 8) Behandling med fast protes.

Beträffande taxans konstruktion vill utredningen först erinra om att vid fastställande i mödratandvårdstaxan av de arvoden efter vilka ersättning högst må beräknas i fråga om tandfyllning och insättande av proteser av olika slag ett fixt belopp bestämts för varje behandlingsåtgärd som upptagits under skilda rubriker. Man har därvid inte tagit hänsyn till vad för slags material som använts i det enskilda fallet. Sålunda kan exempelvis för en komplicerad permanent fyllning ersättning aldrig beräknas efter högre belopp än det, som taxan upptar, även om det varit fråga om fyllning utförd av guld eller annat dyrbart material. Ersättningsbeloppen för behandling med avtagbar protes har beräknats med utgångspunkt i de priser, som betingas för proteser utförda i plastmaterialet acrylat. Man har genom att upptaga ett fixerat pris i taxan efter vilket ersättningen beräknas vunnit att ersättning utgår för all behandling som utförts. Genom ett sådant system undviker man i de fall, då ett dyrbarare material använts, en utredning huru-

vida ett enklare material skulle ha kunnat begagnas och vad kostnaden därför skulle ha blivit hos den behandlande tandläkaren. Utredningen förordar, att samma ersättningsprincip tillämpas vid bestämmandet av åtgärder och ersättningsbelopp i den av utredningen föreslagna allmänna tandläkarvårdstaxan beträffande tandfyllning och avtagbara proteser. Taxebeloppen för de olika under sagda rubriker angivna åtgärderna bör sålunda bestämmas efter det pris dylika åtgärder betingar, om de utförs i ett mindre dyrbart material. Beträffande de fasta proteser, som enligt utredningens förslag bör bli ersättningsberättigande, synes den nyss angivna principen kunna bli tillämplig blott i fråga om krona i kind- eller oxeltand, då endast i fråga om dessa kronor amalgamkronor är ett alternativ till andra dyrbarare behandlingsåtgärder. Utredningen föreslår, att de i taxan upptagna ersättningsbeloppen även för smärre fasta proteser i den främre tandregionen bör vara väsentligt lägre än det pris som debiteras för dylika åtgärder. Utredningen finner att det ersättningsbelopp som anses skäligt såsom ersättning för krona i kind- eller oxeltand bör vara vägledande även vid bestämmandet av arvodet för krona i fram- eller hörntand. Då avtagbara proteser i de flesta andra fall synes vara ett ur medicinsk-odontologisk synpunkt möjligt alternativ till fasta proteser eller broar, omfattande flera hängande led, finner utredningen, att de lämpligen i taxan bör arvodessättas i partiet med det slags avtagbara proteser, med vilka de i fråga om omfattningen är närmast jämförbara.

I fråga om detaljutformningen av de i taxan ingående åtta huvudgrupperna hänvisas till det framlagda förslaget (Bil. 1). Till komplettering av detta tar utredningen här upp vissa särskilda frågor.

Förslaget till tandläkarvårdstaxa upptar som första punkt bland de förberedande åtgärderna undersökning av tand- och muntillstånd, en åtgärd som återfinnes under punkt 1 i mödratandvårdstaxan. De i första momentet av 9 § i återbäringstaxan under punkterna 15 och 16 förtecknade åtgärderna »Enkel rådfrågning utan efterföljande behandling» och »Rådfrågning jämte omfattande utredning» motsvarar sådan undersökning som nyss nämnts, varför det ej är erforderligt att särskilt omnämna dessa åtgärder i taxan.

I första momentet av 9 § återbäringstaxan finns under punkt 14 bland ersättningsberättigande åtgärder förtecknad bland annat blodundersökning. Då sådan undersökning ytterst sällan utföres av tandläkare, har utredningen ej ansett erforderligt att i taxan särskilt nämna denna form av undersökning.

Enligt nu gällande mödratandvårdstaxa utgår ersättning för röntgenundersökning vid ett eller flera tillfällen under en behandlingsperiod med 8 kronor då det gäller en tand eller tandgrupp, som omfattas av samma exponering, och med 3 kronor för varje ytterligare tand eller tandgrupp som nyss sagts. Sammanlagt under en behandlingsperiod må dock ersättning högst beräknas efter ett arvode av 30 kronor. Under punkt 2 i sitt förslag

har utredningen överfört i mödratandvårdstaxan förtecknade åtgärder beträffande röntgenundersökning i oförändrad omfattning dock utan taxebelopp. Utredningen finner emellertid att begreppet behandlingsperiod inte klart anger vilken tid som avses. Om inte en otvetydig definition av begreppet lämnas i taxan kan detta komma att vålla de allmänna försäkringskassorna svårigheter vid fastställande av ersättning för kostnader för röntgenundersökning i den allmänna tandvårdsförsäkringen. Det synes även kunna övervägas om inte maximeringsregeln, med hänsyn till svårigheten att finna en dylik definition, i stället kunde avse varje behandlingstillfälle, varmed i detta sammanhang torde förstås varje besök hos tandläkaren. Utredningen finner att lösningen av detta spörsmål lämpligen bör anförtros de myndigheter som skall utarbeta det slutliga taxeförslaget. Utredningen har genom det anförda endast velat fästa uppmärksamheten på problemet. Bland ersättningsberättigande åtgärder i fråga om röntgenundersökning har upptagits även sådan undersökning av ansiktsskelett, underkäke eller käkleder.

Beträffande tand- och käkkirurgisk behandling finner utredningen att all sådan behandling bör berättiga till gottgörelse från försäkringen. Dessa åtgärder, som avser behandling av sjukliga tillstånd i tänder och käkar, återfinns i princip under rubrikerna Tand- och käkkirurgi i första momentet och Tandkirurgisk behandling i andra momentet av 9 § i nu gällande återbäringstaxa. Enligt vad erfarenheten visar förekommer sådan behandling som avses i punkt 12 i första momentet av 9 § återbäringstaxan, nämligen »Behandling av käkskada av svårare beskaffenhet, som ej tidigare är nämnd», blott i undantagsfall såsom ersättningsberättigande åtgärd. Utredningen förmenar, att de behandlingsåtgärder, som ingår i nu förevarande grupp samt i gruppen tand- och käkskadebehandling, omfattar praktiskt taget alla de behandlingsåtgärder beträffande käkskador — oavsett svårhetsgrad — som kan ifrågakomma. Det har därför inte ansetts erforderligt att överflytta punkten 12 i första momentet i 9 § till den allmänna tandläkarvårdstaxan. I fråga om tanduttagning har utredningen funnit sig böra föreslå införandet av en maximeringsregel, avseende de sammanlagda arvoden, efter vilka ersättning högst får beräknas vid ett och samma besök hos tandläkare. I mödratandvårdstaxan upptagen begränsningsregel i fråga om behandling av tandkött och avlägsnande av tandsten har ej ansetts böra medtagas i en taxa som gäller allmän tandvårdsförsäkring.

Gruppen tand- och käkskadebehandling avser fixationsanordningar av skilda slag, som kommer till användning dels vid behandling på centraltandpolikliniker, tandläkarhögskolor och sjukhus av svårare käkskador, exempelvis käkfrakturer, och dels inom allmänpraktiken för fixation av genom slag lossnade tänder. Utredningen har tidigare föreslagit, att åtgärder avseende tandreglering inte skall bli ersättningsberättigande inom den

allmänna tandläkarvårdsersättningen. Till tand- och käkskadebehandling skall därför ej hänföras tandreglering.

Då all pulpakirurgisk behandling (rotbehandling) i likhet med de tandkirurgiska åtgärderna avser behandling av sjukliga tillstånd i tänderna, bör den enligt utredningens mening ersättas.

Vid bedömandet av frågan huruvida vid konserverande behandling (tandfyllning) enkel eller komplicerad fyllning skall anses föreligga bör hänsyn tagas endast till den eller de ytor fyllningen upptar. För flera fyllningar i samma fissursystem bör avode beräknas såsom för en fyllning. Beträffande krona i kind- eller oxeltand finner utredningen, att det arvode efter vilket ersättning för en sådan krona högst må beräknas bör anpassas efter priset på en amalgamkrona i angivna tänder.

Utredningens principella ståndpunktstagande till grupperna behandling med avtagbar protes och behandling med fast protes framgår av den tidigare framställningen i detta avsnitt.

Tandläkarvård enligt 9 § 1 mom. i gällande återbäringstaxa

Såsom den föregående framställningen utvisar, blir de åtgärder som nu är ersättningsberättigande enligt 9 § 1 mom. återbäringstaxan i allt väsentligt även ersättningsberättigande enligt den nya tandläkarvårdstaxan i dess av utredningen föreslagna utformning.

Utredningens förslag innebär att gottgörelse kan lämnas för i sagda moment avsedda behandlingsformer inte endast om de utförs vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus utan även om de utförs vid distriktstandpoliklinik eller av privatpraktiserande tandläkare. Något behov av särskilda bestämmelser i fråga om ersättning för utgifter för i 9 § 1 mom. avsedda tandläkarvård föreligger sålunda inte med en tandläkarvårdstaxa av det slag utredningen föreslår.

Frågan om rätt till ersättning för utgifter i anledning av resor till och från behandlingsstället i samband med nu ifrågavarande vård kommer utredningen att behandla i det följande.

Mödratandvården

Enligt utredningens förslag är den allmänna tandläkarvårdstaxan avsedd att tillämpas på samma sätt som mödratandvårdstaxan så att ersättning lämnas för varje slags behandling som kan hänföras till de i taxan förtecknade åtgärderna. Endast på en punkt kommer en försämring att inträda i förhållande till mödratandvårdstaxan i det att enligt den föreslagna tandläkarvårdstaxan ersättning för utgifter för kronor av ädelmetall eller porslin i stället för fram- eller hörntänder kommer att utgå med lägre belopp än för närvarande. Å andra sidan blir de samlade förmånerna för de

blivande och nyblivna mödrarna i åtskilliga andra hänseenden förbättrade. Någon begränsning av antalet kronor i fram- eller hörntandsområdena föreslås sålunda ej. Kvinnorna får vidare möjlighet att mot en skälig återbäring kontinuerligt vårda sina tänder under hela livet och inte bara sporadiskt under vissa perioder. Den betydande fördel som försäkringen kommer att erbjuda genom att ge möjlighet till systematisk regelbunden tandvård torde enligt utredningens mening väl uppväga den minskning i förmånen som det lägre ersättningsbeloppet för enstaka kronor i fram- eller hörntänder innebär för mödrarnas del. Den grupp kvinnor det här gäller tillhör åldersgrupper där behov att ersätta en enstaka krona i fram- eller hörntand med fast protes sällan förekommer. Enligt Mödratandvårdsundersökningen utgjorde antalet ersatta åtgärder av ifrågavarande slag blott 1 % av samtliga redovisade åtgärder. På grund av vad sålunda anförts anser utredningen, att behov av särskilda bestämmelser i fråga om tandvård för blivande och nyblivna mödrar inte föreligger.

Resekostnadsersättning

Såsom tidigare framhållits ansåg sig socialpolitiska kommittén i sitt förslag om tandvårdsersättning inom moderskapsförsäkringen inte böra föreslå att resor i samband med tandvård skulle medföra rätt till ersättning från försäkringen. Departementschefen instämde i vad kommittén härutinnan anförde och fann regler om ersättning för resor i samband med besök hos tandläkare i varje fall inte böra införas, innan viss erfarenhet vunnits av den nya tandvårdsförmånen. Andra lagutskottet anförde, i anledning av motionsyrkande om att mödratandvårdsförsäkringen skulle omfatta jämväl resekostnadsersättning, att även utskottet ansåg klokheden bjuda, att ställningstagandet i denna fråga finge anstå i avbidan på någon tids erfarenhet. Utskottet avstyrkte därför förevarande motionsyrkande. Riksdagen beslöt i enlighet härmed.

Utredningen har vid övervägande av frågan huruvida resekostnadsersättning bör utgå i samband med tandläkarvård konstaterat, att besöksfrekvensen hos tandläkare är väsentligt lägre hos befolkningen på landsbygden än i städer och tätorter. Detta förhållande torde främst sammanhånga med tandläkarkårens ojämna geografiska fördelning men kan ha sin orsak i att landsbygdsbefolkningens samlade utgifter för tandläkarvård på grund av resekostnaderna är högre än andra befolkningsgruppers. Utredningen finner mot bakgrunden av sin allmänna målsättning att göra tandläkarvården i ekonomiskt hänseende lättare tillgänglig för flertalet medborgare detta klart otillfredsställande.

Utredningen anser emellertid, att de principer som ligger till grund för rätt till ersättning för utgifter i anledning av resor till och från läkare, främst då den regel som begränsar ersättningen till att i princip gälla

resa till tjänsteläkare i distriktet, inte utan vidare kan ges motsvarande tillämpning då det gäller rätt till ersättning för utgifter i anledning av resor till och från tandläkare. I fråga om tandläkarvård föreligger vidare vissa andra speciella förhållanden, som enligt utredningens mening bör beaktas i detta sammanhang.

De betänkligheter som statsmakterna enligt vad nyss angivits uttalat mot att införa resekostnadsersättning inom mödratandvårdsförsäkringen har främst grundat sig på att tillräckliga erfarenheter av den nya förmånen inte förelegat. Liknande svårigheter som enligt vad utredningen antytt är förenade med konstruktionen av en resekostnadsersättning i samband med tandläkarvård, möter vid införandet av resekostnadsersättning i samband med en rad andra behandlingsåtgärder som utredningen har att ta ställning till. Då utredningen funnit sig böra pröva samtliga dessa ersättningsfrågor i ett sammanhang, är utredningen inte beredd att nu taga ställning till frågan om rätt till ersättning för utgifter i anledning av resor till och från tandläkare.

Den i 9 § 1 mom. gällande återbäringstaxa avsedda tandläkarvården, meddelad å centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus, berättigar till resekostnadsersättning enligt 2 kap. 5 § AFL och sjukreseförordningen den 25 maj 1962, (nr 385). För att rätt till gottgörelse för resor till och från angivna institutioner i samband med tandläkarvård skall föreligga, kräves regelmässigt att hänvisning till sådan vård lämnats av läkare eller tandläkare utanför institutionen.

I avvaktan på att utredningens översyn av reglerna för resekostnadsersättning inom sjukförsäkringen slutförts, finner utredningen sig ej böra föreslå ändring av nu gällande regler om rätt till resekostnadsersättning i samband med vård meddelad av tandläkare å centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus. Försäkrad som åtnjutit sådan tandläkarvård bör således alltjämt vara berättigad att enligt nuvarande grunder erhålla gottgörelse från försäkringen för utgifter i anledning av resor till och från tandläkaren.

Administration

Utredningen har i det föregående föreslagit, att tandläkarvårdsersättningen införes såsom en förmån inom sjukförsäkringens ram. Det skall alltså enligt förslaget ankomma på de allmänna försäkringskassorna att administrera även denna gren av sjukförsäkringen.

Förtroendetandläkare

Enligt vad utredningen inhämtat syns de allmänna försäkringskassornas erfarenheter av mödratandvården vara goda. De klagomål som framförts

från de försäkrade har i allmänhet inte gällt återbäringen som sådan utan i stället de begränsningar till särskilda ersättningsperioder, som med hänsyn till mödratandvårdens speciella natur uppställts i återbäringstaxan. I vissa fall syns för de försäkrade ha uppstått svårigheter att få behandlingen slutförd eller över huvud taget utförd inom ersättningsperioden. De behandlande tandläkarna uppges i stort sett omsorgsfullt och riktigt ha ifyllt kvittoformulären. I en del försäkringskassor har man inför de svårigheter i fråga om tolkningen av mödratandvårdstaxan, som man väntade skulle uppstå, träffat avtal med lämplig tandläkare att han skulle stå kassan till tjänst som "förtroendetandläkare" beträffande mödratandvården. Någon nämnvärd omfattning torde denna rådgivning icke ha haft hittills.

Med hänsyn till den numerärt stora utökningen av ersättningsfall som en allmän tandvårdersättning kommer att medföra i förhållande till den klart avgränsade mödratandvården är det att förutse att också antalet tveksamma fall kommer att öka, även om man söker utforma taxan på ett sådant sätt, att kontroversiella bedömningar såvitt möjligt undvikes. Det synes därför nödvändigt att till de allmänna försäkringskassorna knyta förtroendetandläkare till erforderligt antal. Utredningen föreslår, att hos allmän försäkringskassa skall vara anställda en eller flera förtroendetandläkare, som har att biträda kassan i frågor som kräver odontologisk sakkunskap. Förtroendetandläkarna skall även söka främja samarbetet mellan kassan och inom dess område verksamma tandläkare. Med tanke på de ofta grannliga uppgifter, som kan komma att åvila förtroendetandläkarna framför allt i förhållande till de privatpraktiserande tandläkarna, är det angeläget att väl kvalificerade och för uppgiften lämpliga tandläkare förvärfvas för ändamålet.

På sätt nu sker beträffande förtroendetandläkarna bör förtroendetandläkarna tillsättas av medicinalstyrelsen. För förtroendetandläkare bör jämväl i övrigt gälla samma bestämmelser som enligt 18 kap. 12 och 13 §§ AFL gäller i fråga om förtroendetandläkare.

Kontroll

Vid sina överväganden angående den närmare utformningen av en allmän tandvårdersättning inom sjukförsäkringens ram, har utredningen ställt sig frågan om denna förmån i högre grad än andra sjukförsäkringsförmåner kan kräva särskilda kontrollåtgärder.

I de utländska system för tandvårdersättning, som utredningen haft tillfälle att studera, finns viss kontroll ordnad. Liksom administrationen av ersättningen i övrigt är dock kontrollen av varierande omfattning och karaktär. Framför allt i Storbritannien, där kostnader även för erforderliga större och dyrbarare tandbehandlingar så gott som helt bestrids av allmänna medel, har man en omfattande administrations- och kontrollapparat. För

praktiskt taget alla dyrbarare behandlingar krävs förhandsgranskning och förhandsgodkännande av behandlingsförslag. Alla tveksamma fall underställs ett centralt granskningsorgan. I vissa fall inkopplas dessutom lokala tjänstetandläkare för undersökning av patienter i och för bedömning av behandlingsförslag eller utförd behandling. I Frankrike krävs förhandsgranskning och förhandsgodkännande av alla behandlingsförslag, som upptar proteser. Granskning och bedömning utförs av hos socialförsäkringsorganen anställda tandläkare. Sjukförsäkringskassorna i Förbundsrepubliken Tyskland har tandläkare anställda för rådgivning och för bedömning av tveksamma fall.

Den konstruktion tandläkarvårdstaxan givits i utredningens förslag innebär för den försäkrades del, att återbäring inte får beräknas högre än efter de i taxan upptagna beloppen. Återbäringen är avsedd att endast till mindre del täcka den försäkrades utgifter för arbeten utförda i ädelmetall, porslin eller andra dyrbara material. Då sålunda den försäkrade själv får svara för en avsevärd del av kostnaden om ett dyrbart material använts, synes därmed risken för missbruk av försäkringen ha i möjligaste mån eliminerats.

Den föreslagna tandläkarvårdstaxan kommer inte att bli bindande för den behandlande tandläkaren i dennes arvodesättning. Kassans prövning avser i princip endast om och med vilket belopp den försäkrade har rätt till ersättning enligt AFL:s bestämmelser för de utgifter den försäkrade haft för tandläkarvården. Detta utesluter givetvis inte att den försäkrade i förväg kan rådfråga kassans tjänstemän eller förtroendetandläkare, huruvida viss åtgärd blir ersättningsberättigande och hur stor återbäringen i så fall kan bli.

Som tidigare nämnts har det i de utländska system för tandvårdsersättning, som medger ersättning för större och dyrbarare tandbehandling såsom proteser, befunnits erforderligt att de utbetalande myndigheterna före ersättningens utgivande prövar såväl indikationerna för som arten och omfattningen av den behandling för vilken ersättning begärs. För sådan bedömning krävs förhandsgranskning av förslag från den behandlande tandläkaren angående behandlingen eller någon form av efterhandsgranskning av det utförda arbetet. Utredningen har tidigare framhållit, att då den försäkrade enligt utredningens förslag i fråga om dyrbara arbeten endast till en mindre del får sina utgifter täckta genom försäkringen, detta torde verka återhållande på efterfrågan av sådan tandvård och därmed minska riskerna för överbehandling. Ett system med förhandsgranskning är främmande för nu förefintliga sjukförsäkringsförmåner i vårt land. Utredningen finner på grund av nu angivna förhållanden ej heller i fråga om tandläkarvårdsersättningen påkallat att införa förhandsgranskning i någon form. Utredningen förutsätter däremot, att den kontroll som försäkringskassorna sedvanligt utövar i samband med utbetalning av sjukvårds-

ersättning skall komma att utövas i samma utsträckning beträffande tandläkarvårdersättningen.

Vidare finner utredningen det i hög grad angeläget, att tillsynsmyndigheten över de allmänna försäkringskassorna, riksförsäkringsverket, särskilt under den första tiden efter reformens genomförande med uppmärksamhet följer den nya försäkringsförmånen, bland annat genom att granska inte blott arvodesutvecklingen inom privattandläkarvården — genom stickprov eller mer omfattande undersökningar — utan även arten av de åtgärder för vilka återhäring yrkas.

KAPITEL 8

Vissa särskilda frågor

Tandläkarvårdersättning vid sjukhusvård

I gällande återbäringsstaxa av den 28 maj 1959 (nr 245) föreskrivs i 1 § tredje stycket andra punkten, att ersättning icke må utgivas för tandläkarvård, som meddelas medan den försäkrade åtnjuter i 2 kap. 4 § AFL avsedd sjukhusvård.

Denna bestämmelse har sitt ursprung i en 1952 beslutad ändring i sjuk-kasseförordningen, varigenom de erkända sjukkassorna ålades att fr. o. m. den 1 juli 1952 utge sjukvårdersättning jämväl för utgifter för tandläkarvård vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus.

I remissutlåtande den 18 juni 1952 över ett av medicinalstyrelsen i anledning av ifrågavarande ändring upprättat förslag till ändring av sjuk-kassetaxan anförde pensionsstyrelsen bland annat, att pensionsstyrelsen utgick från att den, som i anledning av sjukdom för vård var intagen på allmän sal å lasarett, vid vilket tandvårdsavdelning fanns, utan särskild kostnad erhöll i sjukdomsbehandlingen ingående vård å tandvårdsavdelningen. Det framgick dock ej fullt tydligt huruvida och i vilken mån ersättning från sjukkassa i andra fall skulle utgå för tandläkarvård, meddelad den som var intagen på sjukvårdsanstalt. Medicinalstyrelsen anförde för sin del att man måste utgå från att den som i anledning av sjukdom för vård var intagen på allmän sal å lasarett, vid vilket tandvårdsavdelning (centraltandpoliklinik) fanns, skulle erhålla i sjukdomsbehandlingen ingående vård å tandvårdsavdelningen utan kostnad. Samma princip med avseende på tandsjukdom fick tillämpas, som gällde annan sjukdom i allmänhet än den för vilken patienten hade intagits å lasarettet.

Den tandläkarvård som å allmänt sjukhus, där tandvårdsavdelning (centraltandpoliklinik) finns, meddelas å sjukhuset inneliggande patienter torde till allra största delen omfatta antingen vård för den sjukdom, som föranlett intagningen, eller akutvård i de fall vårdbehovet uppkommit under sjukhusvistelsen eller också vård, som lämnas främst långtidsvårdade patienter i de fall tandläkarvård befunnits medicinskt indicerad. Å sanatorier och mentalsjukhus finns i många fall genom huvudmannens försorg inrättade tandpolikliniker, där inneliggande patienter — förutom akutvård — meddelas sanerande och konserverande vård även i sådana fall där vården ej ansetts stå i direkt samband med den sjukdom för vilken

de vårdas å sjukhuset. Utöver den tandläkarvård som sålunda lämnas inneliggande patienter å sjukhuset torde det i viss utsträckning förekomma, att patienter, som är i stånd därtill, på eget initiativ besöker tandläkare och erhåller vård utanför sjukhuset.

Den praxis som av huvudmännen tillämpas då det gäller att påföra en inneliggande patient avgift för tandläkarbehandling som meddelats honom å sjukhuset är ej enhetlig. Det torde dock ej i något fall förekomma, att patient påföres avgift för sådan tandläkarvård i anledning varav han är intagen å sjukhuset och behandlad å dess tandvårdsavdelning. Beträffande akutvård, varav behov uppkommit under sjukhusvistelsen, samt tandvård meddelad långtidsvårdad å medicinsk indikation, förekommer det att en del huvudmän debiterar avgift medan andra inte alls eller i begränsad omfattning påför sådan. Å vissa sanatorier och mentalsjukhus under kommunalt huvudmannaskap debiteras patienterna för den tandläkarvård som meddelas dem å särskilt inrättade tandpolikliniker inom sjukhusen.

Till följd av det förslag till allmän tandläkarvårdsersättning som utredningen framlagt bör de försäkrades rätt till ersättning för utgifter för tandläkarvård, som meddelas dem under tid då de vårdas å sjukvårdsinrättning ses på delvis annat sätt än för närvarande. Om tandvårdsersättning införes som en sjukförsäkringsförmån, skulle ett bibehållande av ifrågavarande bestämmelse i 1 § återbäringstaxan medföra, att den som fick tandläkarbehandling utförd under tid han var intagen å sjukhus, över huvud inte skulle erhålla ersättning för de utgifter han hade för vården, oavsett om denna lämnats inom eller utom sjukhuset. Han skulle alltså bli sämre ställd i ersättningshänseende än om han inte vårdats å sjukhus. Det synes utredningen rimligt, att de som under pågående sjukhusvård åtnjutit tandläkarvård, för vilken de haft utgifter, i likhet med övriga försäkrade tillerkännes ersättning för utgifterna.

På grund av vad nu anförts föreslår utredningen att bestämmelsen i 1 § tredje stycket andra punkten återbäringstaxan utgår.

Utredningen vill i detta sammanhang som ett angeläget önskemål uttala, att den tandläkarvård, som å allmänt sjukhus meddelas där inneliggande patienter, lämnas avgiftsfritt.

Tandläkarvård vid tillfällig vistelse i Sverige eller utomlands

Enligt 2 kap. 8 § AFL äger försäkrad, som icke är bosatt i riket, rätt till sjukvårdsersättning endast om vårdbehovet uppkommit under vistelse härstädes. Försäkrade enligt lagen är svenska medborgare, så ock de som utan att vara svenska medborgare är mantalsskrivna i riket. Bestämmelsen innebär att den nuvarande tandläkarvårdsersättningen enligt AFL kan åtnjutas även av den som inte är bosatt i riket. Vid införande av en allmän tandläkarvårdsförsäkring får detta spörsmål en helt annan relevans.

Utredningen har övervägt om anledning föreligger att ändra bestämmelsen så att den i fortsättningen inte kommer att avse ersättning för tandläkarvård. Rätt till ersättning enligt denna bestämmelse föreligger som nämnts endast om vårdbehovet uppkommit under vistelse härstädes. När det gäller läkarvård och framför allt sjukhusvård är det oftast inte någon svårighet att avgöra när vårdbehovet uppkommit. I gällande praxis anses vårdbehov ha uppstått då vederbörande insjuknar. Ersättning kan således inte utgå om en försäkrad beger sig till Sverige i avsikt att söka vård för en sjukdom, som han tidigare lidit av. Tidpunkten när behov av tandläkarvård, framför allt behov av sanerande och konserverande vård, skall anses ha uppstått låter sig däremot endast sällan fixeras till viss bestämd dag, eftersom det här vanligen rör sig om en fortskridande process. Vidare torde behov av tandläkarbehandling — till skillnad från behov av läkarvård och sjukhusvård — som regel icke vara av så akut natur att icke behandlingen utan större våda kan uppskjutas någon tid.

På grund härav och då en annan regel skulle ställa sig svår att tillämpa ur kontrollsynpunkt föreslår utredningen, att försäkrad som icke är bosatt i riket inte skall äga rätt till ersättning för utgifter för tandläkarvård härstädes. Bestämmelse härom bör intagas i 2 kap. 8 § AFL.

I 2 kap. 9 § första stycket AFL stadgas, att ersättning för sjukvård utom riket endast utgår i den utsträckning Kungl. Maj:t föreskriver. Närmare bestämmelser återfinns i Kungl. kungörelsen den 25 maj 1962 (nr 388) angående ersättning för sjukvård utom riket enligt AFL. Enligt kungörelsen kan försäkrad, som är bosatt i riket, tillerkännas ersättning för läkarvård och sjukhusvård vid sjukdom, för vilken behov av vård uppkommit under vistelse utomlands.

Bestämmelserna om ersättning för sjukvård utom riket avser uttryckligen endast läkarvård och sjukhusvård. Tandläkarvård ingår sålunda ej i denna förmån. Utredningen finner — av motsvarande skäl som utredningen åberopat för att undantaga dem som ej är bosatta i riket från rätt till ersättning för tandläkarvård härstädes — att rätt till ersättning för tandläkarvård som meddelats utomlands åt i Sverige bosatt försäkrad ej bör utgå och föreslår därför ej någon ändring i nu ifrågavarande bestämmelser.

Utredningen har vid behandling av frågan om ersättning för tandläkarvårdskostnader, som uppstått i anledning av vård utomlands, uppmärksammat, att svenska sjömän i utrikes fart har begränsade möjligheter att få del av tandläkarvårdsförmånen inom försäkringen, om man såsom utredningen föreslagit ej ersätter tandläkarvårdskostnader som uppstått till följd av behandling utomlands. Svenska sjömän, inskrivna vid svenskt sjömanshus, anses bosatta här i landet vid tillämpningen av AFL och kommer i likhet med andra här i landet bosatta försäkrade att erhålla gottgörelse endast för de tandläkarvårdskostnader de har i Sverige. De sjömän, som går i utrikes fart, har emellertid få tillfällen att sköta sina tänder genom

tandläkarbehandling i Sverige. Över huvud föreligger för sjömän stora praktiska svårigheter att förskaffa sig tandläkarvård vare sig i Sverige eller i utlandet. I det i sjömanslagen stadgade redareansvaret för kostnader för ombordanställdas sjukvård anses i fråga om tandvård — frånsett yrkes-skador — ej ingå annan tandbehandling än extraktioner.

Utredningen, som ansett det falla utanför dess uppdrag att här anvisa några förslag till lösning av sjömannens tandvårdsproblem, har med det anförda endast velat fästa uppmärksamheten därpå.

Av tandläkare utfärdat intyg om arbetsförmåga

Jämlikt 3 kap. 7 § sista stycket AFL må allmän försäkringskassa när skäl därtill är påfordra att fullständig eller partiell nedsättning av arbetsförmåga styrkes genom intyg av läkare. Tillsynsmyndigheten över kassorna har i förevarande hänseende föreskrivit, att läkarintyg i vanliga fall bör påfordras först efter viss tids sjukskrivning och att såsom allmän norm härvid bör gälla att läkarintyg krävs först omkring åttonde sjukdagen men att läkarintyg likväl bör krävas senast efter tolfte sjukdagen. För den tid som förflyter intill den dag då läkarintyg påfordras, skall den försäkrade själv avgiva en s. k. försäkran för erhållande av sjukpenning, vari lämnas de för sjukhjälpsträttens bedömande nödvändiga upplysningarna. I de fall försäkringskassan efterter kravet på läkarintyg kan kassan påfordra att förlust eller nedsättning av arbetsförmåga styrkes på annat sätt.

Besvären efter ett omfattande operativt ingrepp av tandläkare kan vara avsevärda och medföra viss tids förlust eller nedsättning av arbetsförmågan. Besvären torde dock i övervägande antalet fall vara helt avklingade inom någon eller några dagar efter behandlingen och i varje fall innan läkarintyg skall anskaffas och tillställas kassan. Som framgår av det ovan sagda är det möjligt för försäkringskassa att efterte kravet på läkarintyg, om kassan finner att arbetsförmågan kan styrkas på annat tillförlitligt sätt. Detta innebär, att kassan kan godtaga även intyg av tandläkare såsom bevis för att förlust eller nedsättning av arbetsförmåga föreligger. De fall det här kan bli fråga om är enligt vad utredningen erfarit så fåtaliga, att kassans tjänstemän där så påkallas i varje enskilt fall kan underställa sin medicinskt sakkunne — förtroendeläkare eller förtroendetandläkare — det återopade intyget för bedömning.

Ersättning för av tandläkare utfärdat intyg utgår icke enligt gällande återbäringstaxa. För läkarintyg utgår för närvarande ersättning med tre fjärdedelar av tre kronor eller två kronor 25 öre.

Med hänsyn till det fåtal fall det här gäller och det obetydliga belopp som det skulle bli fråga om, har utredningen ej funnit skäl föreslå införandet av rätt till ersättning för av tandläkare utfärdat intyg om arbetsförmåga.

Utbetalning av ersättning för vård i folktandvården

I det av socialpolitiska kommittén framlagda betänkandet Stöd åt barnaföderskor (SOU 1961: 38) anförde kommittén följande rörande utbetalningen av ersättning från försäkringskassa för utgifter för tandläkarvård.

I de fall, då patienten inte erlägger betalning till tandläkaren vid varje besök e. d. utan först sedan all erforderlig tandbehandling avslutats, kan tandläkarräkningen komma att lyda på ett avsevärt större belopp än som är vanligt vid läkarvård. För att en kvinna, som blir berättigad till ersättning enligt den föreslagna tandvårdsförsäkringen, skall slippa lägga ut hela beloppet, bör det övervägas, att låta sjukkassan betala försäkringsandelen av kostnaden direkt till tandläkaren.

Socialpolitiska kommitténs förslag i detta hänseende ledde ej till några statsmakternas åtgärder. Sjukförsäkringsutredningen har emellertid erfart, att överenskommelse i syfte att förverkliga kommitténs förslag träffats mellan den allmänna försäkringskassan i Stockholm och Stockholms stads folktandvårdsstyrelse. Överenskommelsen innebär, att de blivande eller nyblivna mödrar, som erhåller tandläkarvård på folktandvårdens tandpolikliniker i Stockholm, till folktandvården endast erlägger en fjärdedel av de ersättningsberättigande kostnaderna härför enligt gällande folktandvårdstaxa. Återstående tre fjärdedelar av kostnaderna för vården påföres försäkringskassan genom översändande av en typ av s. k. samlingsräkning. Detta förfarande innebär givetvis en fördel för folktandvårdens mödraklientel. Enligt vad utredningen har inhämtat från Stockholms allmänna försäkringskassa har också lättnader vunnits i det med utbetalandet av ersättning för kostnader för tandläkarvård förenade administrativa arbetet.

I utredningens uppdrag ingår att överväga i vad mån administrativa förenklingar står att vinna med avseende på utgivande av ersättning för läkarvård. Med hänsyn till de uppenbara fördelar ovannämnda system enligt utredningens mening medför såväl för de försäkrade och de allmänna försäkringskassorna som för folktandvårdens huvudmän finner sig utredningen utan att avvakta prövningen i övrigt av nyssberörda del av utredningsuppdraget böra rekommendera att i samband med införandet av den av utredningen föreslagna allmänna rätten till ersättning för kostnader för tandläkarvård de allmänna försäkringskassorna med folktandvårdens huvudmän träffar överenskommelser om att tillämpa detta system inom folktandvården. Det vore givetvis värdefullt om en motsvarande förenkling kunde genomföras även i fråga om utgivande av ersättning för vård, meddelad av privatpraktiserande tandläkare. Denna fråga är emellertid betydligt mer komplicerad än då det gäller den taxebundna vården. Utredningen har därför funnit lämpligast att upptaga detta spörsmål i samband med sitt kommande ställningstagande beträffande formerna för utgivande av ersättning för läkarvård. Ett förenklat utbetalningsförfarande torde innebära i stort sett samma problem vare sig det är fråga om vård meddelad av privatpraktiserande läkare eller av sådan tandläkare.

Läkemedel

Den grundläggande bestämmelsen angående tandläkares rätt att förskriva läkemedel återfinns i 3 § allmänna tandläkarinstruktionen den 6 december 1963 (nr 666) och har följande lydelse: Varje tandläkare, vare sig han är i allmän tjänst eller enskilt utövar tandläkaryrket, åligger: . . . 3) att vid förordnande av läkemedel iakttaga vad medicinalstyrelsen föreskrivit härom.

Nu gällande, av medicinalstyrelsen utfärdade bestämmelser i ämnet återfinns i medicinalstyrelsens kungörelse den 17 februari 1954 angående tandläkares rätt att förskriva och använda receptbelagda läkemedel.

Vad som i förevarande hänseende är av intresse är tandläkares rätt att åt patient förskriva vissa närmare definierade eller angivna receptbelagda läkemedel, som är erforderliga för tandläkaryrkets utövning. Det gäller dels läkemedel till utvärtes bruk för tänderna och angränsande vävnader (huvudsakligen munhygieniska preparat), dels sådana till invärtes bruk, vilka sistnämnda är särskilt angivna i kungörelsen. Dessa utgöres huvudsakligen av smärtstillande och lugnande preparat ävensom antibiotiska medel. Beträffande en del av de nämnda läkemedlen har begränsning skett ifråga om den mängd, som må förskrivas på en gång.

Tandläkares rätt att förskriva läkemedel är generellt begränsad till sådana läkemedel, som är erforderliga för utövande av tandläkaryrket. Läkemedelsterapi i samband med tandläkarvård torde endast tillgripas vid vissa slag av tandbehandling och då i allmänhet endast i förhållandevis begränsad omfattning. Den enskildes kostnader för läkemedel i samband med tandläkarvård torde därför i allmänhet vara blygsamma. Emellertid kan särskilt vid behandling med antibiotiska preparat kostnaderna för läkemedel komma att för den enskilde uppgå till icke obetydliga belopp.

Enligt nu gällande bestämmelser rabatteras ej av tandläkare förskrivna läkemedel. Enligt utredningens mening bör av tandläkare förskrivna läkemedel i rabatteringshänseende behandlas som av läkare förskrivna läkemedel, då läkemedelsterapi i syfte att lindra eller häva ett sjukdomstillstånd måste anses ingå som ett naturligt led även i tandläkarvården. I utredningens uppdrag ingår att verkställa en översyn av läkemedelsrabatteringen. Då kostnaderna för läkemedelsreformen inte kan antas annat än i mycket ringa mån påverkas av en utvidgning av rabatteringen till att omfatta även av tandläkare förskrivna läkemedel, föreslår utredningen — utan att avvakta sitt slutliga ställningstagande till utformningen av läkemedelsrabatteringen — att av tandläkare förskrivna läkemedel skall omfattas av densamma. Utredningen föreslår därför att förordningen den 4 juni 1954 (nr 519) angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel göres tillämplig på läkemedel, varå recept utfärdats av tandläkare, från och med den tidpunkt då tandvårdsförsäkringen enligt utredningens förslag skall träda i kraft.

Yrkesskadeförsäkringen

Enligt 11 § första stycket YFL äger yrkesskadad under den s. k. samordningstiden rätt att från allmän försäkringskassa erhålla ersättning enligt samma grunder som vid annan sjukdom. Medför yrkesskadan under samordningstiden behov av tandläkarvård, skall jämlikt bestämmelse i fjärde stycket samma paragraf erforderliga kostnader härför, utgifter för nödiga resor inräknade, ersättas enligt YFL, i den mån ersättning icke utgår enligt AFL. Jämlikt 12 § första stycket YFL skall, om yrkesskadan efter samordningstidens utgång föranleder behov av tandläkarvård, erforderliga kostnader härför ävensom nödiga utgifter för resor ersättas av yrkesskadeförsäkringen.

De enligt YFL utgående förmånerna då det gäller ersättning för tandläkarvård är mer omfattande än de förmåner utredningens förslag till tandläkarvårdsersättning enligt AFL innebär. Sålunda utgår enligt YFL ersättning för hela kostnaden för all i anledning av yrkesskadan erforderlig tandläkarvård. Samtliga utgifter för i samband med vården nödiga resor ersättes helt. Härjämte kan sjukpenning i anledning av uppkommen tidspillan och skäligen ersättning för ökade utgifter för kost utgå.

Enligt utredningens förslag till tandläkarvårdsersättning inom sjukförsäkringens ram omfattas praktiskt taget samtliga arbetstagare av denna form av försäkringen. Med hänsyn härtill har utredningen ställt sig frågan om ersättning för yrkesskadades kostnader för tandläkarvård under samordningstiden på sätt gäller beträffande läkarvårdskostnader bör utgå allenast från sjukförsäkringen. Om så skedde skulle dock de yrkesskadade bli sämre ställda i förmånshänseende än för närvarande. Vid traumatiska tandskador exempelvis sker i många fall restitution med fasta proteser av olika slag. Från yrkesskadeförsäkringen utgår även under samordningstiden full ersättning för den yrkesskadades kostnader för sådan behandling. I den allmänna tandläkarvårdsersättning, som utredningen föreslår, har utredningen uttalat sig för att kostnader för fasta proteser borde ersättas efter belopp, som är väsentligt lägre än det arvode varmed sådana proteser vanligen debiteras. Utredningen finner med hänsyn till vad nu sagts icke skäl föreslå ändring i gällande bestämmelser rörande yrkesskadades rätt till ersättning för tandläkarvårdskostnader.

Det må i detta sammanhang erinras om att frågan om yrkesskadeförsäkringens framtida ställning inom socialförsäkringssystemet är föremål för prövning av yrkesskadeutredningen. Denna har ännu ej slutfört sitt uppdrag.

Tandregleringsvården

Såsom den tidigare framställningen visar föreslår utredningen, att tandregleringsvård inte blir ersättningsberättigande enligt AFL. Denna vård-

form betraktas av många som en del av barntandvården eller i vart fall denna närstående. Endast i ringa utsträckning förekommer tandregleringsvård för personer över 15 års ålder. En mycket viktig del av vårdformen utgör behandlingen av barn med medfödda läpp- och gomdefekter. Tandregleringsvården — utom såvitt avser sistnämnda klientel, där speciella problem föreligger — förekommer alldeles övervägande i skolåldrarna och omhänderhas huvudsakligen inom folktandvården av tandregleringsspecialister, s. k. ortodontister. Tandregleringsvård utföres i viss utsträckning av distriktstandläkare inom folktandvården, vanligen efter anvisning av tandregleringsspecialist. I sistnämnda fall sker vården jämsides med den allmänna barntandvården. Om barn, som deltar i organiserad barntandvård, jämväl erhåller särskild tandregleringsvård, äger huvudmannen enligt gällande folktandvårdstaxa uttaga avgift för sådan vård med högst 25 kronor för varje kalenderhalvår, under vilket behandling meddelas. Flera av huvudmännen har beslutat att ej uttaga denna avgift. Förutom inom folktandvården lämnas tandregleringsvård vid tandläkarhögskolorna och av ett litet antal privatpraktiserande tandläkare inom denna specialitet.

Enligt uppgift från medicinalstyrelsen uppgår antalet enbart i tandregleringsvård inom folktandvården tjänstgörande tandläkare för närvarande till omkring 75, vilket motsvarar ungefär en tredjedel av behovet. Antalet privatpraktiserande tandläkare inom denna specialitet torde vara ca 30. I viss utsträckning anlitas dessa av folktandvården såsom en förstärkning till dennas egen arbetskraft.

Utredningen är, med hänsyn till tandregleringsvårdens nära samband med barntandvården, av den uppfattningen, att tandregleringsvården bör organiseras och bekostas av folktandvårdens huvudmän. Till denna utredningens inställning har även bidragit, att ifrågavarande vård erfarenhetsmässigt blir dyrbar för den enskilde, när den utföres av privatpraktiserande tandläkare.

Så länge brist på tandläkare inom denna specialitet råder kan tandregleringsvård uppenbarligen ej garanteras längre än huvudmännens egna vårdresurser förslår. Genom att anlita privatpraktiserande specialister på sätt redan nu förekommer torde folktandvården i viss utsträckning kunna motverka bristen på egna specialister. Utredningen finner det angeläget att detta sker i möjligaste mån. Det bör i detta sammanhang påpekas, att enligt upplysning från medicinalstyrelsen frågan om ökad utbildning av specialister inom tandvården, bl. a. i tandreglering, är föremål för utredning med anledning av de nya bestämmelser om specialistbehörighet för tandläkare, som trätt i kraft den 1 januari 1964.

Den tillgängliga kvalificerade arbetskraften bör i nuvarande situation förbehållas de mest vårdbehövande, främst barnen med medfödda läpp- och gomdefekter. I den mån resurserna ökar kan vården utsträckas till allt fler barn efter angelägenhetsgrad. Dessa avgöranden är synnerligen grann-

laga liksom över huvud taget ställningstagandet till frågan huruvida och i vilken utsträckning tandregleringsvård bör meddelas. Till utredningen har för beaktande överlämnats framställningar om rätt till gottgörelse från sjukförsäkringen för vård av barn med medfödda läpp- och gomdefekter.

Antalet barn med medfödda läpp- och/eller gomspalter (-defekter) utgör 1,5 promille eller något däröver av de nyfödda, eller något mer än 150 barn per år i riket. Ungefär hälften av dessa har genomgående läpp-gomspalt och de återstående har antingen enbart läppspalt (kluven läpp) eller enbart gomspalt (kluven gom). Barnen med genomgående läppgomspalt uppvisar som regel en felställning av överkäksfragmenten och en mycket tidig uppgift för tandregleringsspecialisten är att innan operation sker med lämplig behandling föra fragmenten i rätt läge. Dylik behandling brukar ske när barnet är intaget på sjukhus. Någon debitering för den speciella tandläkarvården kommer då ej ifråga. Denna del av tandläkarvården eller annan dylik vård som sker i samband med barnets vistelse på sjukhus, utgör sålunda i ersättningshänseende intet problem. Den kirurgiska behandlingen av dessa barn torde framdeles till övervägande del komma att ske vid regionsjukhusen. Vid dessa sjukhus finns redan eller kommer att finnas de tandregleringsspecialister, som erfordras. En hel del av den tandregleringsvård, som meddelas de gomdefekta barnen — både aktiva behandlingsåtgärder och enbart tillsyn och kontroll — utföres under tid, då barnen ej är intagna på sjukhus. Denna vård, vare sig den sker i förskoleåldern eller skolåldern, bör utföras av tandregleringsspecialist i det sjukvårdsområde, inom vilket barnet är bosatt, antingen av en hos huvudmannen anställd specialist eller av privatpraktiserande specialist, som anlitas av huvudmannen.

Den tandregleringsvård, varom här är fråga, omhänderhas redan nu i stor utsträckning av folktandvårdens huvudmän; när det gäller barn i skolåldrarna praktiskt taget helt och hållet. Utredningen förutsätter att så kommer att bli förhållandet även i framtiden. Med hänsyn härtill och då vården av detta klientel måste anses vara den betydelsefullaste uppgiften inom tandregleringsvården, är det enligt utredningens mening angeläget att huvudmännen ombesörjer sådan vård och att vården lämnas avgiftsfritt för den enskilde.

KAPITEL 9

Kostnadsberäkningar och finansiering

Kostnadsberäkningar

Att beräkna kostnaderna för den reform utredningen föreslår är vanskligt främst beroende på svårigheten att förutse i vilken utsträckning efterfrågan på tandläkarvård kommer att öka till följd av reformen. Utredningen har emellertid funnit sig böra räkna med att all för patientvård tillgänglig tandläkararbetstid kommer att tas i anspråk. Kostnadsberäkningarna har sedan, såsom av det följande närmare framgår, gjorts med utgångspunkt i det antal tandläkartimmar, som kan antagas årligen komma att ägnas ersättningsberättigande tandläkarbehandlingar samt det genomsnittliga återbäringsbelopp som kan beräknas falla på varje sådan behandlingstimme. Någon metod som skulle ge ett säkrare resultat har utredningen inte funnit. Vid beräkningarna har skilts mellan folktandvården och privattandvården med hänsyn bl. a. till att avgifterna i folktandvården kan antas komma att bli lägre än de belopp, som upptas i återbäringsstaxan. Den i folktandvården lämnade ersättningsberättigande vården torde därför komma att belasta försäkringen med proportionsvis lägre kostnader än den vård som lämnas av privatpraktiserande tandläkare. Till folktandvård har i detta sammanhang räknats tandläkarhögskolornas lärarkliniker, vid vilka folktandvårdstaxan brukar tillämpas.

Tillgänglig tid för återbäringsberättigande tandvård

I avsnitt II av bil. 2 har redovisats en av statistikdelegationen gjord prognos över det antal tandläkartimmar, som vid olika tidpunkter fram t. o. m. 1980 kan komma att stå till förfogande för allmän tandvård åt personer över 16 år, dock ej de värnpliktiga som fullgör militärtjänst och vilkas tandvårdsfråga är ordnad på annat sätt. Vid sina beräkningar av antalet tillgängliga tandläkararbetstimmar i framtiden har statistikdelegationen frånräknat erforderlig tid för barntandvård, oavsett var sådan vård meddelas.

Utgångsläget för beräkningarna har varit året 1962, då ca 18 % av tandläkarnas sammanlagda behandlingstid för vuxna föll på folktandvården inklusive lärarklinikerna och resten på privattandvården. Utredningen räknar med en fortsatt utbyggnad av folktandvården av sådan omfattning, att denna organisation även i framtiden kommer att åtminstone behålla samma

Tabell 12

Beräknad tid i timmar per år disponibel dels för allmän tandvård och dels för återbäringsberättigande allmän tandvård åt personer i åldern över 16 år (utom värnpliktiga i militärtjänst)

| År | Totalt | Härav disponibelt för återbäringsber. tandvård | | |
|------|-----------|--|----------------|--------------|
| | | Sammanlagt | Privattandvård | Folktandvård |
| 1965 | 6 137 700 | 5 647 000 | 4 631 000 | 1 016 000 |
| 1970 | 6 604 300 | 6 076 000 | 4 982 000 | 1 094 000 |
| 1975 | 7 607 400 | 6 999 000 | 5 739 000 | 1 260 000 |
| 1980 | 9 233 700 | 8 495 000 | 6 966 000 | 1 529 000 |

procentuella andel av den totala tiden för allmän tandvård åt vuxna personer som den hade 1962.

I enlighet med utredningens tidigare redovisade ställningstaganden skulle i fråga om fasta proteser (dvs. brokonstruktioner och enstaka kronor i guld och porslin) de arvoden efter vilka ersättning enligt tandläkarvårdstaxan högst får beräknas bestämmas till väsentligt lägre belopp än det pris som debiteras härför. Sådana proteser utföres i dyrbarare material men tar förhållandevis ringa del av tandläkarnas arbetstid i anspråk. Övriga behandlingsformer upptar sålunda den helt dominerande delen av tandläkarnas arbetstid.

Medicinalstyrelsens taxedelegation utförde 1957 i anslutning till då just avslutade tidsstudier en undersökning av frekvensen av olika tandläkarbehandlingar på ett förhållandevis stort material från folktandvården. Av denna undersökning framgår, att de dyrbarare behandlingar, som enligt vad ovan föreslagits skulle bli återbäringsberättigande endast i begränsad omfattning, upptog i det allra närmaste 10 % av arbetstiden i den taxebundna vården. Andra undersökningar i detta hänseende torde ej föreligga. Sedan 1957 kan förhållandena ha ändrats och situationen kan vara annorlunda i privatpraktiken än i folktandvården. Härtill kommer, att enligt utredningens förslag viss churu begränsad återbärning skulle lämnas å kostnader för förutnämnda dyrbarare arbeten. Denna begränsade återbärning motsvarar i tandläkararbetstid dock endast en mindre del av den tid som ägnas utförandet av de dyrbarare arbetena. Mot bakgrunden härav har utredningen funnit det rimligt att räkna med att ca 8 % av arbetstiden genomsnittligt ägnas den del av tandvårdsarbetet, för vars kostnader återbärning i realiteten ej lämnas.

I tabell 12 anges dels beräknad tid i timmar per år disponibel för allmän tandvård åt personer i åldern över 16 år (utom värnpliktiga i militärtjänst), dels ock den arbetstid, som enligt nyss gjorda antaganden kan beräknas stå till förfogande inom privattandvård respektive folktandvård för återbäringsberättigande tandläkarbehandling.

Genomsnittlig timkostnad för återbäring

Medicinalstyrelsens taxedelegation avslutade under hösten 1963 vissa utredningar rörande folktandvårdens utgifter och inkomster, de senare avseende den taxebelagda vården. Materialet avsåg kalenderåret 1961. Utredningen visar, att den genomsnittliga bruttoinkomsten per timme i folktandvården under 1961 var 33 kronor 62 öre. Det rörde sig här om ett relativt stort material, omfattande drygt 900 000 arbetstimmar inom avgiftsbelagd tandvård och avseende 1 100 å 1 200 tandläkare. Antalet behandlade patienter uppgick till ca en halv miljon. Det nyssnämnda genomsnittliga timbeloppet påverkas av de relativt höga taxebeloppen för arbeten i guld eller porslin. Om man till väsentlig del bortser från dessa höga taxebelopp, som endast i ringa mån kommer att föranleda ersättning från försäkringen, torde man kunna utgå från ett genomsnittligt inarbetat belopp om ca 28 kronor per timme, motsvarande en kostnad för försäkringen av omkring 21 kronor per arbetstimme inom folktandvården vid en återbäring av tre fjärdedelar av det inarbetade beloppet.

Med hänsyn till omfattningen av det material, på vilket nyssnämnda timkostnad baserar sig, och då det knappast torde föreligga någon markant skillnad i den genomsnittliga arbetsprestationen inom folktandvård och privattandvård, anser utredningen berättigat att utgå från förutnämnt belopp om 21 kronor vid den följande beräkningen av återbäringskostnaderna för försäkringen för vård hos privatpraktiserande tandläkare.

En jämförelse mellan återbäringstaxan för mödratandvården och folktandvårdstaxan ger vid handen, att de olika delbeloppen i återbäringstaxan överstiger folktandvårdstaxans motsvarande belopp med mellan omkring 40 och 140 %. Endast för ett fåtal åtgärder, vilka i allmänhet är föga frekventa, ligger återbäringstaxans belopp mindre än 60 % över folktandvårdstaxan. För så vanliga åtgärder som röntgenundersökning och tandextraktion ligger återbäringstaxan genomsnittligt ca 100 % över folktandvårdstaxan och i fråga om avtagbara proteser 70—143 % över folktandvårdstaxan. Med utnyttjande av funna frekvenssiffror från Mödratandvårdsundersökningen kan återbäringstaxans genomsnittliga höjd beräknas ligga mellan 68 % och 69 % över folktandvårdstaxans nivå i fråga om sådana åtgärder, som förutsättes bli återbäringsberättigande i en allmän tandläkarvårdsförsäkring. När det gäller tandläkarvård för hela befolkningen i åldern över 16 år, torde frekvensen av behandling, avseende avtagbara proteser, bli större än när det är fråga om ett mödratandvårdsklientel. Det synes därför vara skäligt att räkna med att, om beloppen i den blivande återbäringstaxan för allmän tandläkarvård sättes i nivå med beloppen i nu gällande mödratandvårdstaxa, den nya taxan torde visa sig ligga drygt 70 % över folktandvårdstaxan.

Utredningen har tidigare förutsatt, att beloppen i en för den allmänna tandläkarvårdsersättningen fastställd återbäringstaxa i princip kommer att

Tabell 13
Beräknade årliga återbäringskostnader för
vuxentandvård i milj. kronor

| År | Summa | Därav i | |
|------|-------|----------------|--------------|
| | | Privattandvård | Folktandvård |
| 1965 | 188,0 | 166,7 | 21,3 |
| 1970 | 202,3 | 179,3 | 23,0 |
| 1975 | 233,1 | 206,6 | 26,5 |
| 1980 | 282,9 | 250,8 | 32,1 |

ligga på samma nivå som beloppen i nuvarande taxa för mödratandvård. Med användande av ovan angivet beräkningssätt och vid tillämpning av den av utredningen förordade återbäringen med tre fjärdedelar av de i återbäringstaxan upptagna beloppen, kan återbäringskostnaden för försäkringen såvitt avser vård hos privatpraktiserande tandläkare antagas bli (21 + 70 % av 21 =) omkring 36 kronor per timme.

Kostnaderna för tandvårdsförsäkringen

Med utgångspunkt i de i tabell 12 angivna antalen tandläkararbetstimmar för återbäringsberättigande tandvård och en återbäringskostnad per timme av 21 kronor i folktandvården och 36 kronor i privattandvården, har utredningen beräknat kostnaderna för försäkringen för tandläkarvårdsersättningen till personer över 16 år. Resultatet härav framgår av tabell 13.

Utredningen har föreslagit, att den nya lagstiftningen skall träda i kraft den 1 januari 1968. I begynnelsekedet skulle alltså kostnaderna för reformen såvitt avser den vuxna befolkningen kunna uppskattas till i runt tal 200 miljoner kronor om året.

Vid sina kalkyler har utredningen räknat med nu upptagna arvoden i folktandvårdstaxan. Utredningen vill erinra om att huvudmännen begärt förhöjning av taxan med genomsnittligt 30 %. Vid en sådan höjning skulle kostnaden för försäkringen stiga med ca sju miljoner kronor år 1970.

I det antal tillgängliga tandläkararbetstimmar per år för allmän tandvård från vilka utredningen utgått vid sina kostnadsberäkningar ingår inte tid som beräknas åtgå för tandläkarvård meddelad vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus. Beräknade kostnader för sådan vård skall därför läggas till det ovan angivna beloppet om 200 miljoner kronor. Kostnaderna för denna vårdform utgör för närvarande för försäkringens del allenast ca en halv miljon kronor om året. Även om denna summa skulle komma att öka något genom högre återbäringsbelopp i taxan än det nuvarande och genom större vårdvolym i framtiden, kommer kostnaderna för denna vård sålunda att endast med ett förhållandevis ringa belopp öka totalkostnaderna för försäkringen.

Den inom folktandvården meddelade barntandvården kommer inte att medföra kostnader för försäkringen. Utredningens statistikdelegation har vid sina beräkningar av tillgänglig årsarbetstid för ersättningsberättigande tandläkarvård från den totalt tillgängliga årsarbetstiden bl. a. fråndragit den tid, som enligt delegationen borde stå till förfogande för att möjliggöra en rationellt genomförd barntandvård i landet (se bil. 2, tabell 8). Vid dessa beräkningar har delegationen utgått från en behandlingstid per barn och år av två timmar (utom för 6-åringar, för vilka tiden uppskattas till en timme). Den genomsnittliga behandlingstiden per barn och år i folktandvården var 2,3 timmar år 1962. Som utredningen framhållit omfattas för närvarande ca 600 000 barn i åldrarna 3—16 år ej av den organiserade barntandvården. Med utgångspunkt i statistikdelegationens beräkningsgrunder skulle ca 310 000 av dessa barn vara i behov av tandläkarvård årligen, vilket skulle kräva en arbetsinsats motsvarande ca 570 000 tandläkararbetstimmar. Skulle dessa barn ej i ökad utsträckning mot vad som för närvarande är fallet komma att omfattas av en genom folktandvårdens huvudmän tillhandahållen kostnadsfri vård, torde sagda tandläkararbetstid komma att tagas i anspråk av såväl barn som vuxna för ersättningsberättigande tandläkarvård, varigenom de årliga kostnaderna för försäkringen kan beräknas bli i runt tal 20 miljoner kronor högre.

Förenämnda kostnadsberäkningar innefattar även återbäringskostnaderna för mödratandvården. Dessa kostnader uppgår för närvarande till inemot 15 miljoner kronor om året. De totala kostnaderna för den av utredningen föreslagna tandvårdsförsäkringen skulle sålunda komma att ligga i storleksordningen 220 miljoner kronor i ingångsskedet, varav dock ca 15 miljoner kronor redan åvilar sjukförsäkringen.

Det förhållandet, att av tandläkare förskrivna läkemedel enligt utredningens förslag skall omfattas av läkemedelsrabatteringen, kommer enligt utredningens mening endast i så obetydlig omfattning att påverka kostnaderna för tandvårdsreformen att utredningen ej funnit anledning att i sina beräkningar upptaga ett särskilt belopp härför.

Administrationskostnader

Vid sidan av de allmänna försäkringskassornas utgifter för tandläkarvårdsersättningen kommer sjukförsäkringen att belastas med kostnader för den nya försäkringsförmånens administration. Vad angår sjukförsäkringen utgör administrationskostnaderna för närvarande knappt 5 % av de totala sjukförsäkringskostnaderna. För den av utredningen föreslagna tandläkarvårdsersättningen kan sjukförsäkringens administrativa apparat utnyttjas, varför man ej behöver räkna med proportionsvis lika stora kostnader för administrationen av tandläkarvårdsersättningen som för hittills förefintliga grenar av sjukförsäkringen. Såsom närmare framgår av de beräkningar och

prognoser, som redovisats i kap. 5, torde antalet personer som årligen söker privatpraktiserande tandläkare kunna beräknas uppgå till mellan 2,3 och 3,1 miljoner för tiden från den nya försäkringsförmånens införande och fram till 1980. För åtskilliga av dessa personer blir det blott fråga om en utbetalning per år men för andra kan förutses två eller flera utbetalningar om året. Med utgångspunkt i dessa prognoser torde det vara befogat att räkna med mellan 3,5 och 4,7 miljoner utbetalningar årligen avseende den privata tandläkarvården. För folktandvårdens del torde man för den tid beräkningarna gäller få räkna med mellan 600 000 och 800 000 patienter årligen i den taxelagda vården. I denna tillämpas kontant betalning för varje besök, vilket torde medföra genomsnittligt mer än två, sannolikt inemot tre utbetalningar per person och år. För folktandvårdens del skulle det sålunda bli fråga om 1,7—2,3 miljoner utbetalningar per år. Utredningen har emellertid, som den tidigare framställningen utvisat, förordat ett förenklat förfarande genom översändande av s. k. samlingsräkning när det gäller utbetalning av tandläkarvårdersättning beträffande patienter i folktandvården. Detta förfaringsätt medför att kostnaderna för kassorna då det gäller utbetalning av ersättning för vård i folktandvården blir förhållandevis ringa. Administrationen av hela tandläkarvårdsförsäkringen kommer dock att medföra ett merarbete för såväl försäkringskassorna som riksförsäkringsverket. Såsom tidigare föreslagits skall förtroendetandläkare anställas. Härtill kommer ökade kostnader för postgiroutbetalning samt för telefon, trycksaker m. m. I vissa fall torde ökade lokalutrymmen komma att krävas. Utredningen har funnit sig böra räkna med att tandläkarvårdersättningen för de allmänna försäkringskassornas del skulle innebära en ökning av administrationskostnaderna, som grovt uppskattat torde ligga i storleksordningen 5 å 6 miljoner kronor om året.

Finansiering

Den obligatoriska sjukförsäkringen, som trädde i kraft den 1 januari 1955, har från sin tillkomst huvudsakligen finansierats genom avgifter från de försäkrade, arbetsgivaravgifter och statsbidrag.

I sjukförsäkringsavgiften innefattas avgift avseende den allmänna försäkringskassans utgifter för sjukvårdersättning. Denna del av avgiften skall erläggas av försäkrad, vars till statlig inkomstskatt taxerade inkomst uppgår till minst 2 400 kronor och som ej fyllt 67 år eller vid utgången av det år avgiften avser uppbär ålderspension eller förtidspension enligt AFL. Sjukförsäkringsavgifterna, som fastställs av riksförsäkringsverket, varierar de olika försäkringskassorna emellan. Avgifterna är till den del de avser sjukvårdersättning lika stora för samtliga avgiftspliktiga försäkrade i en och samma försäkringskassa. Sjukförsäkringsavgiften såvitt avser sjukvårdersättning utgör för 1964 i genomsnitt för samtliga kassor i riket 67 kronor

per avgiftspliktig försäkrad. Den högsta avgiften utgår i Stockholm, där den är 77 kronor, och den lägsta i Kristianstads län med 62 kronor.

Arbetsgivaravgift beräknas i förhållande till de löner arbetsgivaren utgett under året inom vissa minimi- och maximigränser beträffande lönebeloppen. Avgift till sjukförsäkringen utgår med 1,5 % av det belopp varå avgiften beräknas och av avgiften skall fyra femtondelar användas till bestridande av de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning för samtliga försäkrade inom kassans verksamhetsområde.

Statsbidrag utgår för varje år till allmän försäkringskassa med hälften av kassans utgifter för sjukvårdsersättning, dock ej för ersättning för sjukhusvård i riket.

I konsekvens med utredningens förslag att ersättning för kostnader för tandläkarvård skall ingå bland sjukvårdsförmånerna enligt AFL föreslår utredningen att den nya försäkringsförmånen finansieras på enahanda sätt som läkarvårdsersättningen.

Från riksförsäkringsverket har inhämtats uppgift med vilket belopp sjukförsäkringsavgiften för den försäkrade i vad avgiften avser de allmänna försäkringskassornas utgifter för sjukvårdsersättning — vid oförändrat uttag av arbetsgivaravgifter och bibehållen statsbidragsandel — skulle kunna beräknas stiga under förutsättning att kassornas årliga utgifter för tandläkarvården ökar med i runt tal 200 miljoner kronor. Verket har meddelat, att ifrågavarande del av avgiften med användandet av för 1963 föreliggande försäkringsunderlag kunde i genomsnitt för hela landet beräknas öka med 20 à 25 kronor för år per försäkrad, som hade att erlagga avgift.

Enligt de av utredningen framlagda kostnadsberäkningarna skulle statens utgifter för tandläkarvårdsersättningen öka med ca 100 miljoner kronor.

I ett den 1 juni 1964 framlagt betänkande »Nytt skattesystem» (SOU 1964: 25) har allmänna skatteberedningen föreslagit nya principer för finansieringen av vissa socialförsäkringsförmåner, bl. a. av sjukvårdsersättningen.

Då skatteberedningens förslag ännu ej blivit föremål för ställningstagande från statsmakterna, har utredningen ej ansett sig böra närmare än skett ingå på frågan om tandläkarvårdsersättningens finansiering.

KAPITEL 10

Folktandvårdens framtida ställning

I det följande sammanfattar utredningen sina synpunkter på folktandvårdens ställning efter införandet av en tandvårdsförsäkring.

Beträffande folktandvårdens verksamhet för närvarande framgår av kap. 2, att den genomfört barntandvården till betydande del, särskilt ifråga om skolbarnen, samt att den meddelar tandvård åt ett avsevärt antal ungdomar och vuxna.

Enbart siffrorna över behandlade patienter ger emellertid ingen fullständig bild av folktandvårdens insatser och betydelse. Genom att ungdomars och vuxnas tandvård lämnats till ett lågt pris har den enskildes vårdsökande underlättats och erforderlig vård kunnat komma till stånd i större utsträckning än eljest. Genom att tandpolikliniker inrättats i avlägsna bygder och på mindre orter, där tidigare otillräckligt antal tandläkare eller inga tandläkare alls funnits, har skapats vårdmöjligheter för människor som eljest inte skulle ha haft sådana. Folktandvården svarar numera för större delen av den specialisttandvård som lämnas i landet, framför allt i tandkirurgi och tandreglering, och lämnar denna vård fritt eller till lågt pris.

Även på utbildningens område har folktandvården betydelsefulla uppgifter. Sålunda har den när det gäller utbildning av specialister inom odontologien för uppnående av specialistbehörighet enligt de från ingången av år 1964 gällande bestämmelserna tilldelats nya viktiga uppgifter. Den för utbildning erforderliga tjänstgöringen avses nämligen kunna fullgöras dels vid tandläkarhögskolorna — numera de odontologiska fakulteterna — dels vid de till folktandvården hörande centraltandpoliklinikerna, tandregleringspoliklinikerna och andra polikliniker. För allmän klinisk vidareutbildning, som ej leder till särskild specialistbehörighet, spelar folktandvården en viktig roll. För de unga nyexaminerade tandläkarna, vilkas praktiska erfarenhet är ringa, är det mycket värdefullt att ha möjlighet att få anställning på en flermanspoliklinik, där de kan få råd, hjälp och handledning av äldre kolleger och på så sätt samla erforderlig praktisk erfarenhet.

Folktandvården gör även insatser på det förebyggande området inte bara inom den organiserade barntandvården utan också genom att meddela en till allmänheten riktad tandhälsouppllysning. Över huvud taget kan folktandvården anses bidra till ett ökat intresse för tandvården i landet. Detta förhållande jämte folktandvårdens ständigt stigande behov av arbetskraft

har varit en väsentlig drivkraft för utbyggnaden av tandläkarundervisningen och för tillkomsten av en statligt ordnad tandtekniker- och tand-sköterskeutbildning. På grund av de krav, som för statsbidragets utbekommande uppställts i fråga om tandvårdslokalerna, deras inredning och erforderliga utrustning har folktandvården betytt mycket för utvecklingen på detta område. Sammanfattningsvis kan sålunda sägas, att folktandvården haft och alltjämt har en mångsidig och stor betydelse för utvecklingen av tandvården i vårt land.

Införlivandet av tandläkarvårdersättning bland sjukförsäkringsförmåner kommer ej att minska behovet och betydelsen av folktandvården i tandvårdsverksamheten. Som utredningen i det tidigare med eftertryck framhållit är det angeläget att folktandvården utbygges så att de barn, som för närvarande inte får plats i folktandvården, snarast möjligt kommer att omfattas av denna. Vidare är en nybyggnad av vuxentandvården påkallad för att folktandvården skall kunna utgöra ett verkligt alternativ till privat-tandvården och genom lägre vårdtaxor verka normerande och återhållande på arvodena iom privatpraktiken. En betydande efterfrågan av vård hos folktandvården från det vuxna klientelet torde komma att kvarstå även efter försäkringens införande på grund av den i förhållande till privattandvården låga taxan. Ytterligare motivering för en utbyggnad av vuxentandvården är angelägenheten av att vårdmöjligheter därigenom kan skapas på orter, där nu inte finns tillgång till tandläkare. Även tandregleringsvården i landet måste kraftigt utbyggas för att föreliggande behov skall kunna tillfredsställas. Främst med hänsyn till att denna vård bör ges i barnåren och sålunda i anslutning till den organiserade barntandvården bör folktandvården svara för den väsentliga delen av den erforderliga utbyggnaden.

Utvecklingen går säkerligen mot ökad specialisering även på tandvårdsområdet. Efter allt att döma kommer det vid större folktandvårdspolikliniker att finnas möjlighet att få olika specialiteter företrädda. Även för icke specialiserade tandläkare blir tjänstgöringen vid dylika polikliniker stimulerande och utvecklande.

De betydande svårigheter i fråga om rekrytering av tandläkare, som folktandvården har att kämpa mot, beror på underskott av tandläkare i landet men sammanhänger också med att organisationen alltjämt är under utbyggnad och därför kräver en fortlöpande utökning av antalet tandläkare. Alltsedan 1955 har sålunda antalet tandläkarvakanser ökat med accentuerade rekryteringssvårigheter under senare år, framför allt från senare delen av 1963. Visserligen har det årliga tillskottet av svenska tandläkare varit betydande inom vissa huvudmannaområden, särskilt från 1960-talets början, men inte tillräckligt för att svara mot utbyggnaden av folktandvården och kompensera avgången av utländska tandläkare.

Att folktandvården icke förmått draga till sig tillräckligt med tandläkare, torde främst ha berott därpå att privatpraktiken av de flesta tandläkare

ansetts mera ekonomiskt lönande än en tjänst i folktandvården. Införandet av en tandvårdsförsäkring kommer att öka rekryteringssvårigheterna för folktandvården.

Enligt utredningens mening är det sålunda synnerligen angeläget att snarast och med stor omsorg pröva möjligheterna att öka de totala vårdresurserna inom folktandvården, men också att tillse att dessa — det gäller här främst tandläkararbetskraften — kommer till bästa möjliga användning. Enligt samstämmiga erfarenheter bör en effektivt bedriven förebyggande — framför allt kariesförebyggande — verksamhet kunna redan på kort tid avsevärt minska vårdbehovet framför allt bland barnen och därigenom också minska den erforderliga behandlingstiden per barn. Uppenbart är att det för ett rationellt utnyttjande av tandläkarearbetskraften krävs ett tillräckligt antal väl utbildade hjälpkrafter. Genom tandhygienister, som placeras på härför ägnade folktandvårdspolikliniker, kan sålunda viss avlastning av arbetsuppgifter från tandläkare ske. Frågan om utbildning av sådana befattningshavare bör därför aktualiseras. Under senare år har det, särskilt inom vissa huvudområden, visat sig svårt att erhålla sökande till tandskötersketjänster. Utredningen vill därför understryka behovet av en ökad utbildning av tandsköterskor. Vidare bör utbildningen av tandtekniker dimensioneras med hänsyn till tandläkarkårens ökande numerär. En organiserad vidareutbildning av tandvårdspersonal är värdefull ur såväl effektivitets- som rekryteringssynpunkt. Frågan huruvida arbetsorganisationen inom folktandvården ytterligare kan rationaliseras bör ägnas uppmärksamhet.

För att så rationellt som möjligt inom alla tandvårdsdistrikt kunna utnyttja folktandvårdens kapacitet, bör även övervägas om inte bestämmelserna om arbetstidens fördelning mellan tandvården för barn och för vuxna kan uppmjukas.

När det gäller att förbättra rekryteringen av tandläkare och övrig personal till folktandvården, finner utredningen, som tidigare framhållits, det nödvändigt att rekryteringspolitiken överses och att kraftfulla rekryteringsbefrämjande åtgärder vidtages.

KAPITEL 11

Sammanfattning av utredningens förslag

De allra flesta människor i vårt land har på grund av tandsjukdomarnas utbredning så gott som årligen behov av tandläkarvård. Av utredningen verkställda undersökningar visar att detta regelbundet återkommande vårdbehov i fråga om stora delar av befolkningen ej är tillfredsställt i den omfattning som krävs för att vidmakthålla en god tandstatus. Regelbundet återkommande tandläkarvård efterfrågas i dagens läge av uppskattningsvis endast något över hälften av de vuxna som kan anses vara i behov av sådan vård. Många efterfrågar över huvud taget ej tandläkarvård eller gör det blott vid akuta besvär eller eljest sporadiskt. Detta otillfredsställda vårdbehov är främst framträdande hos lägre inkomsttagare. Kostnaderna för en rationellt genomförd tandläkarvård hämmar i betydande omfattning efterfrågan av dylik vård.

Om efterfrågan av tandläkarvård stimuleras, kommer — intill dess den av statsmakterna beslutade ökningen av examinationskapaciteten vid de odontologiska läroanstalterna nått full effekt — en inte ringa diskrepans att föreligga mellan efterfrågan och vårdresurser. Detta förhållande belyses av vissa av utredningens statistikdelegation uppställda hypoteser över olika framtida efterfrågan av tandläkarvård i förhållande till beräknad framtida tillgång på tandläkare. Ett för vårdbehovets tillgodoseende tillräckligt antal tandläkare kan beräknas föreligga först mot slutet av 1970-talet.

Trots att tandvårdsresurserna under ett antal år framåt kommer att vara knappa finns det på grund av tandläkarkårens fortgående ökning enligt utredningens bedömning ett successivt växande utrymme för en ur folkhälsosynpunkt angelägen ökning av efterfrågan på tandläkarvård. Särskilt är det angeläget att den enskilde inte av kostnadshänsyn nödgas avstå från att söka en regelbunden vård av sina tänder. För att göra tandläkarvården ur ekonomisk synpunkt lättare tillgänglig för den enskilde föreslår utredningen att inom den allmänna försäkringens ram införes en tandvårdsförsäkring. Den nya lagstiftningen föreslås träda i kraft den 1 januari 1968.

Enligt utredningens förslag skall rätt till ersättning för kostnader för tandläkarvård ingå bland sjukvårdsförmånerna inom sjukförsäkringen och komma alla i riket bosatta försäkrade till del.

Ersättning föreslås skola lämnas för sådan behandling, som anges i en av Kungl. Maj:t fastställd förteckning, i huvudsak konstruerad efter princi-

perna i den nuvarande taxan för ersättning för tandläkarvårdskostnader för blivande och nyblivna mödrar.

Den försäkrade skall 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 skall enligt förslaget omfatta, förutom röntgenundersökning och vissa laboratorieundersökningar, i huvudsak tandkirurgisk vård och konserverande tandbehandling (tandfyllning och rotbehandling) ävensom tand- och käkskadebehandling och käkprotetisk behandling. Även åtgärder avseende utförande av avtagbara och fasta proteser blir återbäringsberättigande. Tandregleringsvård förutsattes regelmässigt ombesörjas i den organiserade barntandvården inom folktandvården och föreslås därför ej skola ersättas av försäkringen.

Utredningen förordar, att samma principer som låg till grund för bestämmandet av de i mödratandvårdstaxan upptagna beloppen jämväl skall bli vägledande vid bestämmandet av beloppen i den nya taxan. I fråga om taxebeloppen vid behandling med fasta proteser föreslår utredningen att dessa bestäms enligt särskilda grunder.

Till följd av de vidgade förmånerna blir nuvarande bestämmelser om ersättning från sjukförsäkringen för tandvård meddelad av tandläkare vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus överflödiga.

Efter genomförandet av den föreslagna tandvårdsförsäkringen finner utredningen särskilda bestämmelser ej erforderliga i fråga om ersättning för tandvårdskostnader för blivande och nyblivna mödrar.

Enligt utredningens förslag skall förordningen angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel göras tillämplig på läkemedel, varå recept utfärdats av tandläkare.

Utredningen, som framdeles kommer att upptaga frågan om resekostnadsersättning inom sjukförsäkringen till prövning, har med hänsyn härtill inte ansett sig nu böra taga ställning till frågan om rätt till ersättning för utgifter i samband med resor till och från tandläkare. I avvaktan på att utredningens översyn av reglerna för resekostnadsersättning slutförts, har utredningen ej funnit sig böra föreslå ändring i nu gällande regler om rätt till resekostnadsersättning i samband med tandvård som av tandläkare meddelats å centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus.

Kostnaderna för tandvårdsförsäkringen har av utredningen beräknats komma att ligga i storleksordningen 220 miljoner kronor om året i begynnelseskedet, vilket i förhållande till försäkringens nuvarande utgifter för tandläkarvård betyder en ökning med ca 205 miljoner kronor. Utredningen föreslår att den nya förmånen finansieras på samma sätt som sjukvårdsersättningen i övrigt. Detta innebär — vid oförändrat finansieringssystem — att statens bidrag till denna del av sjukförsäkringen ökar med i runt tal 100 miljoner kronor om året. Återstoden av kostnaderna förutsättes täckas

genom avgifter. Därvid har — med oförändrat arbetsgivarbidrag — den del av sjukförsäkringsavgiften som avser sjukvårdersättningen beräknats komma att öka med i genomsnitt 20 å 25 kronor per år och försäkrad.

■ Någon ändring i gällande regler beträffande ersättning för kostnader för tandläkarvård i anledning av yrkesskada har utredningen ej funnit anledning föreslå.

■ Med hänsyn till de återverkningar, som införandet av en allmän tandvårdsförsäkring måste få för folktandvården och den däri inbyggda organiserade fria barntandvården, har utredningen ingående behandlat folktandvårdens situation och framtida uppgifter.

I fråga om barntandvården har utredningen funnit att de nu gällande principerna för denna — ett system där barnen är inlemmade i en fast organisation, där god vård ges utan kostnad för den enskilde — är den utan tvekan bästa ordningen och därför bör bibehållas.

Främst på grund av att tandläkare inte kunnat rekryteras till folktandvården i erforderlig utsträckning har ett stort antal av de barn, som i princip omfattas av den organiserade fria barntandvården — årskullarna 3—15 år — inte kunnat beredas vård. Detta gäller särskilt förskolebarnen. Utredningen, som funnit detta förhållande synnerligen otillfredsställande, understryker angelägenheten av att kraftfulla rekryteringsbefrämjande och andra åtgärder vidtages för att tillföra folktandvården erforderliga vårdresurser. Därjämte har utredningen förordat, att barntandvården utbygges att också omfatta den sista årsklassen i grundskolan, dvs. 16-åringarna.

Då tandläkarbristen inom folktandvården inte beräknas kunna avhjälpas ännu på åtskilliga år, föreslår utredningen att staten, så snart förutsättningar härför kan anses föreligga, söker med huvudmännen träffa överenskommelse om att dessa i möjligaste mån bereder de barn, som inte kan mottagas inom folktandvårdsorganisationen, fri vård hos privatpraktiserande tandläkare genom särskilda avtal härom eller i sista hand ersätter vårdkostnaderna intill rimlig nivå för de barn, som på enskilt initiativ erhåller vård hos privatpraktiserande tandläkare. I anslutning härtill föreslår utredningen att det statliga driftbidraget till folktandvården ändras så, att det utgår för all av huvudmännen bekostad barntandvård.

Utredningen anser, att något behov av en tandvårdsförsäkring för barnen inte föreligger, därest de genom huvudmännens försorg tillförsäkras fri tandvård på ett eller annat sätt. Innan barnen tillförsäkras sådan förmån genom huvudmännen, måste emellertid enligt utredningens mening en tandvårdsförsäkring omfatta jämväl barnen. Utredningen förutsätter emellertid, att barnens tillhörighet till försäkringen skall omprövas så snart de kan beredas kostnadsfri vård utom försäkringen.

Utredningen betonar, att den föreslagna tandvårdsförsäkringen ej kommer att minska folktandvårdens betydelse. Tvärtom har utredningen utgått från att uppgifterna kommer att öka inte bara inom barntandvården utan

också i fråga om vuxenvården och att folktandvården således även framgent kommer att fungera som basorganisation för tandvårdsverksamheten i landet. Med hänsyn till rekryteringssvårigheterna ifråga om tandläkare och till att ytterligare vårdkrav sannolikt kommer att ställas på folktandvården, framhåller utredningen olika åtgärder för att öka folktandvårdens kapacitet och för att motverka de ytterligare rekryteringssvårigheter, som väntas följa av försäkringens införande. Sålunda pekas bl. a. på möjligheterna att genom en effektiv profylaktisk verksamhet särskilt bland barnen minska vårdbehovet och genom ökad anställning av hjälparbetskraft avlasta tandläkarna rutinuppgifter av olika slag.

**Förslag till
lag angående ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381)
om allmän försäkring**

Härigenom förordnas, att 2 kap. 3, 5, 7 och 8 §§ samt 18 kap. 12 och 13 §§ lagen den 25 maj 1962 om allmän försäkring skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan angives.

2 kap. Om sjukvårdsersättning

(Nuvarande lydelse)

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 *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 *tvåhundra* 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.

5 §.

Har försäkrad åtnjutit *läkarvård, tandläkarvård* eller *sjukhusvård* som avses i 2 §, 3 § *första stycket*

(Föreslagen lydelse)

3 §.

Ersättning för utgifter för *tandläkarvård* utgår för sådan *behandling*, som angives i en av Konungen fastställd förteckning, 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.

5 §.

Har försäkrad åtnjutit *läkarvård* eller *sjukhusvård* som avses i 2 eller 4 §, utgår ersättning enligt vad Ko-

(Nuvarande lydelse)

eller 4 §, utgår ersättning enligt vad Konungen med riksdagen förordnar för utgifter i anledning av *resor* 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.

7 §.

Har kommun — — — motsvarande kostnad.

Allmän försäkringskassa — — — ifrågavarande kostnader.

Allmän försäkringskassa — — — utförda transporter.

Överenskommelse som — — — av riks-försäkringsverket.

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.

8 §.

Försäkrad, som icke är bosatt i riket, äger rätt till *sjukvårdsersättning* endast om vårdbehovet uppkommit under vistelse härstädes.

Äger försäkrad — — — denna lag.

(Föreslagen lydelse)

nungen med riksdagen förordnar för utgifter i anledning av *resor* till och från läkaren 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.

Har försäkrad vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus meddelats tandläkarvård, som avses i 3 §, utgår ersättning för utgifter i anledning av resor till och från tandläkaren enligt vad i första stycket sägs.

7 §.

Om redare för svenskt fartyg jämlikt sjömanslagen haft att vid sjömans sjukdom vidkännas kostnad som avses i 2, 3, 4, 5 eller 6 §, äger han hos allmän försäkringskassa erhålla gottgörelse för kostnaden enligt bestämmelserna i denna lag.

8 §.

Försäkrad, som icke är bosatt i riket, äger *ej* rätt till *ersättning för utgifter för tandläkarvård och för resor i samband med dylik vård. Sådan försäkrad äger rätt till annan sjukvårdsersättning endast om vårdbehovet uppkommit under vistelse härstädes.*

(Nuvarande lydelse)

18 kap. Om allmänna försäkringskassor

12 §.

Hos allmän försäkringskassa skola vara anställda en direktör, vilken i enlighet med de anvisningar, som lämnas av kassans styrelse, har att leda arbetet inom kassan, en eller flera föredragande för pensionsärenden *samt* en eller flera förtroendeläkare. *Förtroendeläkaren* har att tillhandagå *försäkringskassan* i frågor, som kräva medicinsk sakkunskap, och *skall* söka främja samarbetet mellan kassan och inom dess område verksamma läkare.

Utöver de — — — erforderligt antal.

13 §.

Befattningshavare hos allmän försäkringskassa tillsätts och entledigas

- 1) direktör, föredragande för pensionsärenden ävensom annan tjänsteman, beträffande vilken Konungen så föreskrivit, av riksförsäkringsverket;
- 2) förtroendeläkare av medicinalstyrelsen; *samt*
- 3) övriga tjänstemän av kassan.

Riksförsäkringsverket och — — — kassans styrelse.

Avlönings-, pensions- och andra anställningsvillkor för befattningshavare, som tillsätts och entledigas av riksförsäkringsverket, skola bestämmas i den ordning Konungen förordnar. Beträffande sådana villkor för förtroendeläkare är kassan pliktig ställa sig till efterrättelse de

(Föreslagen lydelse)

12 §.

Hos allmän försäkringskassa skola vara anställda en direktör, vilken i enlighet med de anvisningar, som lämnas av kassans styrelse, har att 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 sakkunskap, och *att* söka främja samarbetet mellan kassan och inom dess område verksamma läkare *och tandläkare*.

13 §.

Befattningshavare hos allmän försäkringskassa tillsätts och entledigas

- 1) direktör, föredragande för pensionsärenden ävensom annan tjänsteman, beträffande vilken Konungen så föreskrivit, av riksförsäkringsverket;
- 2) förtroendeläkare *och förtroendetandläkare* av medicinalstyrelsen; *samt*
- 3) övriga tjänstemän av kassan.

Avlönings-, pensions- och andra anställningsvillkor för befattningshavare, som tillsätts och entledigas av riksförsäkringsverket, skola bestämmas i den ordning Konungen förordnar. Beträffande sådana villkor för förtroendeläkare och *förtroendetandläkare* är kassan pliktig

(Nuvarande lydelse)

anvisningar, som på förslag av medicinalstyrelsen meddelas av riksförsäkringsverket.

(Föreslagen lydelse)

ställa sig till efterrättelse de anvisningar, som på förslag av medicinalstyrelsen meddelas av riksförsäkringsverket.

Denna lag träder i kraft den

Förslag till

**förordning om ändrad lydelse av 3 § förordningen
den 25 maj 1962 (nr 385) angående ersättning för sjukresor
enligt lagen om allmän försäkring (sjukreseförordningen)**

Härigenom förordnas, att 3 § sjukreseförordningen skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

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.

3 §.

Vid tandläkarvård som avses i 2 kap. 5 § andra stycket lagen om allmän försäkring skall vad i 2 § denna förordning sägs om läkarvård äga motsvarande tillämpning.

Denna förordning träder i kraft den

Förslag till

**förordning om ändrad lydelse av 1 § förordningen
den 4 juni 1954 (nr 519) angående kostnadsfria eller
prisnedsatta läkemedel**

Härigenom förordnas, att 1 § förordningen den 4 juni 1954 angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

1 §.

Läkemedel, varå recept utfärdats av läkare, skall å apotek tillhandahållas kostnadsfritt eller till nedsatt

1 §.

Läkemedel, varå recept utfärdats av läkare eller tandläkare, skall å apotek tillhandahållas kostnadsfritt

(Nuvarande lydelse)

pris enligt vad nedan sägs.

Med läkemedel — — — är tillämplig.

Med läkare — — — utöva läkaryrket.

Rörande kostnadsfritt — — — särskilt stadgat.

(Föreslagen lydelse)

eller till nedsatt pris enligt vad nedan sägs.

Med tandläkare avses den som äger behörighet att inom riket utöva tandläkaryrket.

Denna förordning träder i kraft den

Förslag till

kungörelse om ändring i kungörelsen den 3 december 1954 (nr 735) med tillämpningsföreskrifter till förordningen den 4 juni 1954 (nr 519) angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel

Härmed förordnas, att 5 och 6 §§ kungörelsen den 3 december 1954 med tillämpningsföreskrifter till förordningen den 4 juni 1954 (nr 519) angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

5 §.

Utan hinder av vad i 1—4 §§ stadgats må läkemedel utlämnas kostnadsfritt eller till nedsatt pris, såframt omständigheterna finnas vara brådskande. I dylikt fall skall läkaren å den för förskrivningen använda handlingen vitsorda att fråga är om brådskande fall samt lämna de uppgifter, som skulle hava lämnats, därest föreskriven blankett använts.

5 §.

Utan hinder av vad i 1—4 §§ stadgats må läkemedel utlämnas kostnadsfritt eller till nedsatt pris, såframt omständigheterna finnas vara brådskande. I dylikt fall skall läkaren *eller tandläkaren* å den för förskrivningen använda handlingen vitsorda att fråga är om brådskande fall samt lämna de uppgifter, som skulle hava lämnats, därest föreskriven blankett använts.

Förskrivning, som — — — apotekarens verifikation.

6 §

Förskrivning av läkemedel, som enligt 3 § förordningen angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel må inköpas till nedsatt pris, må ske jämväl genom telefonering av förskrivningen till apotek. Sådan förskrivning skall å apoteket införas å receptblankett enligt därför fastställt formulär; och läkaren är skyldig att lämna de uppgifter utöver förskrivningen, som erfordras från läkaren för blankettens ifyllande.

Vid expedition — — — apotekarens verifikation.

6 §

Förskrivning av läkemedel, som enligt 3 § förordningen angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel må inköpas till nedsatt pris, må ske jämväl genom telefonering av förskrivningen till apotek. Sådan förskrivning skall å apoteket införas å receptblankett enligt därför fastställt formulär; och läkaren *eller tandläkaren* är skyldig att lämna de uppgifter utöver förskrivningen, som erfordras från läkaren *eller tandläkaren* för blankettens ifyllande.

Denna kungörelse träder i kraft den

Reservationer och särskilt yttrande

Reservation av utredningens ordförande samt ledamöterna Edström och Kaijser

I avsnittet om barntandvården i kap. 6 gör utredningen följande sammanfattning av sin syn på denna: »Utredningen finner sålunda, att en barntandvård byggd på de nu gällande principerna för den organiserade barntandvården — ett system med barnen inlemmade i en fast organisation, där god vård lämnas utan kostnad för den enskilde — framstår som den utan tvekan bästa lösningen av barntandvården i vårt land även i framtiden.» Utredningen konstaterar, att barnen på grund av bristande vårdresurser inom folktandvården inte har kunnat omhändertas i avsedd utsträckning och utgår ifrån att denna bristsituation kommer att bestå ännu åtskilliga år. Mot bakgrunden härav och för att trots de bristande vårdresurserna inom folktandvården kunna bereda alla barn kostnadsfri tandvård, förordar utredningen, »att staten, så snart förutsättningar härför kan anses föreligga, söker få till stånd en överenskommelse med huvudmännen av sådan innebörd, att huvudmannaskapet för barntandvården kommer att omfatta inte blott vårdskyldighet inom ramen för folktandvårdens resurser utan även, då dessa resurser visar 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».

En tandvårdsförsäkring skulle, enligt utredningens förmenande, inte innebära en helt tillfredsställande lösning av barnens tandvårdsfråga, då den ej bereder den organiserade tandvårdens fördelar och det ej heller anses möjligt att inom försäkringens ram ge helt kostnadsfri vård. Utredningen uttalar också farhågor för att ett inlemmande av barnen i tandvårdsförsäkringen skulle leda till svårigheter att upprätthålla en organiserad barntandvård. Den anser emellertid, att innan alla barn tillförsäkrats fri tandvård genom huvudmännen, måste barnen tillhöra försäkringen.

Om de i förevarande hänseende framförda synpunkterna och rekommendationerna är utredningens ledamöter i sak helt eniga. Emellertid har en majoritet inom utredningen beslutat föreslå, att barnen skall medtagas i försäkringen, då den startar, och att barnens tillhörighet till försäkringen

skall omprövas så snart de kan beredas kostnadsfri vård utom försäkringen. Som motiv för beslutet anföres: »Utredningen finner det emellertid tveksamt, huruvida förutsättningar för närvarande föreligger att genomföra en ordning efter de angivna linjerna. Sålunda finner utredningen det ovisst — även om huvudmännen kan förväntas vara beredda till kraftfulla åtgärder för att lösa barnens tandvårdsfråga — hur långt huvudmännen kommer att ha möjlighet att påtaga sig vård- och betalningsansvar för vid sidan av deras egen organisation utförd barntandvård i ett läge då ökade påfrestningar på tandvårdsresurserna kan emotes.» I senast angivna avseende kan vi inte biträda majoritetens ställningstagande och därav föranledda beslut och vill därför anföra följande.

Av skäl, som vi redovisar här nedan, finner vi det ytterst angeläget, att fri tandvård ordnas genom huvudmännens försorg för alla barn i åldern 3—16 år, innan en eventuell tandvårdsförsäkring träder i kraft, så att barnen aldrig behöver medtagas i försäkringen. Till skillnad från majoriteten anser vi, att frågan kan ordnas på relativt kort tid och innan försäkringen träder i kraft. Visserligen är det fråga om att utvidga huvudmännens ansvar formellt och reellt, men om den lösning väljes, som utredningen rekommenderar och som här ovan refererats, föreligger enligt vår mening inga reella hinder att på relativt kort tid och definitivt via huvudmännen genomföra fri tandvård till alla barn. Det är nämligen inte fråga om att garantera alla barn tandvård utan enbart att lämna vård, då sådan kan åstadkommas och eljest ersätta enskild, som kunnat ordna vård på egen hand, för vårdkostnaden. Åtminstone vissa huvudmän har redan praktiserat och såvitt vi vet med framgång ordnat vård genom privatpraktiserande tandläkare. Det nya inslaget i utredningens rekommendation, nämligen att huvudmännen skall ersätta vårdkostnaden i vissa fall, anser vi inte heller bör hindra förslagets genomförande, särskilt om man beaktar att det måste komma att röra sig om ett relativt litet antal fall och att systemet endast kommer att tillämpas så länge vårdsituationen inom folktandvården motiverar detta.

Den föreslagna, kompletterande arbetsformen innebär inte en lika god lösning som om alla barn finge vården inom huvudmännens egen vårdorganisation, men den avses fungera som en övergångsform till dess folktandvården tillräckligt utbyggs, och den är enligt vårt förmenande vida överlägsen försäkringslinjen. Härtill kommer, att det föreslagna arrangemanget kan tänkas vara erforderligt för att avhjälpa tillfälliga svårigheter, som kan uppstå inom folktandvården, även sedan den egentliga tandläkarbristen eliminerats. Det synes sålunda finnas skäl för att även i ett mera långsiktigt sammanhang introducera det föreslagna systemet. Vi vill dock starkt understryka, att ett sådant arrangemang inte får tas till intäkt för att inte utbygga folktandvården i erforderlig grad.

Vi har närmast fyra huvudskäl för vårt ställningstagande och därav föranledda yrkande.

1. Genom beslutet om folktandvård i landet och uppbyggandet av denna, är frågan om barntandvården redan löst i princip i form av kostnadsfri tandvård för barn upp t. o. m. 15 års ålder. I stor utsträckning är den också i praktiken genomförd.

2. Vi finner det högst angeläget, att alla barn nu får del av den systematiskt organiserade tandvården såväl ifråga om förebyggande åtgärder som behandling.

3. Vi anser det ohållbart, att vissa barn genom att vara hänvisade till försäkringen får sämre förmåner av samhället än det stora flertalet.

4. Slutligen — och det är huvudskälet till att vi finner det nödvändigt att ordna frågan, innan försäkringen träder i kraft — hyser vi mycket allvarliga farhågor för att den organiserade barntandvården kan komma att uppläckras, därest försäkringen öppnas även för barnen.

För att ytterligare belysa vår syn på sistnämnda problem, anföres följande.

Bristande förståelse för den systematiska tandvårdens betydelse, för värdet av förebyggande åtgärder jämte andra i sammanhanget negativa attityder torde rätt snart leda till att föräldrar i större eller mindre utsträckning uraktlåter att låta barnen delta i den organiserade vården i vetskap om att försäkringen vid förekommande behov lämnar vårdkostnadsbidrag. Även om skolorganisationen ger betydande möjligheter för huvudmännen att få med barnen i den organiserade vården, lämnar den inte några garantier för en allmän anslutning, och för förskolebarnen finns ej en sammanhållande organisation. Visserligen kommer försäkringen, därest den utformas på sätt utredningen föreslår, att ge sämre förmåner än den av utredningen föreslagna fria tandvården, men ersättningen från försäkringen blir dock så pass påtaglig, att den kan locka föräldrar till att för barnens del avstå från den organiserade barntandvården — varefter tandvården ej fullföljes regelbundet och systematiskt.

Exempel från utlandet, där man har tandvårdsförsäkring för barnen — enbart eller jämsides med en skoltandvårdsorganisation — manar ej till efterföljd. En effektivt genomförd, systematisk barntandvård har man ej kunnat åstadkomma på detta sätt. Förvånansvärt låga siffror beträffande procenttalet skolbarn, som erhåller någorlunda regelbunden tandvård, rapporteras från dessa länder.

Den omständigheten kan inte heller förbises, att om samhället ifråga om barntandvården erbjuder flera stödformer, detta i och för sig kan skapa osäkerhet om målsättningen. Om man däremot väljer vår linje, har man anledning att räkna med en entydig inställning till barntandvården. Att den organiserade barntandvården — på grund av bristande tillgång på arbetskraft — ännu ej helt genomförts, bör enligt vårt förmenande ej motivera, att samhället erbjuder två olika förmånsmöjligheter — barntandvården och försäkringen — när frågan uppenbarligen kan helt lösas enbart genom den

bättre formen — den organiserade barntandvården. Däremot bör bristsituationen ge anledning till kraftfulla åtgärder i olika avseenden för att genomföra en erforderlig ökning av folktandvårdens vårdresurser både ifråga om barn och vuxna.

I den mån den föreslagna utvidgade vårdskyldigheten medför ökade kostnader för huvudmännen, utgår vi ifrån att detta beaktas vid de förhandlingar, som förutsättes komma till stånd mellan staten och huvudmännen.

Under åberopande av det anförda och för att frågan om barntandvård skall få sin lösning snarast och senast vid den tidpunkt försäkringen träder i kraft, föreslår vi sålunda,

att statsmakterna snarast möjligt upptager förhandlingar med folktandvårdens huvudmän i avsikt att huvudmannaskapet för barntandvården må komma att omfatta icke blott vårdskyldighet inom ramen för folktandvårdens resurser utan jämväl, då dessa visar sig otillräckliga, skyldighet att antingen bereda barnen fri tandvård genom avtal med privatpraktiserande tandläkare eller, då så inte kan ske, att huvudmännen må svara för vårdkostnaderna intill rimlig nivå — förslagsvis 100 % av tandvårdsförsäkringens återbäringstaxa — ifråga om barn, som inte kunnat få vård genom folktandvården men kunnat ordna vård på egen hand,

att denna huvudmännens vårdskyldighet gentemot barnen fastställs genom avtal mellan statsmakterna och resp. huvudmän samt

att sådant avtal skall ha träffats före försäkringens ikraftträdande.

Reservation av ledamoten Pettersson

Utredningen har konstaterat att kostnaderna för en rationellt genomförd tandläkarvård i betydande omfattning hämmar efterfrågan av dylik vård. Den av utredningen föreslagna tandvårdsförsäkringen avser att göra tandläkarvården ur ekonomisk synpunkt lättare tillgänglig så att den enskilde ej av kostnadshänsyn nödgas avstå från att söka en regelbunden vård av sina tänder. Utredningen har emellertid enligt min uppfattning inte i detta sammanhang tillräckligt beaktat betydelsen av de merkostnader för tandläkarvård, som till följd av upprepade och många gånger långa resor drabbar inte minst landsbygdens befolkning. Detta förhållande liksom tandläkarkårens ojämna geografiska spridning torde enligt min mening vara anledningen till att besöksfrekvensen hos tandläkare är väsentligt lägre hos befolkningen på landsbygden än i städer och tätorter, något som utredningen betecknat som klart otillfredsställande. Utredningen har emellertid av olika skäl inte nu velat taga ställning till frågan om införande av resekostnadsersättning i samband med tandläkarvård. Jag finner emellertid detta spörsmål vara av en sådan angelägenhetsgrad att dess lösning inte får ställas på framtiden.

Redan socialvårdskommittén underströk på sin tid vikten av att sjukförsäkringens förmåner vad avser ersättning för läkarvård kombinerades med regler för ersättning för kostnader i anledning av resor till och från läkare. Läkarvården skulle eljest enligt kommitténs mening trots sjukförsäkringens förmåner i övrigt ej bli tillgänglig för personer, som var bosatta på långt avstånd från läkare. Socialvårdskommitténs förslag godtogs av statsmakterna och rätt till ersättning för resekostnader i samband med läkarvård har förelegat alltsedan dess den allmänna sjukförsäkringen infördes. När nu förslag föreligger att införa en tandvårdsförsäkring inom den allmänna försäkringens ram har tandläkarvård och läkarvård i sjukförsäkringshänseende ansetts likställda. Detta bör enligt min mening också innebära att rätt till ersättning för resor skall föreligga såväl i samband med läkarvård som tandläkarvård. Några principiella skäl, som talar här emot, föreligger enligt min mening ej.

Skall den av utredningen föreslagna reformen få till resultat en ur folkhälsosynpunkt angelägen allmänt ökad efterfrågan av regelbundet återkommande tandläkarvård, måste tandvårdsförsäkringen kombineras med regler för resekostnadsersättning i samband med tandläkarvård, så att alla försäkrade oberoende av bosättningsort kan komma att på lika villkor erhålla lindring av sina tandvårdskostnader. Dylika regler torde kunna utformas i nära anslutning till bestämmelserna i 2 § sjukreseförordningen (SFS 1962: 385), i vilken grunderna för den försäkrades rätt till ersättning för utgifter i anledning av resor till och från läkare finns angivna. Som en allmän regel gäller härvid, att ersättning ej må utgivas med högre belopp än som skulle ha utgått vid besök hos den provinsialläkare eller stadsläkare, inom vars distrikt den försäkrade vistas. En motsvarande begränsning i rätten till ersättning för resekostnader i samband med tandläkarvård skulle kunna ernås genom att ersättning ej finge utgivas med högre belopp än som skulle ha utgått vid besök å närmaste distriktstandpoliklinik inom det tandvårdsdistrikt, inom vilket den försäkrade vistas. Med en dylik begränsning av ersättningsrätten torde utgivandet av resekostnadsersättning i samband med tandläkarvård knappast komma att vålla de allmänna försäkringskassorna några större administrativa svårigheter.

Jag får alltså föreslå, att i sjukreseförordningen införes bestämmelser, varigenom försäkrad, som åtnjutit tandläkarvård, tillförsäkras rätt till ersättning för utgifter i anledning av resor till och från tandläkaren samt att Kungl. Maj:t utfärdar i samband härmed erforderliga tillämpningsföreskrifter.

Särskilt yttrande av experten Osvald

Jag ansluter mig helt och fullt till de synpunkter och förslag, som framförts i den av utredningens ordförande samt ledamöterna Edström och Kaijser avgivna reservationen.

BILAGA 1

Förslag till tandläkarvårdstaxa.

(Här anges endast föreslagna ersättningsberättigande åtgärder. Förslag till taxebelopp framlägges ej av utredningen.)

Ersättning för utgifter för tandvård för sådan behandling, som anges här nedan under 1—32, utgår efter följande beräknade arvoden:

Förberedande åtgärd

Kronor

1. Undersökning av tand- och muntillstånd
2. Röntgenundersökning vid ett eller flera tillfällen under en behandlingsperiod:
av en tand eller en tandgrupp, som omfattas av samma exponering
av varje ytterligare tand eller tandgrupp, som nyss sagts
dock sammanlagt under en behandlingsperiod högst
av ansiktsskelett, underkäke eller käkleder
3. Salivundersökning, patologisk-anatomisk, bakteriologisk eller annan laboratorieundersökning

Tand- och käkkirurgisk behandling

4. Behandling av tandkött och avlägsnande av tandsten, per gång
5. Tanduttagning:
en tand
varje ytterligare tand vid samma besök
dock sammanlagt vid ett besök:
i en käke högst
i båda käkarna högst
svårare fall (operativ tanduttagning)
6. Rotspets- eller cystaoperation, omfattande en tand eller flera angränsande tänder
7. Plastikoperation i käkområdet
8. Operation för marginal paradontit
9. Exision, ej hänförlig till någon av ovannämnda behandlingsformer
10. Efterbehandling av sår, per gång

Tand- och käkskadebehandling

11. Fixationsförband, enkelt, per käke
12. Trådbåge, per käke

Kronor

13. Gjuten metallskena, per käke
14. Plastskena, per käke
15. Capistrum
16. Hakkappa

Käkprotetisk behandling

17. Protetisk behandling, innefattande resektionsproteser, obturatorer samt näs- och ögonproteser eller dylikt

*Pulpakirurgisk behandling
(rotbehandling)*

18. Pulpaamputation
19. Rotbehandling av vital tand
20. Rotbehandling av gangränös tand

*Konserverande behandling
(tandfyllning)*

21. Permanent fyllning, enkel, i fram- eller hörntand, cervikal- eller centralfyllning i kind- eller oxeltand
22. Permanent fyllning, komplicerad
23. Krona i kind- eller oxeltand

Behandling med avlagbar protes

24. Partiell protes, omfattande högst tre tänder
25. Partiell protes, omfattande fyra eller flera tänder
26. Hel över- eller underkäksprotes
27. Helprotes
28. Lagning av protes
29. Ny protesbas (fullständig rebasering), per protes

Behandling med fast protes

30. Krona i fram- eller hörntand
31. Bro, omfattande högst tre hängande led
32. Bro, omfattande fyra eller flera hängande led

Anmärkningar:

Till tand- och käkskadebehandling hänföres icke tandreglering.

Arvode, som avses under 21, beräknas för flera fyllningar i samma fissursystem såsom för en fyllning.

BILAGA 2

Undersökningar och beräkningar över tandvårdssituationen i Sverige 1962—1980

Utförda på uppdrag av 1961 års sjukförsäkringsutredning

Inledning

Införandet av en allmän tandvårdsförsäkring kommer sannolikt att öka efterfrågan på tandvård i viss omfattning. Storleken av denna ökning blir beroende av en rad faktorer, såsom försäkringsförmånernas art och omfattning, den enskildes bedömning av tandvårdens angelägenhetsgrad i förhållande till kostnaden, psykologiska faktorer av skilda slag m. m., och kan därför ej bestämt förutsägas. Det är dessutom troligt, att en stigande levnadsstandard jämväl kommer att påverka efterfrågan på tandvård. Skall emellertid några förutsägelser eller antaganden beträffande den väntade efterfrågan på tandvård överhuvudtaget kunna göras, måste uppenbarligen vissa för dessa förutsägelser eller antaganden grundläggande fakta rörande utgångsläget vara kända. Det bör sålunda vara av värde att söka såvitt möjligt fastställa den ungefärliga arten och omfattningen av det i Sverige årligen utförda tandvårdsarbetet, huru stor del av befolkningen, som nu erhåller, resp. ej erhåller tandvård, ävensom att närmare klarlägga den nu tillgängliga tandläkararbetskraften och upprätta en prognos över denna arbetskrafts förändringar under den närmaste framtiden.

De utförda undersökningarna jämte prognosen över tandläkarkåkrens utveckling redovisas i avsnitt I och avsnitt II och utgör material för den prognos över utvecklingen av efterfrågan på tandvård, vilken behandlas i avsnitt III.

De vunna undersökningsresultaten har jämförts med resultaten från en av Socialmedicinska institutionen vid Uppsala universitet på uppdrag av sjukförsäkringsutredningen utförd undersökning, i det följande benämnd »Tandvårdsundersökningen 1963», vilket varit av värde för bedömningen av resultaten. De vid Tandvårdsundersökningen 1963 framkomna resultaten har även utnyttjats vid utarbetandet av prognosen över efterfrågeutvecklingen.

Genom de utförda undersökningarna har material också erhållits för en beräkning av kostnaderna för en planerad tandvårdsförsäkring.

Avsnitt I

Undersökningar angående tandläkartillgång (tandvårdsresurser) och tandvårdsbehovets tillgodoseende i Sverige 1962

De utförda undersökningarna redovisas nedan under A. I avsikt att söka bedöma de uppnådda resultatens tillförlitlighet har gjorts vissa jämförelser, för vilka redogöres under B.

A. Utförda undersökningar

De genomförda undersökningarna belyser tre olika frågor:

1. den nuvarande tandläkarkårens arbetsinsats, uttryckt i tandläkarnas årliga arbetstid.
2. medelantalet årligen behandlade patienter hos privatpraktiserande tandläkare och detta klientels fördelning på olika vårdtyper (revisionsbehandling, spordisk sanering, akutbehandling).
3. den genomsnittliga tidåtgången för dessa vårdtyper.

1. Tandläkarkårens arbetstid under år 1962

Från det totala antalet i Sverige examinerade tandläkare per den 31/12 1962 borträknades 70-åringar och äldre. Av den återstående populationen 5 095 tandläkare, uttogs slumpmässigt 1 030 individer, fördelade på 5-årsgrupper inom båda könen efter varje grupps andel i totalpopulationen. Detta urval beräknades ge ett medelfel beträffande den genomsnittliga arbetstiden i en 5-årsgrupp på $\pm 2,5\%$.

De sålunda utvalda tandläkarna tillställdes ett frågeformulär, vari de tillfrågades beträffande det antal timmar vederbörande under år 1962 ägnat åt patientvård, respektive åt odontologisk undervisning och/eller forskning. I tid för patientvård skulle även inräknas tid, som åtgått för praktikens administration o. dyl. I syfte att kontrollera de inkomna uppgifternas tillförlitlighet ställdes vissa frågor rörande frånvaroaanledningar och andra faktorer, som kunnat påverka arbetstiden.

Då materialinsamlingen avbröts, hade 865 svar inkommit, motsvarande 84 % av antalet uttagna tandläkare. Resultatet av bearbetningen av dessa svar framgår av tabell 1 och diagram 1.

De sålunda beräknade genomsnittliga arbetstiderna är ej synonyma med »normala» arbetstider. De icke yrkesverksamma tandläkarna liksom deltidsarbetande tandläkare och lärare vid tandläkarhögskolorna, vilka ägnar kanske ej ens halva sin tid åt klinisk patientvård, bidrar till att dessa genomsnittstider blir lägre än en tänkt »normaltid».

Tabell 1. Genomsnittlig årlig arbetstid i patientvård för svenska tandläkare under 1962 (tid för undervisning och forskning således ej medräknad)

| | Tandläkarnas ålder | | | | | | | | | |
|--|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 |
| Män | | | | | | | | | | |
| Genomsnittligt antal arbetstimmar per år | 1 680* | 1 680 | 1 808 | 1 553 | 1 571 | 1 601 | 1 697 | 1 461 | 1 372 | 962 |
| Totalantal tandl. i gruppen | 46 | 627 | 576 | 530 | 416 | 293 | 419 | 506 | 261 | 122 |
| Kvinnor | | | | | | | | | | |
| Genomsnittligt antal arbetstimmar per år | 1 246* | 1 246 | 1 035 | 1 077 | 1 185 | 1 222 | 1 131 | 1 238 | 967 | 427 |
| Totalantal tandl. i gruppen | 21 | 192 | 201 | 165 | 208 | 106 | 140 | 132 | 81 | 53 |

* Skattat värde

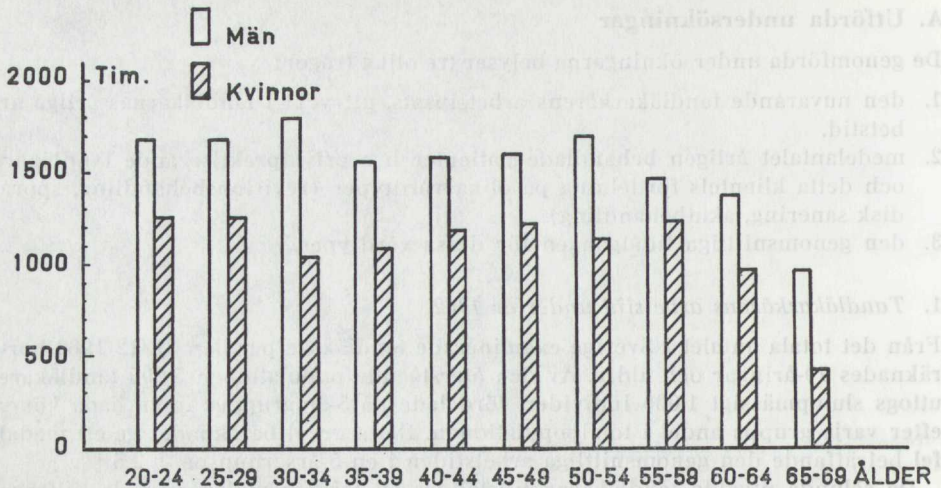


Diagram 1. Genomsnittlig årlig arbetstid i patientvård för svenska tandläkare under 1962 (tid för undervisning och forskning således ej medräknad)

En mera rättvisande uppfattning om vad som kan betraktas som »normal» arbetstid erhålles genom att beräkna medianen för heltidsarbetande privatpraktiserande tandläkare. Dessa värden återges i tabell 2.

Tabell 2. Medianvärden för årlig arbetstid i timmar bland heltidsarbetande privatpraktiserande tandläkare

| | Ålder under 40 år | Ålder 40—59 år |
|---------|-------------------|----------------|
| Män | 1 800 | 1 733 |
| Kvinnor | 1 320 | 1 450 |

Inom folktandvården är bruttotjänstgöringstiden för olika slag av tjänster känd (ej fullt 1 900 tim., resp. ej fullt 1 500 tim. per år). Härifrån skall dragas tid för tjänstledighet (på grund av sjukdom, havandeskap, militärtjänst m. m.) för att man skall erhålla nettoarbetstiden, dvs. den verkligt presterade tjänstgöringstiden.

Från huvudmännen för folktandvården inhämtades upplysningar rörande arbetstiden under år 1962 för samtliga tandläkare med utländsk examen (tabell 3). Det bör observeras, att i denna grupp alla är yrkesverksamma och de flesta har heltidstjänst i patientvård. I undersökningen ingår ett antal tandläkare, som arbetat i Sverige endast del av året. Dessa faktorer torde förklara de rel. stora variationerna ifråga om genomsnittstiderna.

Om man till den totala arbetstiden för svenska och utländska tandläkare, vilken beräknats ur här redovisat material, lägger den arbetstid i patientvård, som presterats av inkallade värnpliktiga tandläkare — vilken tid ej medräknats i arbetstidsundersökningen — erhåller man den totala arbetstid, som tandläkarna i Sverige under år 1962 ägnade patientvård, inklusive barntandvård och specialistvård. Den uppgick enligt denna undersökning till ca 8 175 000 timmar.

Tabell 3. Genomsnittlig årlig arbetstid i patientvård för i Sverige verksamma utländska tandläkare under 1962

| | Tandläkarnas ålder | | | | | | | | | |
|--|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 |
| <i>Män</i> | | | | | | | | | | |
| Genomsnittligt antal arbetstimmar per år | — | 1 327 | 1 358 | 1 539 | 1 613 | 1 796 | 1 644 | 1 769 | 1 508 | 1 467 |
| Totalantal tandl. i gruppen | — | 34 | 51 | 74 | 48 | 21 | 23 | 11 | 13 | 3 |
| <i>Kvinnor</i> | | | | | | | | | | |
| Genomsnittligt antal arbetstimmar per år | — | 942 | 1 331 | 1 335 | 1 447 | 1 534 | 1 378 | 1 661 | 1 299 | 1 716 |
| Totalantal tandl. i gruppen | — | 10 | 32 | 23 | 16 | 12 | 16 | 6 | 12 | 3 |

2. Medelantal patienter per tandläkare och fördelning på vårdtyper

Ur gruppen privatpraktiserande tandläkare, som utövat praktik under de senaste fyra åren, uttogs slumpmässigt 450 stycken fördelade på kön, ålder och praktikort i proportion till totalpopulationen. De utvalda ombads uppge antalet under år 1962 behandlade patienter och dessas fördelning på följande tre vårdtyper:

- A. Revisionsfall: fall av fullständig tandbehandling med högst 24 månaders avstånd från föregående fullständiga behandling.
- B. Sporadiska saneringsfall: fall av fullständig behandling där mer än 24 månader förflutit sedan föregående behandling.
- C. Akuta fall: förutom patienter, som endast erhållit behandling för direkt akuta besvär, även patienter, som påbörjat fullständig behandling men avbrutit densamma.

Under året nyttillkomna patienter, beträffande vilka tandläkaren ej med ledning av patientens uppgifter eller av behandlingsbehovets omfattning kunde avgöra till vilken av grupperna A—C patienten borde hänföras, redovisades av tandläkaren som osäkra fall.

Tyvärr visade sig stora svårigheter uppkomma att erhålla önskat antal svar på denna undersökning. Efter två påminnelser uttogs därför ett s. k. reststickprov,¹ vilket har inarbetats i totalkalkylen. Det totala antalet svar inklusive reststickprovet utgjorde 257 motsvarande 57 % av de tillfrågade. Med hänsyn till denna låga svarsprocent och till spridningens storlek är det vanskligt att dra bestämda slutsatser av denna undersökning. Värdena för gruppen av först svarande och reststickprovet avvek emellertid ej markant från varandra. En analys av arbetstid och ålder för de tandläkare, som icke fullföljt undersökningen, visar ifråga om dessa en normal åldersfördelning men möjligen en något större andel partiellt arbetande än i gruppen av svarande.

Totala antalet patienter från 17 år och uppåt, som erhållit tandvård i någon form under 1962, utgjorde enligt föreliggande undersökning jämte behandlingsstatistiken från folktandvården ca 2,6 millioner. I denna siffra ingår ej patienter behandlade inom militärtandvården och vid tandläkarhögskolornas lärarkliniker. Motsva-

¹ "Reststickprov" betecknar ett nytt stickprov ur gruppen icke svarande.

Tabell 4. Medelantal patienter per privatpraktiserande tandläkare och år samt patienternas fördelning på vårdtyper

| Vårdtyper | | |
|--------------------|----------------------------------|-----------------|
| A Revisionsfall | B Sporadiska saneringsfall | C Akuta fall |
| 466 | 107 | 71 |

rande siffra, framräknad ur material från Tandvårdsundersökningen 1963 uppgår till ca 2,5 millioner. Härvid är att märka, att den senare undersökningen måste ge ett lägre värde. I föreliggande undersökning redovisas vissa patienter mer än en gång, nämligen de som sökt mer än en tandläkare under året. Undersökningens värden för patientantal torde med hänsyn till den funna överensstämmelsen vara i huvudsak rättvisande.

Undersökningens resultat framgår av tabell 4. Vid bearbetningen har de osäkra fallen fördelats proportionellt på grupperna A—C.

3. Tidåtgång för olika vårdtyper

För undersökning av den genomsnittliga behandlingstiden per patient vid de tidigare angivna vårdtyperna uttogs 97 privatpraktiserande tandläkare, fördelade efter ålder och kön samt praktikort, motsvarande fördelningen i totalpopulationen av tandläkare. En förutsättning var vidare, att vederbörande skulle haft praktik på samma ort minst sedan 1956. Dessa tandläkare ombads att ur sitt patientkartotek ta ut journaler, fördelade på 10 revisionsfall, 3 sporadiska saneringsfall och 2 akuta fall, slumpmässigt utvalda inom varje grupp. I en särskild PM gavs detaljerade anvisningar beträffande de olika grupperna och hur urvalet skulle ske för att bli slumpmässigt. I samtliga fall skulle patienten ha fyllt 16 år före undersökningsperiodens början. Revisionspatienterna skulle ha varit under behandling i minst 6 år och under perioden 1957—62 ha erhållit fullständig behandling i minst 4 omgångar, samt sannolikt ej erhållit behandling hos annan tandläkare. Sporadiska saneringsfall skulle ha genomgått 1—3 färdigbehandlingar under samma tidsperiod med mer än 24 månaders avstånd mellan slutet av en period och början på den följande.

För en motsvarande undersökning inom folktandvården uttogs genom tandvårdsinspektörerna sammanlagt 30 tandläkare, i huvudsak jämnt geografiskt fördelade.

Det inkomna och bearbetbara materialets omfattning framgår av tabell 5 och resultatet av bearbetningen av tabell 6.

Det bör noteras, att normal spiltid ingår i dessa siffror. Spiltid, betingad av patienters uteblivande från behandling eller av tillfälliga driftsstopp i praktiken, är däremot icke medräknad, varför de verkliga tiderna bort ligga något högre.

Ett kontrollmaterial har erhållits genom en grupp av de patienter, som uttagits vid Tandvårdsundersökningen 1963 och beträffande vilka uppgifter i efterhand infördrats från de tandläkare, hos vilka patienterna uppgett sig ha erhållit behandling. Ett antal av dessa svar måste gallras bort, då patienterna visade sig svåra att klassificera eller icke uppfyllde kraven på observationstid i denna undersökning.

Tabell 5. Behandlingstider för olika vårdtyper
Omfattningen av bearbetat material

| | Vårdtyper | | |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|-----------------|
| | A Revisionsfall | B Saneringsfall | C Akuta fall |
| Inom privattandvård | | | |
| Antal uttagna tandl. | 97 | 97 | 97 |
| Antal svar | 59 | 54 | 49 |
| Antal patienter | 591 | 153 | 101 |
| Antal avslutade be- handlingar | 3 169 | 316 | 148 |
| Inom folktandvård | | | |
| Antal uttagna tandl. | 30 | 30 | 30 |
| Antal svar | 25 | 26 | 27 |
| Antal patienter | 248 | 78 | 56 |
| Antal avslutade be- handlingar | 1 198 | 171 | 115 |

Tabell 6. Behandlingstider för olika vårdtyper
Genomsnittliga tider i minuter

| | Vårdtyper | | |
|---|-------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| | A Revisions- fall | B Sporadiska sanerings- fall | C Akuta fall |
| Inom privattandvård | 125 | 187 | 48 |
| Inom folktandvård | 122 | 179 | 59 |
| Kontrollmaterialet (Tandvårdsundersök- ningen 1963) | 119 | 206 | 50 |

För den slutliga bearbetningen återstod 189 patienter med 302 revisionsbehand-
lingar, 133 saneringsbehandlingar och 44 akutbehandlingar. Resultaten av denna
undersökning redovisas ävenledes i tabell 6.

Det har sålunda utförts tre av varandra oberoende undersökningar över använd
tid för behandling av förut definierade olika slag av fall. Såsom framgår av tabell
6 visar de funna genomsnittsvärdena en god, delvis mycket god överensstämmelse.
Den relativt sett största avvikelserna, folktandvårdens genomsnittliga tid för akutfall,
jämförd med övriga funna tider för akutfall, torde bero på det i allmänhet förhål-
landevis stora inslaget av »partiella» (avbrutna) behandlingar inom folktandvår-
den. Denna grupp av fall har enligt definitionen inräknats bland akutfallen.

B. Jämförelser mellan vissa undersökningsresultat

I betänkandet Ökad examination av tandläkare (SOU 1953:36) redovisar statistik-
utskottet inom 1951 års tandläkarkommitté resultatet av en del av utskottet utförda
undersökningar, vilka kan sägas delvis motsvara de under A. 3. ovan redovisade
undersökningarna. Indelningen i vårdtyper och definitionerna av de olika vård-
typerna skiljer sig dock så väsentligt från varandra i de nämnda undersökningar-
na, att en direkt jämförelse mellan de vunna resultaten knappast kan göras.

Det har framgått ur undersökningen under A. 3. ovan att antalet revisionsfall i privat tandläkarpraktik är väsentligt större än antalet saneringsfall samt att antalet akuta fall är ganska ringa. I folktandvården är förhållandena väsentligt annorlunda. Bland de patienter, som erhållit fullständig behandling, är revisionsfall och saneringsfall erfarenhetsmässigt ungefär lika talrika, möjligen överväger saneringsfallen något, detta på grund av de förbehandlingsordningen inom folktandvården gällande bestämmelserna. Om man sålunda räknar med att av de 226 000 fullständigt behandlade fallen 110 000 är revisionsfall och 116 000 saneringsfall, torde man komma sanningen nära.

Bland de partiellt behandlade fallen finnes erfarenhetsmässigt en mindre del, troligen mellan 15 % och 20 %, som erhållit fullständig eller praktiskt taget fullständig vård men som av formella skäl i statistiken förts till »akuta fall» inom gruppen partiellt behandlade. Man torde kunna räkna med att det här rör sig om ca 60 000 patienter, av vilka ungefär hälften är revisionsfall, den andra hälften saneringsfall. Återstående patienter i denna grupp, 257 000 personer, är till större delen akuta fall, till en mindre del fall, i vilka en påbörjad revisionsbehandling eller saneringsbehandling avbrutits. Den genomsnittliga behandlingstiden för akuta fall och »avbrutna behandlingar» utgjorde enligt undersökningen under A. 3. inom folktandvården genomsnittligt 59 min. per fall, medan de genomsnittliga behandlingstiderna för revisionsfall och saneringsfall utgjorde 122 min. resp. 179 min. per fall.

Med användande av här angivna siffror, 140 000 revisionsfall à 122 min., 146 000 saneringsfall à 179 min. och 257 000 akuta fall och avbrutna behandlingar à 59 min., erhåller man en sammanlagd behandlingstid av 973 000 timmar under året. Denna siffra skall sålunda jämföras med förut angivna totaltid om 983 000 timmar.

Med hänsyn till de överensstämmelser, som konstaterats vid de gjorda jämförelserna, torde man vara berättigad antaga, att de genom de olika undersökningarna erhållna resultaten ger i stort sett en riktig bild av verkligheten.

Avsnitt II

Prognos över utvecklingen av tandläkarkåren i Sverige jämte för tandvårdande verksamhet tillgänglig tandläkarearbetstid för tiden t. o. m. 1980

A. Tandläkarantalet

Föreliggande prognos utgår från tandläkarkåren i Sverige och dess fördelning efter kön och ålder den 31/12 1962. Uppgifter härom har erhållits från Sveriges Tandläkarförbunds matrikel över tandläkarkåren. Tillförslän av nya tandläkare har beräknats på följande sätt:

Intagningen av nya studerande till tandläkarstudier har fram t. o. m. vårterminen 1963 utgjort 120 per termin och utgör från och med höstterminen 1963 130 per termin. Av de till studier antagna beräknas under studietiden, av olika anledningar, avgå ca 8 %, vadan examinationen t. o. m. år 1967 beräknas utgöra ca 220 tandläkare per år och fr. o. m. 1968 ca 240 tandläkare per år vid nu befintliga svenska odontologiska läroanstalter.

Med början på senhösten 1962 har svenska studenter antagits för tandläkarstudier vid västtyska universitet. Sådan antagning har därefter skett två gånger per år med i genomsnitt ca 30 studenter per gång. Enligt uttalande från statsmakternas

sida skulle denna antagning av studenter pågå till dess den odontologiska fakulteten (tandläkarhögskolan) i Göteborg träder i verksamhet. Här har räknats med dylik antagning av svenska studenter sex gånger, vardera gången med 30 studenter. Det är emellertid möjligt, att detta antal ej kan upprätthållas vid nuvarande starka ökning av tillströmningen av studenter till de västtyska universiteten. Å andra sidan är det möjligt att antagning kan ske sju ev. åtta gånger, då den odontologiska fakulteten i Göteborg numera beräknas börja sin antagning av studenter först höstterminen 1966.

Man torde få räkna med att några av de studenter, som påbörjar sina studier i Västtyskland, av en eller annan anledning avbryter dessa. Här har beräknats att i vardera gruppen ca 25 studenter fullföljer studierna och därefter återvänder till Sverige för den komplettering av utbildningen, som beräknas ske här hemma. Vid sådant förhållande skulle den första gruppen bli leg. tandläkare i juni 1968 och de följande grupperna därefter med ett halvt års mellanrum. På detta sätt skulle tandläkarkåren tillföras 50 i Tyskland utbildade tandläkare vardera åren 1968, 1969 och 1970. Eventuellt blir det under dessa år ett något mindre antal men istället ytterligare en del under 1971.

När antagningen av svenska studerande till tandläkarstudier vid västtyska universitet började, fanns redan i Tyskland ett 25-tal svenska tandläkarstuderande, som efter avlagd tysk tandläkarexamen efter allt att döma kommer att återvända till Sverige. I föreliggande prognos har dessa ej medräknats med hänsyn till ovissheten om de förutnämnda beräkningarna över antalet i Tyskland utbildade kommer att hålla.

Under år 1971 beräknas de första i Göteborg utbildade tandläkarna komma att avlägga examen. Genom tillkomsten av den odontologiska fakulteten i Göteborg skulle hela antalet till tandläkarstudier i Sverige antagna studenter stiga till 360 per år.

Av till fakulteten i Göteborg antagna 100 studenter per år beräknas emellertid under de första fem åren 25 % utgöras av norska studerande. Antalet examinerade svenska tandläkare — efter utbildning enbart i Sverige — skulle sålunda under åren 1971—1975 utgöra sammanlagt 308 per år och fr. o. m. 1976 331 per år.

I brev till Kanslern för rikets universitet den 19 december 1963 har Kungl. Maj:t bl. a. särskilt fäst vederbörande planerande organs uppmärksamhet på vad chefen för ecklesiastikdepartementet och statsutskottet anfört angående riktpunkten för antalet studerande — i den officiella statistikens mening — vid skilda fakulteter och högskolor i början av 1970-talet, enligt vilken ett i brevet angivet antal studerande skall gälla för deras fortsatta arbete. Ifråga om tandläkarhögskolorna skulle riktpunkten vara 2 200 studenter, motsvarande ett årligt intag av 440 studenter och en årlig examination av ca 405 tandläkare.

Emellertid föreligger — enligt vad som upplysts — ännu ej några planer rörande huru denna ökade intagning av tandläkarstuderande skall ske. Då planerandet och genomförandet av en dylik utbyggnad av tandläkarundervisningen måste taga avsevärd tid i anspråk och då det därtill kräves fem år efter genomförandet, innan tandläkarna i den första utökade terminskursen är färdiga, torde situationen böra bedömas så att en ytterligare utbyggnad av tandläkarutbildningen knappast kan få effekt förrän tidigast 1975 eller 1976. I föreliggande prognos har räknats med 1976.

För prognosen ifråga om könsfördelningen av de nyexaminerade tandläkarna har hänsyn tagits till de nuvarande tandläkarstuderandenas könsfördelning.

Tandläkarnas ålder vid avläggandet av examen har under den tid prognosen gäller ansetts bli densamma som den befunnits vara under senaste femårsperioden.

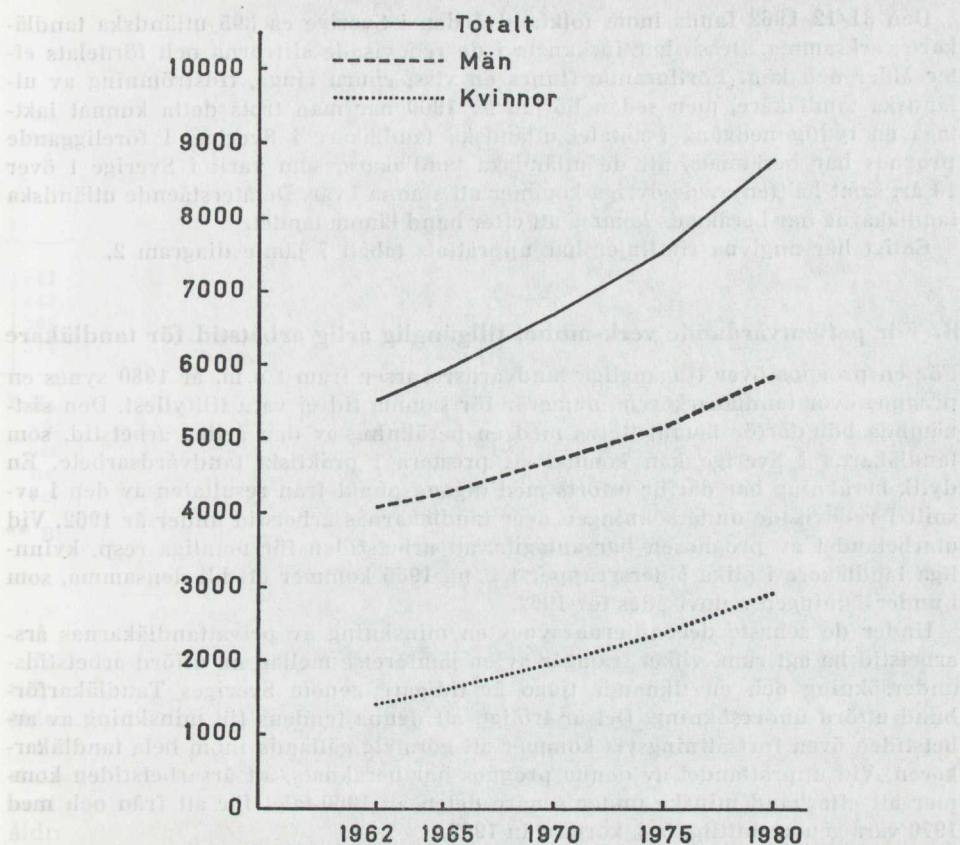


Diagram 2. Prognos över antalet tandläkare i riket 1962—1980
(tandl. över 69 års ålder ej medräknade)

Dödligheten bland svenska tandläkare har tidigare (se SOU 1946:12, sid. 32 och 173) befunnits närmast överensstämmande med den för vuxna personer i Stockholm funna dödligheten. Denna har sålunda använts vid beräkningen av avgången från kåren genom dödsfall.

Tandläkare i åldern 70 år och däröver har ej medräknats i denna prognos, då de endast i mycket begränsad omfattning kan beräknas komma att utföra tandvårdsarbete.

Tabell 7. Prognos över antalet tandläkare i riket 1962—1980
(tandl. över 69 års ålder ej medräknade)

| År | Manliga | Kvinnliga | | Totalt | Ökning i % från 1962 |
|------|---------|-----------|-----------|--------|-------------------------|
| | | antal | utgör i % | | |
| 1962 | 4074 | 1429 | 26 | 5503 | |
| 1965 | 4293 | 1614 | 27,3 | 5907 | 7,3 |
| 1970 | 4723 | 1963 | 29,4 | 6686 | 21,5 |
| 1975 | 5171 | 2375 | 31,5 | 7546 | 37,1 |
| 1980 | 5863 | 2928 | 33,3 | 8791 | 59,7 |

Den 31/12 1962 fanns inom folktandvården i Sverige ca 395 utländska tandläkare verksamma. Dessa har inräknats i de redovisade siffrorna och fördelats efter ålder och kön. Fortfarande finnes en viss, ehuru ringa, tillströmning av utländska tandläkare, men sedan början av 1960 har man trots detta kunnat iakttaga en tydlig nedgång i antalet utländska tandläkare i Sverige. I föreliggande prognos har beräknats, att de utländska tandläkare, som varit i Sverige i över 10 år, samt hälften av de övriga kommer att stanna kvar. De återstående utländska tandläkarna har beräknats komma att efter hand lämna landet.

Enligt här angivna riktlinjer har upprättats tabell 7 jämte diagram 2.

B. För patientvårdande verksamhet tillgänglig årlig arbetstid för tandläkare

För en prognos över tillgängliga tandvårdsresurser fram t. o. m. år 1980 synes en prognos över tandläkarkårens numerär för samma tid ej vara tillfyllest. Den sistnämnda bör därför kompletteras med en beräkning av den årliga arbetstid, som tandläkarna i Sverige kan komma att prestera i praktiskt tandvårdsarbete. En dylik beräkning har därför utförts med utgångspunkt från resultaten av den i avsnitt I redovisade undersökningen över tandläkarnas arbetstid under år 1962. Vid utarbetandet av prognosen har antagits, att arbetstiden för manliga resp. kvinnliga tandläkare i olika åldersgrupper t. o. m. 1966 kommer att bli densamma, som i undersökningen redovisades för 1962.

Under de senaste decennierna synes en minskning av privattandläkarnas årsarbetstid ha ägt rum, vilket framgår av en jämförelse mellan nu utförd arbetstidsundersökning och en liknande tjugo år tidigare genom Sveriges Tandläkarförbund utförd undersökning. Det är troligt, att denna tendens till minskning av arbetstiden även fortsättningsvis kommer att göra sig gällande inom hela tandläkarkåren. Vid upprättandet av denna prognos har beräknats, att årsarbetstiden kommer att efterhand minska under senare delen av 1960-talet för att från och med 1970 vara genomsnittligt 5 % kortare än 1962.

Huru utvecklingen beträffande tandläkarnas genomsnittliga arbetstid kommer att gestalta sig under 1970-talet är svårt att nu med någon säkerhet förutsäga. En tendens till fortsatt arbetstidsminskning kan tänkas komma att göra sig gällande. Det kan emellertid även tänkas att — om en allmän tandvårdsförsäkring införes och denna medför en ökad efterfrågan på tandvård — denna efterfrågeökning har till följd att tandläkarna i viss mån ökar sin arbetstid. Under sådana förhållanden har det ansetts riktigtast att under 1970-talet räkna med en oförändrad genomsnittlig arbetstid.

I tabell 10 och diagram 3 anges den totala årliga tandläkararbetstid, som enligt ovan angivna principer beräknats stå till förfogande vid angivna tidpunkter.

Oavsett huru man kommer att förfara med barn och ungdomar upp t. o. m. 16 års ålder — om dessa kommer att innefattas i en allmän tandvårdsförsäkring eller ej — har det syntts lämpligt att i första hand reservera arbetstid för barntandvården, vilken allmänt anses såsom grundläggande för en god tandvård för hela folket. Härtill kommer, att ordnandet av barntandvården nu hunnit långt och arbetet på dess fortsatta utbyggnad pågår. Åtskilligt statistiskt material finnes tillgängligt för en beräkning av för denna vård erforderlig arbetstid.

Tid synes även böra reserveras för den övervägande på barn utförda och barn-tandvården närstående tandregleringsvården liksom för den specialisttandvård, som utföres vid centraltandpolikliniker och motsvarande institutioner. Det rör sig i sistnämnda fallet om synnerligen angelägen vård, till stor del av karaktären akutvård.

Tabell 8. Beräkning av erforderlig barntandvårdstid

| År | Antal individer 3—5 år | Därav vård-sökande 15—45 % ökande med 10 % för vart 5:e år | Be-handl.-tid för dessa å 2 tim. per barn och år | Antal individer 6 år | Härav 80 % vård-sökande | Behandl.-tid för dessa å 1 tim. per barn och år | Antal individer 7—16 år | Härav 90 % * | Behandl.-tid för dessa se nedan** | Total-tid för 3—16 år |
|------|------------------------|--|--|----------------------|-------------------------|---|-------------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------|
| 1965 | 317 700 | 47 655 | 95 310 | 104 031 | 83 210 | 83 210 | 1 092 613 | 983 351 | 1 966 702 | 2 145 200 |
| 1970 | 343 200 | 92 025 | 184 050 | 106 968 | 85 574 | 85 574 | 1 058 239 | 952 415 | 1 809 588 | 2 079 200 |
| 1975 | 368 100 | 128 835 | 257 670 | 118 251 | 94 601 | 94 601 | 1 101 692 | 991 522 | 1 784 740 | 2 137 000 |
| 1980 | 374 354 | 168 459 | 336 918 | 125 112 | 100 090 | 100 090 | 1 184 703 | 1 065 933 | 1 812 086 | 2 249 100 |

* Barnen i årsgrupperna 7—16 år, dvs. i tio årsgrupper, tillhör den egentliga "skoltandvården". De beräknas i denna regelmässigt få behandling en gång i vardera klasserna 1—9, dvs. nio gånger. Trots att samtliga barn får regelbunden behandling under hela skoltiden kommer härigenom under ett kalenderår blott 90 % av barnen till revisionsbehandling.

** Behandlingstid 1965 2,0 t. per barn o. år
1970 1,9 t. per barn o. år
1975 1,8 t. per barn o. år
1980 1,7 t. per barn o. år

Antaganden med hänsyn till väntad effekt av kariesprofylax

När erforderlig tid för arbete inom dessa vårdgrenar frånräknats, återstår den tid, som kan ägnas allmän tandvårdsverksamhet, avseende patienter över 16 års ålder.

För barntandvården erforderlig tid har beräknats på grundval av tillgängligt statistiskt material beträffande barnantal i olika årsgrupper från 1963 och prognostiserat fram till 1980 samt genomsnittlig årlig behandlingstid för barn i skolåldrarna, ävensom antaganden rörande anslutning till tandvård, rörande effekten av en tämligen allmänt genomförd kariesprofylax samt rörande erforderlig årlig behandlingstid för barn i förskoleåldrarna. Resultaten redovisas i tabell 8. Det kan förtjäna påpekas, att i de angivna tiderna innefattas all barntandvård i landet, som antages bli efterfrågad, således oavsett om den utföres inom folk-tandvården, i primärkommunal regi, vid anstalter av skilda slag eller privat.

Den årliga behandlingstiden för barn i skolåldrarna har under senare år enligt medicinalstyrelsens statistik utgjort genomsnittligt något över 2 timmar per barn, varierande mellan 2,1 och 2,3 timmar per barn. På allra senaste tiden har emellertid kariesprofylaxen genom användande av lokal fluorapplikation vunnit vidsträckt användning; den omfattade höstterminen 1962 ca 30 % av barnen i skoll-pliktig ålder i riket och har sedan dess vunnit ytterligare utbredning. Undersökningar över effekten av lokal fluorapplikation, där denna bedrivits systematiskt, visar en reduktion av kariessjukdomens frekvens med åtminstone 30 %. Vissa resultat tyder på att än bättre effekt kan uppnås. Här angivna förhållanden har ansetts väl motivera den reduktion av den årliga behandlingstiden per barn i skolåldern, som anges i en not till tabell 8. Antagandena rörande erforderlig årlig behandlingstid för barn i förskoleåldern har ävenledes gjorts under beaktande av den beräknade effekten av en organiserad kariesprofylaktisk verksamhet. I fråga om 6-åringarna har därtill beaktats att en väsentlig del av dessa ej erhållit tandvård under tidigare år och för dessa kommer då som regel endast behandling av de permanenta tänderna ifråga.

Vad angår anslutningen till tandvården har här antagits att i skolåldern, 7—16

Tabell 9. Beräknad tidåtgång i tandregleringsvård

| År | Antal tandläkare | Arbetstid |
|------|------------------|-----------|
| 1965 | 100 | 175 000 |
| 1970 | 145 | 241 000 |
| 1975 | 190 | 316 000 |
| 1980 | 235 | 390 000 |

år, 100 % av barnen kommer att delta. På grund av sättet för skoltandvårdens genomförande kommer årligen blott 90 % av barnen att behandlas, vilket ytterligare förklaras i not till tabell 8.

Beträffande barn i 6-årsåldern visar erfarenheten från områden, där tandvård för dessa barn varit organiserad, att man trots individuella kallelser dock icke uppnått större anslutning än mellan 75 och 80 %. Här har räknats med 80 % anslutning. — Av flera skäl får man räkna med att anslutningen av barn i tidigare åldrar blir väsentligt mindre. Här har antagits att anslutningen kommer att öka från 15 % 1965 till 45 % 1980.

Utgående från nuvarande antal tandläkare, som uteslutande sysslar med tandregleringsvård — oavsett om de är färdigutbildade specialister eller håller på med sin specialistutbildning — jämte antagandet, huru detta antal troligen kommer att öka ävensom en uppskattning av dessa tandläkares sannolika — beträffande folk-tandvårdens tandregleringsspecialister kända — årsarbetstid har den för den samlade tandregleringsvården erforderliga arbetstiden prognostiserats. De framräknade tiderna återfinnes i tabell 9.

Beträffande centraltandpoliklinikkvården finnes arbetstidsstatistik ej tillgänglig. Med utgångspunkt från antalet vid nämnda institutioner under 1962 tjänstgörande tandläkare kan denna tid emellertid relativt väl beräknas. Densamma torde under 1962 ha uppgått till ca 150 000 timmar. Allra största delen av denna tid ägnades egentlig specialistvård, endast en mindre del annan vård. Uppskattningsvis uppgick den tid, som ägnades egentlig specialistvård under 1962, till ca 130 000 timmar. Denna siffra anses komma att stiga något och kan beräknas uppgå till 135 000 timmar 1965, 140 000 timmar 1970, 145 000 timmar 1975 och 150 000 timmar 1980.

Från den beräknade totala arbetstiden för tandläkare har även frånräknats den arbetstid, som presteras av fast anställda militärtandläkare, ca 40 000 timmar per år.

Den arbetstid i tandvård, som presteras av inkallade, värnpliktiga tandläkare, innefattas ej i prognosen.

Tabell 10. Prognos över tillgängliga tandvårdsresurser fram t. o. m. 1980

| År | Tandläkarnas totala årsarbetstid i tandvårdande verksamhet | Härav beräknas för barntandvård, tandreglering och ctp-vård samt fast anställda militärtandläkare | Återstår för allmän tandvård åt patienter över 16 års ålder utom inkallade värnpliktiga |
|------|--|---|---|
| 1962 | 8 095 100 | 2 120 700 | 5 974 400 |
| 1965 | 8 632 900 | 2 495 200 | 6 137 700 |
| 1970 | 9 104 500 | 2 500 200 | 6 604 300 |
| 1975 | 10 245 400 | 2 638 000 | 7 607 400 |
| 1980 | 12 062 800 | 2 829 100 | 9 233 700 |

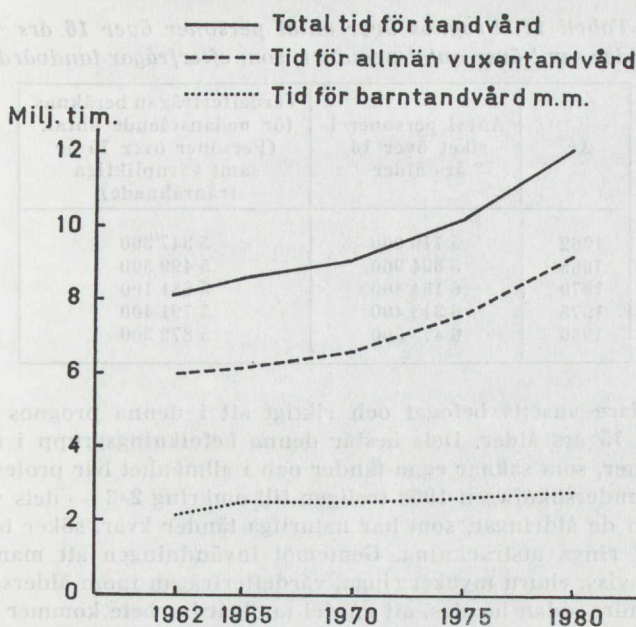


Diagram 3. Prognos över tillgängliga tandvårdsresurser fram t.o.m. 1980

De ovan angivna beräkningarna sammanfattas i tabell 10, av vilken även framgår den tid, som beräknas återstå för allmän tandvård åt patienter över 16 års ålder, bortsett från inkallade värnpliktiga. Samma återgives grafiskt i diagram 3.

Avsnitt III

Prognos över utvecklingen av efterfrågan på tandvård för tiden t. o. m. 1980

Föreliggande prognos bygger bl. a. på antagandena att levnadsstandarden fortsättningsvis kommer att stiga samt att en tandvårdsförsäkring kommer att införas mellan 1965 och 1970. Dessa förhållanden antages komma att öka efterfrågan på tandvård, varvid olika hypoteser om storleken av denna efterfrågeökning uppställts (hypoteserna II, III och IV). Till jämförelse anges (hypotes I) vad en oförändrad efterfrågan på tandvård skulle innebära under den tid, som här avses.

Som mått på efterfrågan användes den årliga arbetstid för tandläkare, som den efterfrågade vården beräknas kräva. Den tandläkararbetstid, som beräknats stå till förfogande, anges som jämförelse. Huru beräkningarna utförts redovisas i det följande.

I avsnitt II har gjorts en beräkning av det antal tandläkartimmar, som under tiden fram till och med 1980 årligen kan komma att stå till förfogande för »allmän» tandvård — således ej specialisttandvård — åt personer över 16 års ålder, dock med borträknande av till militärtjänst inkallade värnpliktiga, för vilka tandvård beräknas komma att liksom hittills organiseras i särskild ordning. Barntandvården har ansetts så väsentlig och grundläggande för hela folkets tandvård att tid i första hand bör reserveras för densamma.

Tabell 11. Prognos över antal personer över 16 års ålder samt över antal personer, som efterfrågar tandvård

| År | Antal personer i riket över 16 års ålder | Vårdefterfrågan beräknas för nedanstående antal. (Personer över 75 år samt värnpliktiga frånräknade) |
|------|--|--|
| 1962 | 5 710 000 | 5 347 300 |
| 1965 | 5 894 900 | 5 499 300 |
| 1970 | 6 134 400 | 5 681 100 |
| 1975 | 6 313 400 | 5 791 400 |
| 1980 | 6 473 500 | 5 872 300 |

Det har vidare ansetts befogat och riktigt att i denna prognos ej medräkna personer över 75 års ålder. Dels består denna befolkningsgrupp i stor utsträckning av personer, som saknar egna tänder och i allmänhet bär protes — att döma av Tandvårdsundersökningen 1963 troligen till omkring 2/3 — dels visar erfarenheten, att även de åldringar, som har naturliga tänder kvar, söker tandläkare endast i mycket ringa utsträckning. Gentemot invändningen att man dock måste räkna med en viss, ehuru mycket ringa, vårdefterfrågan inom åldersgruppen över 75 år kan å andra sidan hävdas, att en del tandvårdsarbete kommer att presteras, som ej medtagits i föreliggande beräkningar. Härmed avses dels det arbete, som utföres av en del tandläkare över 69 års ålder, dels arbete, som utföres vid tandläkarhögskolornas s. k. kandidatkliniker.

Statistiska centralbyråns prognos över antalet personer i riket över 16 års ålder ävensom storleken av den befolkningsgrupp, vars tandvårds efterfrågan det här gäller att prognostisera, anges i tabell 11.

Den ovan avsedda befolkningsgruppen, för vilka prognosen uppgöres, torde i tandvårdshänseende kunna indelas i följande vårdtypsgrupper:

1. Revisionsfall: personer, som söker och erhåller systematisk tandvård minst en gång vart eller vartannat år.

2. Saneringsfall: personer, som söker och erhåller systematisk tandvård mindre ofta än vartannat år (med större tidsintervall än två år).

3. »Äkta» akutfall: personer, som söker tandläkare endast vid tandvärk eller annat akut tandfall för avhjälpande av de akuta besvären.

Beträffande den första gruppen må framhållas, att erfarenheten visar, att en del personer inom denna grupp söker tandvård två eller flera gånger per år. I föreliggande prognos har antagits, att 10 % av den befolkningsgrupp, som under ett år erhåller revisionsbehandling, söker och erhåller två revisionsbehandlingar under året. Det har vidare på grundval av för 1962 funna förhållanden antagits, att under tidsperioden 1962—69 ungefär hälften av gruppen revisionsfall inom befolkningen söker tandvård endast vartannat år, medan återstoden söker en gång om året eller oftare. Detta innebär, att av gruppen revisionsfall i befolkningen 75 % söker tandvård under ett visst år; några av dem såsom förut nämnts två eller flera gånger under året. Det har emellertid ansetts troligt, att en övergång till mera regelbunden vård inträder, varför det har antagits att fr. o. m. 1970 80 % av gruppen revisionsfall söker och erhåller tandvård under ett år.

En stor del av gruppen saneringsfall utgöres av personer, som saknar egna tänder och har (eller har behov av) helprotes. Dessa personer, som enligt Tandvårdsundersökningen 1963 utgör 21 % av befolkningen i åldern 17—75 år, har antagits fortsättningsvis komma att anskaffa ny helprotes i genomsnitt en gång

vart femte år, vilket torde innebära väsentligt tätare utbyte av proteser än vad nu genomsnittligt är fallet. Övriga personer i gruppen saneringsfall beräknas söka systematisk vård vart tredje eller vart fjärde år eller mindre ofta. Genomsnittligt beräknas samtliga personer i denna grupp söka och erhålla systematisk tandvård en gång på 4,5 år.

Utgående från här angivna förutsättningar och det antal personer, som enligt i avsnitt I redovisad undersökning (I:2) samt enligt årsrapporterna från folk-tandvården befunnits vara revisionsfall, resp. saneringsfall, har man kunnat beräkna andelen av revisionsfall och saneringsfall i befolkningen under år 1962. De har befunnits nämnda år utgöra 42, resp. 43 % av den befolkningsgrupp prognosen gäller. Gruppen »äkta» akutfall utgjorde då återstoden eller 15 %.

Anledningen till att personer söker tandläkare mindre regelbundet eller endast vid akuta besvär kan vara skiftande: rädsla för tandläkare, bristande intresse för tandvården, avsaknad av vanan att söka tandläkare, bristande ekonomiska resurser, praktiska svårigheter av ena eller andra slaget att uppsöka tandläkare.

Alldeles särskilt torde dessa förhållanden göra sig gällande inom gruppen »äkta» akutfall men självfallet även i gruppen saneringsfall. Av personerna i gruppen »äkta» akutfall beräknas varje år en tredjedel söka vård för akuta tandbesvär. Även bland de personer, som söker systematisk vård mer eller mindre regelbundet, revisionsfallen och saneringsfallen, förekommer mellan tillfällena för systematisk vård akuta tandsjukdomar, som nödvändiggör tandläkarbesök. I prognosen har hänsyn tagits även till dessa fall i en omfattning, som framgått av deras andel av akutfallen 1962.

Det kan även här förtjäna framhållas att det — på grundval av i avsnitt I redovisade undersökningar — beräknade antalet personer, som sökt tandläkare år 1962, stämde väl med motsvarande antal som kan beräknas, om man utgår från materialet i Tandvårdsundersökningen 1963.

I beräkningarna beträffande samtliga nedan angivna hypoteser har tillagts en »spilltid» om 140 000 timmar per år, orsakad av patienters uteblivande från behandling eller andra oförutsedda händelser. Den angivna siffran, som erhållits ur siffermaterialet för 1962, innebär en spilltid av i genomsnitt mellan en halv och en timma per tandläkare och vecka, en fullt rimlig siffra.

Ifråga om den framtida utvecklingen av efterfrågan på tandvård har, såsom inledningsvis angivits, olika hypoteser uppställts.

Hypotes I innebär i princip oförändrad värdefterfrågan hos befolkningen. En ökning av antalet behandlade personer sker sålunda endast i förhållande till folkökningen. Det är föga troligt, att efterfrågan kommer att gestalta sig enligt denna har förhållandena år 1962 angivits till jämförelse med övriga. I samtliga hypoteser har förhållandena år 1962 angivits till jämförelse och såsom ett utgångsläge.

Hypoteserna II, III och IV innebär, att efterfrågan på tandvård ökas men i olika grad. Detta visar sig i en förändring av fördelningen av vårdtyperna i riktning mot mera regelbunden vård och oftare återkommande tandläkarbesök, vilket framgår av tabell 12 (se utförligare här nedan).

Personer i gruppen »äkta» akutfall övergår sålunda till att söka systematisk vård och kommer därigenom in i gruppen saneringsfall; därefter kan de komma att övergå till regelbunden tandvård och följaktligen räknas till gruppen revisionsfall.

Åtskilliga personer i gruppen saneringsfall beräknas komma att söka vård så regelbundet att de hänföres till gruppen revisionsfall.

Förändringarna från 1962 till 1965 beräknats bli förhållandevis små, men fr. o. m. 1970 blir förändringarna större. Ej i någon av hypoteserna blir ändring-

Tabell 12. Prognostiserad efterfrågan på tandvård 1962—1980.

| | 1962 | 1965 | 1970 | 1975 | 1980 |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <i>Hypotes I</i> | | | | | |
| Av befolkningen: | | | | | |
| % revisionsfall | 42 | 42 | 42 | 42 | 42 |
| % saneringsfall | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 |
| % äkta akutfall | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| antal: { rev.fall | 2 245 900 | 2 309 700 | 2 386 000 | 2 432 400 | 2 466 400 |
| { san.fall | 2 299 300 | 2 364 700 | 2 442 900 | 2 490 300 | 2 525 100 |
| { äkta akuta | 802 100 | 824 900 | 852 200 | 868 700 | 880 800 |
| Timmar per år | 5 954 900 | 6 119 400 | 6 317 000 | 6 437 000 | 6 525 000 |
| % vård sökande per år | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 |
| <i>Hypotes II</i> | | | | | |
| Av befolkningen: | | | | | |
| % revisionsfall | 42 | 43 | 47 | 51 | 55 |
| % saneringsfall | 43 | 42 | 39 | 35 | 32 |
| % äkta akutfall | 15 | 15 | 14 | 14 | 13 |
| antal: { rev.fall | = hypo- | 2 364 700 | 2 670 100 | 2 953 600 | 3 229 800 |
| { san.fall | tes I | 2 309 700 | 2 215 600 | 2 027 000 | 1 879 100 |
| { äkta akuta | | 824 900 | 795 400 | 810 800 | 763 400 |
| Timmar per år | | 6 172 900 | 6 910 800 | 7 292 900 | 7 674 900 |
| % vård sökande per år | 51 | 51 | 55 | 57 | 59 |
| <i>Hypotes III</i> | | | | | |
| Av befolkningen: | | | | | |
| % revisionsfall | 42 | 43 | 52 | 61 | 65 |
| % saneringsfall | 43 | 43 | 35 | 27 | 24 |
| % äkta akutfall | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 |
| antal: { rev.fall | = hypo- | 2 364 700 | 2 954 200 | 3 532 800 | 3 817 000 |
| { san.fall | tes I | 2 364 700 | 1 988 400 | 1 563 700 | 1 409 300 |
| { äkta akuta | | 769 900 | 738 500 | 694 900 | 646 000 |
| Timmar per år | | 6 199 000 | 7 245 100 | 7 974 500 | 8 365 900 |
| % vård sökande per år | 51 | 51 | 58 | 62 | 64 |
| <i>Hypotes IV</i> | | | | | |
| Av befolkningen: | | | | | |
| % revisionsfall | 42 | 43 | 54 | 65 | 70 |
| % saneringsfall | 43 | 43 | 35 | 27 | 24 |
| % äkta akutfall | 15 | 14 | 11 | 8 | 6 |
| antal: { rev.fall | = hypo- | 2 364 700 | 3 067 800 | 3 764 400 | 4 110 600 |
| { san.fall | tes I | 2 364 700 | 1 988 400 | 1 563 700 | 1 409 400 |
| { äkta akuta | | 769 900 | 624 900 | 463 300 | 352 300 |
| Timmar per år | | 6 199 000 | 7 422 000 | 8 335 100 | 8 823 000 |
| % vård sökande per år | 51 | 51 | 59 | 64 | 67 |

arna i gruppen saneringsfall påfallande stora beroende på det betydande inslag av helprotesbärare, som finnes i denna grupp, i själva verket troligen ca 1 100 000 personer.

För var och en av de nämnda hypoteserna har i tabell 12 angivits den tänkta procentuella fördelningen av befolkningen på olika vårdtypsgrupper ävensom antalet personer i de skilda grupperna, erforderligt antal tandläkararbetstimmar per år samt procenttalet vård sökande (av befolkningen) under ett år.

Erforderliga antalet tandläkararbetstimmar enligt de olika hypoteserna har dessutom framställts grafiskt i diagram 4, vari även inlagts en kurva, som representerar antalet tillgängliga tandläkararbetstimmar per år.

De vid uträkningen av totalarbetstiden använda behandlingstiderna för olika slag av vårdtyper utgör en sammanvägning av de funna genomsnittstiderna för

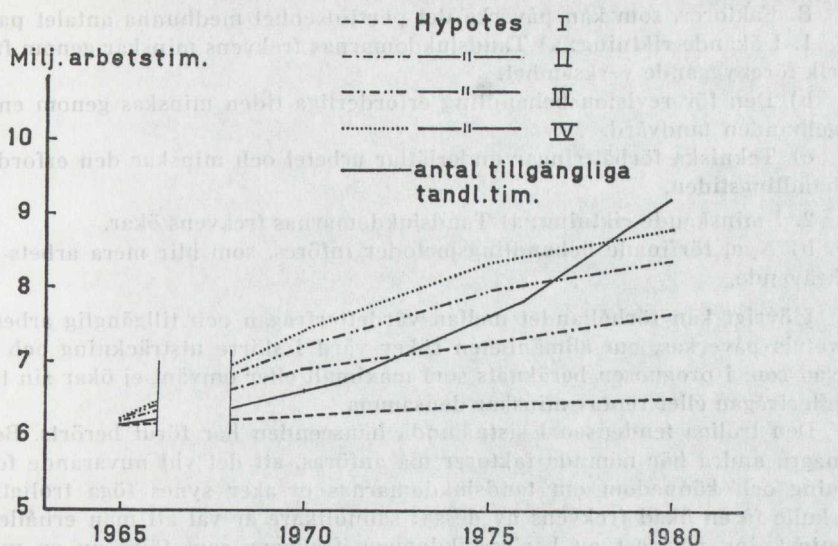


Diagram 4. Prognostiserad efterfrågan på tandvård enligt olika hypoteser jämfört med tillgänglig arbetskraft (allt uttryckt i tandl.timmar)

privattandvård och folktandvård (enligt avsnitt I), varvid erhållits för revisionsfall 124 min., för saneringsfall 185 min. och för akuta fall 50 min.

Med hänsyn till det ovan angivna stora inslaget av protesbärare i gruppen saneringsfall och till att man under den tid prognosen avser måste räkna med en icke alltför liten grupp av människor, som visserligen då och då sköter sina tänder men ej kommer att besöka tandläkare helt regelbundet, samt det slutligen alltid kommer att finnas en liten restgrupp av personer, som av rädsla för tandläkarbehandling eller bristande intresse för tandvården endast söker vård för akuta fall, torde hypotesen IV representera den högsta anslutning till tandvård, som man rimligen kan räkna med fram till 1980. Troligen kommer tandvårdsefterfrågan ej att bli så stor som anges i hypotes IV; å andra sidan — såsom ovan framhållits — bli större än enligt hypotes I. Därtill bör beaktas, att efterfrågan kan komma att visa en rel. kraftig ökning strax efter försäkringens införande, men att denna tendens senare kan komma att utjämnas.

Det synes knappast möjligt att på grundval av föreliggande undersöknings- och erfarenhetsmaterial göra en säkrare prognos än den föreliggande. De faktorer, som kan inverka på tandvårdsefterfrågan och möjligheten att tillgodose densamma, är alltför många och svårbedömda för att så skulle kunna ske.

En inventering av dessa faktorer visar, att följande torde vara de viktigaste och närmast till hands liggande.

A. Faktorer, som påverkar den för allmän tandvård åt personer i ålder över 16 år tillgängliga tandläkararbetstiden:

1. I ökande riktning: a) Mindre tid ägnas åt barntandvård och tandreglering varigenom mera tid blir disponibel för tandvård åt personer över 16 år.

b) Tandläkarna ökar sin årsarbetstid.

2. I minskande riktning: a) Mera tid ägnas barntandvård och tandreglering.

b) Det beräknade tandläkarantalet uppnås ej.

c) Tandläkarna minskar sin årsarbetstid.

B. Faktorer, som kan påverka det per tidsenhet medhunnna antalet patienter:

1. I ökande riktning: a) Tandsjukdomarnas frekvens minskar genom framgångsrik förebyggande verksamhet.

b) Den för revisionsbehandling erforderliga tiden minskas genom en mera regelbunden tandvård.

c) Tekniska förbättringar underlättar arbetet och minskar den erforderliga behandlings tiden.

2. I minskande riktning: a) Tandsjukdomarnas frekvens ökar.

b) Nya, förfinade behandlingsmetoder införes, som blir mera arbets- och tidskrävande.

I övrigt kan förhållandet mellan vårdefterfrågan och tillgänglig arbetskraft givetvis påverkas, om allmänheten söker vård i större utsträckning och oftare än vad som i prognosen beräknats som maximalt eller omvänt ej ökar sin tandvårds efterfrågan eller rentav minskar densamma.

Den troliga tendensen i sistnämnda hänseenden har förut berörts. Beträffande några andra här nämnda faktorer må anföras, att det vid nuvarande folkupplysning och kännedom om tandsjukdomarnas orsaker synes föga troligt, att man skulle få en ökad frekvens av dessa; sannolikare är väl att man erhåller en viss minskning närmast av kariessjukdomens frekvens som följd av en mera systematisk förebyggande verksamhet — vilken numera synes möjlig att genomföra — även om nämnda minskning knappast kan hinna bli verkligt betydande beträffande den vuxna befolkningen under den tid prognosen avser.

Vad angår de övriga angivna faktorerna synes knappast några omständigheter tala för att man skulle erhålla en deciderad utveckling och därmed en mera avsevärd påverkan i ena eller andra riktningen under den tid prognosen avser.

Med tanke på det anförda synes det sannolikt, att vårdefterfrågan kommer att utveckla sig inom de gränser, som anges av hypoteserna I och IV samtidigt som den för här avsedd tandvård tillgängliga tandläkararbetstiden kan antagas utveckla sig ungefärligen så som angivits.

BILAGA 3

Tandvårdsvanor och tandvårdskostnader

Några resultat av en intervjuundersökning

Av med. lic. Björn Smedby

Socialmedicinska institutionen, Uppsala¹

Bakgrund och målsättning

Den studie av tandvårdsförhållanden, som här skall redovisas, ingår som ett led i en större undersökning, som genomföres vid socialmedicinska institutionen vid Uppsala universitet och som avser sjuklighet och sjukvårdskonsumtion — inklusive utnyttjande av tandvård — inom ett statistiskt urval av den svenska befolkningen. En del av materialinsamlingen till denna större studie har skett genom intervjuundersökningar med särskilt utvalda personer. Den första av dessa genomfördes under försommaren 1963, och det är den som ligger till grund för de resultat som här redovisas. Denna redogörelse får närmast ses som ett preliminärt meddelande. I annat sammanhang kommer nämligen resultat att presenteras även från en senare företagen mer omfattande intervjuundersökning, vilken likaledes innefattade ett avsnitt om tandvårdsförhållanden.

Undersökningens syfte har varit att söka kartlägga hur stor andel av befolkningen, som under en tvåårsperiod sökt tandläkare, och vilken typ av behandling som härvid erhållits, hur stor andel som saknar egna tänder och är protesbärare samt storleksordningen av de individuella tandvårdskostnaderna. Man har vidare avsett att belysa hur dessa förhållanden varierar med några faktorer, som kan förväntas vara av betydelse för individens tandvårdskonsumtion, såsom kön, ålder, socialgrupp och inkomstnivå.

De frågor som ställdes vid intervjuerna gällde i huvudsak den tandvård, som personerna ifråga fått under tvåårsperioden närmast före intervjutillfället. Vad beträffar kostnader för tandvård inskränktes emellertid frågorna till sådana kostnader, som betalats under de närmast föregående 12 månaderna. I anslutning till intervjuundersökningen genomfördes med benäget bistånd från Sveriges Tandläkarförbund en enkät med vissa berörda tandläkare rörande de intervjuade personernas tandvårdsförhållanden. Tandläkarenkäten gjordes främst som en kontrollstudie för att belysa tillförlitligheten av intervjusvaren.

Material och metodik

Urval och bortfall

Urvalet av personer för intervjuundersökningen skedde från ett register omfattande alla i allmän försäkringskassa inskrivna personer födda den 15 februari — den population som är föremål för den inledningsvis nämnda större undersökningen.

□ ¹ Chef: professor Ragnar Berfenstam. Såsom statistisk rådgivare har docent Gunnar Eklund medverkat.

Bland dessa drygt 16.000 personer i åldrarna 16 år och däröver utvaldes genom systematiskt urval 651 personer på sådant sätt att representativ geografisk fördelning och representativ ålders- och sjukpenningklassfördelning erhöles inom urvalet.

I vad mån populationen av 15-februarifödda — från vilken intervjuurvalet skedde — avviker från den svenska befolkningen i sin helhet kommer i ett senare sammanhang att bli föremål för analys. Det finns dock ingen anledning befara att beaktansvärda avvikelser skulle föreligga.

Av de i urvalet ingående personerna genomfördes intervju med 91,2 %. Anledningarna till bortfall framgår av följande uppställning.

| | Antal | % |
|---|-------|-------|
| I urvalet ingående personer | 651 | 100,0 |
| Genomförda intervjuer | 594 | 91,2 |
| Ej genomförda intervjuer | 57 | 8,8 |
| Skäl till att intervjun ej kunnat genomföras: | | |
| Avliden | 4 | 0,6 |
| Vårdas på sjukhus | 12 | 1,8 |
| Bosatt eller vistas utomlands | 9 | 1,4 |
| Fullgör värnpliktstjänstgöring | 3 | 0,5 |
| Psykiskt efterbliven, svårt sjuk i hemmet | 2 | 0,3 |
| Vägrar, »har ej tid» | 18 | 2,8 |
| Aktuell adress okänd | 2 | 0,3 |
| Ej anträffbar | 7 | 1,1 |

Bortfallet utgöres sålunda till största delen av personer som av förklarliga skäl inte kunde intervjuas. Endast 3 % vägrade att delta.

Bortfallet ter sig olika i skilda slag av grupperingar. Under det att det totala bortfallet är 9 %, utgör de icke intervjuade bland män 10 % och bland kvinnor 8 %. Bortfallet är 14 % i åldrarna över 67 år, 13 % bland storstadsinneväånare, 15 % bland ogifta men endast 1 % bland personer i högsta sjukpenningklassen och blott 3 % i socialgrupp I. Någon korrigerings av resultaten med hänsyn till bortfallet har inte ansetts nödvändig.

Materialinsamling

Intervjuerna skedde efter fastställt formulär och utfördes av distriktssköterskorna i de distrikt där intervjupersonerna var bosatta. I storstäderna användes dock andra sköterskor med vana att göra hembesök som intervjuare. Endast besöksintervjuer förekom, 87 % av intervjuerna genomfördes under tiden maj—juni 1963 och de övriga senare under sommaren samma år.

Ett utdrag ur intervjuformuläret återfinnes som bilaga. Där återges de frågor som ställdes rörande tandvård och de anvisningar som lämnades i anslutning härtill. Därav framgår att i denna undersökning avsågs med tandproteser endast avtagbara proteser, däremot ej stifttänder eller brokonstruktioner. De använda definitionerna av behandlingens art, t.ex. vad som skulle avses med fullständig resp. akut behandling, framgår av formulärets fråga 38. I några fall, där behandlingens art angivits såsom »annat» men där beskrivningen av behandlingen gjort det klart, att denna varit fullständig resp. akut, har vid bearbetningen svaren ändrats i enlighet härmed.

Det framgår vidare av intervjuformuläret att samtliga personer, som uppgivit att de besökt tandläkare under de senaste två åren, tillfrågades om de haft några kostnader för egen tandvård, som betalats under de senaste 12 månaderna. Detta innebär att kostnader avseende vård meddelad under näst senaste året skulle redovisas,

om arvodet erlagts först under de senaste 12 månaderna, å andra sidan skulle ingen kostnad redovisas för den som fått tandvård under de senaste 12 månaderna men som vid intervjutillfället ännu ej betalt något arvode. Överensstämmelse mellan kostnad och erhållen behandling under de senaste 12 månaderna behöver sålunda ej föreligga.

Klassificeringar

Vid resultatredovisningen har de båda behandlingstyperna »kontrollbesök» och »fullständig behandling», som anges i formuläret, sammanslagits och kallats fullständig behandling. Det bör vidare påpekas, att vid bearbetningen har en person, som någon gång under den senaste tvåårsperioden erhållit fullständig behandling, betraktats såsom fullständigt behandlad, även om det senaste besöket varit av akut karaktär.

Personer som uppgivit sig ha haft tandvårdskostnader ombads först ange storleksordningen på beloppet genom angivande av någon av sex olika kostnadsgrupper. Härefter ombads vederbörande att om möjligt ange mer exakt hur stora kostnaderna varit. I de fall där något exakt belopp inte kunde anges av intervjupersonen, har för de medelkostnadsberäkningar, som redovisas i tabellerna, använts medelvärde för de exakta belopp, som angivits av andra personer inom samma kostnadsgrupp. För 8 % av de personer som haft kostnader har detta förfarande använts.

För de relativt få fall, där en person erhållit viss ersättning för tandvårdskostnader (t.ex. vid s.k. mödratandvård) eller där kostnaderna helt betalats av socialvården, har vid bearbetningen av kostnadsuppgifterna bruttobeloppet använts. Självfallet har några kostnader inte kunnat beräknas för skoltandvård eller militärtandvård, som erhållits kostnadsfritt. Inte heller har man utnyttjat de uppskattade arvodesbelopp, som i några fall angivits av personer som genom släktskap med tandläkaren i själva verket erhållit kostnadsfri vård.

För att belysa olikheter rörande tandvårdsförhållandena inom olika sociala grupper har en indelning skett med ledning av yrkestillhörigheten. Enligt de regler, som användes vid den sociala yrkesgrupperingen inom valstatistiken, har de i materialet ingående personerna förts till någon av tre socialgrupper. Socialgrupp I betecknar den s.k. högre klassen, socialgrupp II medelklassen och socialgrupp III arbetarklassen. För gifta kvinnor har placering i socialgrupp skett med ledning av makens yrke, såvida inte kvinnans eget yrke medfört högre placering. Yrkeslösa personer och personer för vilka uppgift om förutvarande yrke eller makes yrke saknas har icke kunnat socialgrupperas med denna metod. Sådana problem med socialgrupperingen har förelegat främst beträffande personer i de yngsta och de äldsta åldrarna. Vid resultatredovisningen har därför som regel endast personer i åldrarna 20—66 år medtagits, när indelning skett efter socialgrupp.

I några fall redovisas resultaten med uppdelning efter inkomstnivå. Till grund för denna gruppering har legat uppgifter från de allmänna försäkringskassorna om de i materialet ingående personernas sjukpenningsklass, vilken grundar sig på årlig inkomst av förvärvsarbete. Det har icke varit möjligt att härvid ta hänsyn till den samlade familjeinkomsten eller antalet personer ingående i familjen. För att minska olägenheterna härav redovisas endast män i de fall där en inkomstgruppering företagits.

Tandläkarenkäten

Som inledningsvis nämnts har en metodstudie vidtagits för att belysa tillförlitligheten av intervju svaren. Intervjupersonerna tillfrågades vid intervjun om namn

Tabell A. Tidpunkt för senaste besök enligt intervju resp. tandläkare

| Tidpunkt för senaste besök enl. intervju | Antal personer med senaste besök enl. tandläkare | | | Totalt |
|--|--|------------------|-----------------------|--------|
| | Mer än 2 år sedan | 13—24 mån. sedan | Under senaste 12 mån. | |
| 13—24 mån. sedan | 13 | 48 | 12 | 73 |
| Under senaste 12 mån. | 6 | 23 | 189 | 218 |
| Totalt | 19 | 71 | 201 | 291 |

och adress på den eller de tandläkare som de besökt under den senaste tvåårsperioden. Man frågade vidare om intervjupersonen hade några invändningar mot att man tog kontakt med vederbörande tandläkare för att få veta mera om den tandvård som erhållits. Endast 2 % av intervjupersonerna hade sådana invändningar. I övriga fall utsändes till berörda tandläkare ett enkätformulär, som omfattade frågor rörande intervjupersonens besök under de två år som närmast föregick intervjutillfället, typ av behandling som meddelats och arvoden som patienten betalat under de två åren. Enkätformulären utsändes och svaren insamlades genom Tandläkarförbundets försorg.

I enkätformuläret meddelades till tandläkarens ledning — förutom nödvändiga identifieringsuppgifter rörande patienten — endast att vederbörande uppgivit sig ha sökt tandläkaren i fråga under de senaste två åren räknat från intervjutillfället, vilket angavs med datum.

Av de 354 personer, som uppgivit sig ha fått tandvård under de senaste två åren, kunde man insamla enkätuppgifter för 291 (82 %). För 19 personer härav blev dock enkätuppgifterna ofullständiga, bl.a. beroende på att enkätsvar ej kunde erhållas från en av två eller flera tandläkare som behandlat samma person. Beträffande 16 personer (5 %) utsändes ej enkätformulär beroende på att intervjupersonen haft invändningar häremot eller på att tandläkaren avlidit eller inte kunde identifieras. För 47 personer (13 %) erhöles inga enkätuppgifter på grund av att tandläkaren inte kunde identifiera patienten (17 personer) eller inte besvarade enkäten (30 personer).

I tabell A redovisas tidpunkten för senaste besök enligt intervjuuppgift resp. uppgift från tandläkare för de 291 personer för vilka enkätuppgifter erhållits. Siffrorna med fet stil i tabellen anger antalet personer för vilka samstämmiga tidsuppgifter föreligger från intervjuperson och tandläkare.

För de 218 personer, som uppgivit besök under det senaste året, bekräftades sålunda denna tidsangivelse av tandläkaren för 189 (87 %). För vissa av de personer, som angivit sitt senaste besök till det näst senaste året, angav tandläkaren i stället det senaste året, men i stort är tendensen att intervjupersonerna anger en senare tidpunkt för senaste besöket än tandläkarna. Ser man till den senaste tvåårsperioden som helhet, föreligger samstämmighet i tidsangivelserna för 272 av de 291 personer som jämförelsen avser, d.v.s. i 93 %. Denna överensstämmelse får anses vara god.

Tabell B belyser samstämmigheten mellan intervjupersonernas och tandläkarnas angivelser av behandlingens art. Frågorna i tandläkarenkäten utformades i detta avseende i så nära överensstämmelse som möjligt med de i intervjuformuläret angivna behandlingstyperna. För 267 personer föreligger uppgift om behandlings-

Tabell B. Behandlingstyp enligt intervju resp. tandläkare

| Behandlingstyp enl. intervju | Antal personer med följande behandlingstyp enl. tandläkare | | Totalt |
|---------------------------------|---|-------------------|--------|
| | Fullständig (inkl. kontroll) | Akut el. annan | |
| Fullständig (inkl. kontroll) | 219 | 24 | 243 |
| Akut el. annan | 9 | 15 | 24 |
| Totalt | 228 | 39 | 267 |

typ från både intervju och tandläkare. Antalet personer för vilka samstämmiga uppgifter föreligger anges i tabellen med fet stil.

För de personer, som vid intervjun uppgivit fullständig behandling inklusive kontroll, föreligger sålunda överensstämmelse i 219 av 243 fall (90 %) och för den som uppgivit akut eller annan behandling i 15 av 24 fall (63 %). Det är anmärkningsvärt att tandläkarna anger fullständig behandling för 9 av 24 personer, som själva uppger sig ha fått endast akut eller annan behandling. Det kan vidare utläsas av tabellen att tandläkarna anger mindre gynnsam behandlingstyp än intervjupersonerna endast i 24 fall av 267, d.v.s. i 9 %. Överensstämmelsen mellan intervjupersonernas och tandläkarnas uppgifter om behandlingstyp får anses vara god.

I tabell C presenteras en jämförelse mellan de av intervjupersonerna och tandläkarna uppgivna tandvårdskostnader, som betalats under de senaste 12 månaderna, för de 277 personer där fullständiga kostnadsuppgifter föreligger från tandläkarnas sida. Siffror med fet stil anger samstämmiga uppgifter beträffande kostnadsgrupp.

Överensstämmelse mellan av intervjupersonen och tandläkaren angiven kostnad föreligger i sammanlagt 182 fall (66 %) vid den här använda kostnadsgruppsindelningen.

De personer, som vid intervjun uppgivit sig ha haft kostnad under de senaste 12 månaderna och för vilka fullständiga kostnadsuppgifter finnes från tandläkare, utgör tillsammans med det fåtal, som enligt egen uppgift ej haft kostnad men för vilka kostnadsuppgift föreligger från tandläkarna, 190 personer. En närmare analys av materialet visar, att medelvärdet för kostnader utgör för dessa personer enligt intervjuerna 183 kronor och enligt tandläkaruppgifterna 126 kronor. Det senare värdet utgör endast 69 % av det förra. Överensstämmelsen mellan intervjupersonernas och tandläkarnas uppgifter om kostnaderna är sålunda mindre god.

Skillnaden mellan intervjuuppgifterna och enkätuppgifterna kan förklaras på olika sätt. Närmast till hands ligger förklaringen att intervjupersonerna genom minnesfel tidsmässigt framskjuter besök och kostnader, som ligger längre tillbaka i tiden. Ett närmare studium av de enskilda fallen i undersökningen bestyrker detta förhållande. Från tandläkarna inhämtades nämligen även uppgifter om patienternas kostnader under det näst senaste året. I de fall där större avvikelser finns mellan intervjupersonens och tandläkarens uppgifter, kan man mycket ofta finna att kostnader, som betalats under det näst senaste året, medtagits i intervjupersonens kostnadsuppgift. Det förhållandet att intervjupersonerna skulle ange besök och kostnader under de senaste 12 månaderna från intervjutillfället räknat — och inte under ett bestämt kalenderår t.ex. — kan ha bidragit till att öka minnesfelens betydelse. Även andra förklaringar finnes. I några fall har man sålunda

Tabell C. Kostnader under de senaste 12 månaderna enligt intervju resp. tandläkare

| Kostnadsgrupp enl. intervju, kronor | Antal personer inom följande kostnadsgrupper enl. tandläkare | | | | | | | Totalt |
|-------------------------------------|--|------|-------|---------|---------|---------|-------|--------|
| | 0 | 1—49 | 50—99 | 100—249 | 250—499 | 500—999 | 1000— | |
| 0 | 87 | 6 | 3 | 2 | 1 | | | 99 |
| 1—49 | 12 | 28 | 1 | 2 | 1 | 1 | | 45 |
| 50—99 | 6 | 11 | 20 | 4 | 1 | | | 42 |
| 100—249 | 5 | 3 | 8 | 31 | 4 | | | 51 |
| 250—499 | 5 | 1 | 2 | 7 | 10 | 2 | | 27 |
| 500—999 | | 2 | | 1 | 1 | 5 | | 9 |
| 1000— | 1 | | | 2 | | | 1 | 4 |
| Totalt | 116 | 51 | 34 | 49 | 18 | 8 | 1 | 277 |

fått bekräftat, att patienterna felaktigt uppgivit kostnader, som debiterats men som vid intervjutillfället ännu inte hade betalats.

Självfallet finnes även möjlighet att tandläkaruppgifterna blivit ofullständiga. Vissa tandläkare torde ha sin ekonomiska bokföring skild från patientkartoteket, vilket kan ha vållat svårigheter när det gäller att få fram kostnadsuppgifterna. I några fall torde emellertid en överrapportering ha skett från tandläkarnas sida. Det förekommer sålunda att personer, som vid intervjun uppgivit att de ej haft någon kostnad, eftersom behandlingen ännu ej var avslutad, enligt tandläkarna uppgivits ha haft kostnader. I dessa fall torde det röra sig om inbetalningar, som skett efter intervjutillfället, vilket inte observerats av tandläkarna vid besvarandet av enkäten.

Sammanfattningsvis kan sålunda konstateras, att den genomförda metodstudien visat god överensstämmelse mellan intervjupersonernas och de berörda tandläkarnas uppgifter om tidpunkten för senaste besök och arten av erhållen behandling. Felen bedöms i dessa avseenden vara så små, att de icke i nämnvärd grad påverkar den följande resultatredovisningen. Vad beträffar kostnaderna är emellertid överensstämmelsen mindre god, och de nedan redovisade resultaten måste i detta hänseende tolkas med stor försiktighet.

Intervjuundersökningens resultat

Avsaknad av egna tänder

Av de intervjuade 594 personerna saknade 140 — d.v.s. 24 % — helt egna tänder. I tabell 1 har antalet personer, som helt saknar egna tänder, satts i relation till antalet intervjuade personer bland män resp. kvinnor inom olika åldersgrupper. De siffror som anges är procenttalet personer, som helt saknar egna tänder, inom resp. grupp.

Tabellen visar att procenttalet personer utan egna tänder ökar markant med stigande ålder. Av totalsiffrorna framgår att kvinnorna saknar egna tänder i större utsträckning än männen. Denna skillnad framträder klart i åldrarna över 50 år.

Andelen personer, som helt saknar egna tänder, inom olika socialgrupper bland män resp. kvinnor framgår av tabell 2. Av skäl som tidigare redovisats medtages här endast personer i åldrarna 20—66 år. Då den äldsta åldersgruppen, där avsaknad av egna tänder är vanligast, icke inräknas, blir totalsiffran för avsaknad av egna tänder lägre än i tabell 1.

Tabell 1. Procentuella andelen personer, som helt saknar egna tänder, inom olika åldersgrupper (\pm medelfet)*

| Alder | Män n = 298 | Kvinnor n = 296 | Män + Kvinnor n = 594 |
|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | % | % | % |
| 16—19 (n = 53) | 0 | 0 | 0 (\pm 3) |
| 20—29 (n = 105) | 0 | 4 | 2 (\pm 2) |
| 30—39 (n = 91) | 7 | 6 | 7 (\pm 3) |
| 40—49 (n = 107) | 21 | 14 | 18 (\pm 4) |
| 50—59 (n = 108) | 20 | 40 | 30 (\pm 4) |
| 60—66 (n = 51) | 44 | 65 | 55 (\pm 7) |
| 67— (n = 79) | 60 | 73 | 67 (\pm 5) |
| Totalt (n = 594) | 20 (\pm2) | 28 (\pm3) | 24 (\pm2) |

* De redovisade relativa frekvenserna (procenttalen) i materialet utgör tack vare urvalsmetoden skattningar av motsvarande relativa frekvenser i undersökningspopulationen, d.v.s. samtliga 15 februari-födda. Osäkerheten i skattningarna har i flertalet tabeller specificerats genom angivande av medelfelen. Medelfelen har beräknats enligt formeln

$\sqrt{\frac{P(100-P)}{n}}$, där P är det aktuella procenttalet och n svarar mot antalet personer

inom resp. grupp. För $P < 5\%$ har medelfelet beräknats enligt modifierad formel (medelfelet motsvaras härvid av halva 95 % konfidensintervallet). Vid alla beräkningar har förutsatts att bortfallet saknar betydelse.

Det framgår klart att avsaknad av egna tänder är korrelerad till socialgrupp. För socialgrupp III är avsaknad av egna tänder dubbelt så vanlig som för socialgrupp II inom föreliggande material. Kvinnorna uppvisar högre procenttal än männen endast i socialgrupp III. Det är denna skillnad som gör att kvinnorna överväger totalt bland dem som saknar egna tänder.

Tabell 3 visar andelen personer, som helt saknar egna tänder, inom olika inkomstgrupper och socialgrupper. För denna jämförelse har endast män i åldrarna 20—66 år tillhörande socialgrupperna II och III medtagits. Män tillhörande socialgrupp I har utelämnats dels beroende på det låga procenttalet personer utan egna tänder inom denna socialgrupp, dels beroende på att flertalet återfinnes inom den högsta inkomstgruppen.

Tabell 2. Procentuella andelen personer i åldrarna 20—66 år, som helt saknar egna tänder, inom olika socialgrupper (\pm medelfet)

| Socialgrupp | Män n = 233 | Kvinnor n = 229 | Män + Kvinnor n = 462 |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | % | % | % |
| I (n = 33) | 6 | 0 | 3 (\pm 2) |
| II (n = 195) | 13 | 12 | 12 (\pm 2) |
| III (n = 226) | 19 | 32 | 25 (\pm 3) |
| Totalt¹ (n = 462) | 16 (\pm3) | 22 (\pm3) | 19 (\pm2) |

¹ För totalsiffrorna medräknas 8 personer utan känd socialgrupp.

Tabell 3. Procentuella andelen män i åldrarna 20—66 år, som helt saknar egna tänder, inom olika inkomstgrupper och socialgrupper (II resp. III) (\pm medelfelet)

| Årlig inkomst av förvärvsarbete, kronor | | Socialgrupp II n = 91 | Socialgrupp III n = 125 | Socialgrupp II + III n = 216 |
|---|------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| | | % | % | % |
| Mindre än 12 000 | (n = 52) | 22 | 24 | 23 (± 6) |
| 12 000 men ej 18 000 | (n = 100) | 8 | 21 | 18 (± 4) |
| Minst 18 000 | (n = 64) | 10 | 8 | 9 (± 4) |
| Totalt | (n = 216) | 13 (± 4) | 19 (± 4) | 17 (± 3) |

För såväl socialgrupp II som socialgrupp III gäller, att andelen personer, som helt saknar egna tänder, i den lägsta inkomstgruppen är större än andelen sådana personer i den högsta inkomstgruppen. Denna skillnad mellan lägsta och högsta inkomstgrupp är mera påtaglig än skillnaden mellan socialgrupp II och socialgrupp III.

Protesförekomst

Av de 140 personer, som helt saknade egna tänder, hade 87 % dubbel helprotes — d.v.s. protes både i över- och underkäke — och 7 % hade helprotes endast i överkäke. 6 % hade ingen protes alls, trots att de var helt tandlösa. Dessa senare utgör 1 % av samtliga intervjuade. Personerna med ofullständig protes eller utan protes är huvudsakligen åldringar, men några fall återfinns redan i åldrar under 50 år.

I tabell 4 redovisas andelen protesbärare bland de intervjuade personerna inom olika åldersgrupper. Som protesbärare har räknats såväl personer med dubbel helprotes som personer med helprotes i endast en käke. Bland de senare finns personer såväl med som utan egna tänder i den andra käken. Personer som enbart har delprotes — d.v.s. protes omfattande endast del av käke — har däremot icke medräknats. Av hela materialet utgör protesbärarna sålunda 31 %. Andelen protes-

Tabell 4. Procentuella andelen protesbärare inom olika åldersgrupper (\pm medelfelet)

| Ålder | | Män n = 298 | Kvinnor n = 296 | Män + Kvinnor n = 594 |
|---------------|------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | | % | % | % |
| 16—19 | (n = 53) | 0 | 0 | 0 (± 3) |
| 20—29 | (n = 105) | 2 | 8 | 5 (± 2) |
| 30—39 | (n = 91) | 12 | 10 | 11 (± 3) |
| 40—49 | (n = 107) | 25 | 31 | 28 (± 4) |
| 50—59 | (n = 108) | 32 | 60 | 45 (± 5) |
| 60—66 | (n = 51) | 52 | 73 | 63 (± 7) |
| 67— | (n = 79) | 74 | 77 | 76 (± 5) |
| Totalt | (n = 594) | 26 (± 3) | 37 (± 3) | 31 (± 2) |

Tabell 5. Procentuella andelen protesbärare i åldrarna 20—66 år inom olika socialgrupper (\pm medelfelet)

| Socialgrupp | | Män n = 233 | Kvinnor n = 229 | Män + Kvinnor n = 462 |
|---------------------|-----------|----------------|--------------------|--------------------------|
| | | % | % | % |
| I | (n = 33) | 6 | 0 | 3 (± 3) |
| II | (n = 195) | 15 | 19 | 17 (± 3) |
| III | (n = 226) | 29 | 48 | 37 (± 3) |
| Totalt ¹ | | 22 (± 3) | 33 (± 3) | 27 (± 2) |

¹ För totalsiffrorna medräknas 8 personer utan känd socialgrupp.

bärare är större bland kvinnor än bland män, och protesförekomsten ökar starkt med stigande ålder.

Av tabell 5 framgår skillnaderna i protesförekomst inom olika socialgrupper för intervjuade personer i åldrarna 20—66 år.

Protesförekomsten är som synes korrelerad till socialgrupp. Det är anmärkningsvärt att varannan kvinna i socialgrupp III i de aktuella åldrarna bär protes. En ytterligare bearbetning av materialet visar, att i åldersskiktet 40—66 år är 2 kvinnor av 3 protesbärare inom socialgrupp III.

Tidpunkt för senaste tandläkarbesök

När det gäller tidpunkten för senaste tandläkarbesök, är det lämpligt att studera gruppen utan kvarvarande egna tänder och gruppen med egna tänder var för sig.

Tabell 6 visar den procentuella fördelningen av personer utan egna tänder med hänsyn till tiden för senaste tandläkarbesök.

Endast 16 % av personerna utan egna tänder har sålunda sökt tandläkare under de senaste två åren. Proteslagning spelade en obetydlig roll som orsak till tandläkarbesök inom denna grupp.

Av särskilt intresse är att studera tidpunkten för senaste besök bland de 132 personer, som helt saknar egna tänder och har protes. En närmare analys av materialet visar, att 36 % av dessa sökte tandläkare sista gången för mer än 10 år sedan, 13 % för mer än 20 år sedan och 5 % för mer än 30 år sedan. Två personer erhö

Tabell 6. Personer utan kvarvarande egna tänder fördelade med hänsyn till tidpunkten för senaste tandläkarbesök, procenttal (\pm medelfelet)

| Tidpunkt för senaste tandläkarbesök | Procentuell fördelning n = 140 |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Under senaste 2 åren | 16 (± 3) |
| Mer än 2 år sedan | 83 (± 3) |
| Aldrig | 1 (± 2) |
| Totalt | 100 |

Tabell 7. Personer med kvarvarande egna tänder fördelade med hänsyn till tidpunkten för senaste tandläkarbesök, procenttal (\pm medelfelet)

| Tidpunkt för senaste tandläkarbesök | Personer med enbart egna tänder, procentuell fördelning n = 400 | Personer med egna tänder jämte helprotes, procentuell fördelning n = 54 | Samtliga med egna tänder, procentuell fördelning n = 454 |
|-------------------------------------|--|--|---|
| Under senaste 12 mån. | 59 (± 2) | 17 (± 5) | 54 (± 2) |
| 13—24 mån. sedan | 19 (± 2) | 24 (± 6) | 19 (± 2) |
| Mer än 2 år sedan | 22 (± 2) | 59 (± 7) | 26 (± 2) |
| Aldrig | 1 (± 1) | — | 1 (± 1) |
| Totalt | 100 | 100 | 100 |

¹ På grund av avrundning blir summan ej 100 %.

protes år 1910 och uppger att de därefter ej besökt tandläkare. Det är anmärkningsvärt att så många haft protes under lång tid utan att besöka tandläkare. Huruvida de besökt tandtekniker framgår icke av intervjuerna.

I tabell 7 har personerna med kvarvarande egna tänder fördelats med hänsyn till tiden för det senaste tandläkarbesöket. Det har här ansetts av intresse att dela upp de berörda personerna i sådana som har uteslutande egna tänder och sådana som har egna tänder i den ena käken men helprotes i den andra.

Av personerna med enbart egna tänder har sålunda 78 % varit hos tandläkare under de senaste två åren. Motsvarande siffra är lägre för dem som har egna tänder jämte helprotes (41 %).

Med hjälp av de uppgifter som tabellen ger kan man erhålla en uppskattning av hur många som årligen besöker tandläkare av dem som har enbart egna tänder. Av tabellen framgår att 59 % varit hos tandläkare under det senaste året och 19 % under det näst senaste men icke under det senaste året. Den sistnämnda gruppen består uppenbarligen inte av årliga besökare, och den är sammansatt av personer med mer eller mindre regelbundna besök. Det är ett rimligt antagande, att en ungefär lika stor grupp icke årliga besökare har sökt tandläkare under de senaste 12 månaderna. För att få en uppskattning av de årliga besökarnas andel kan man därför bilda differensen mellan 59 % och 19 %. Man finner på så sätt att ca 40 % av personer med uteslutande egna tänder kan antas vara årliga besökare.

Av tabell 7 framgår också att av samtliga personer med egna tänder har 1 % aldrig varit hos tandläkare. En närmare analys visar vidare att 10 % gjorde sitt senaste besök för mer än 5 år sedan, 6 % för mer än 10 år sedan och 2 % för mer än 20 år sedan. Männen dominerar bland dessa personer, som ej sökt tandläkare under lång tid, trots att de har kvarvarande egna tänder, och utgör sålunda 82 % av dem som gjorde sitt senaste tandläkarbesök för mer än 10 år sedan. Vidare gäller att andelen personer, som ej sökt tandläkare under lång tid, är högre bland dem som har egna tänder jämte helprotes än bland dem som har enbart egna tänder. 24 % av dem med egna tänder jämte helprotes gjorde sitt senaste tandläkarbesök för mer än 5 år sedan. Motsvarande siffra för dem med enbart egna tänder är 9 %.

Besök och behandlingstyp bland personer med kvarvarande egna tänder

Som framgår av tabell 7 uppgav 73 % av de 454 personerna med kvarvarande egna tänder, att de sökt tandläkare under den senaste tvåårsperioden. Tabell 8 visar den procentuella andelen med sådana besök bland män resp. kvinnor inom olika åldersgrupper.

Tabell 8. Procentuella andelen personer, som sökt tandläkare under den senaste tvåårsperioden, inom olika åldersgrupper bland personer med kvarvarande egna tänder (\pm medelfelet)

| Alder | Män n = 240 | Kvinnor n = 214 | Män + Kvinnor n = 454 |
|------------------|----------------|--------------------|--------------------------|
| | % | % | % |
| 16—19 (n = 53) | 87 | 91 | 89 (± 4) |
| 20—29 (n = 103) | 87 | 92 | 89 (± 3) |
| 30—39 (n = 85) | 66 | 85 | 76 (± 5) |
| 40—49 (n = 88) | 66 | 73 | 69 (± 5) |
| 50—59 (n = 76) | 53 | 77 | 63 (± 6) |
| 60—66 (n = 23) | 57 | 67 | 61 (± 10) |
| 67— (n = 26) | 14 | 25 | 19 (± 8) |
| Totalt (n = 454) | 68 (± 3) | 79 (± 3) | 73 (± 2) |

För alla åldersgrupper gäller sålunda att en större andel av kvinnorna än av männen besökt tandläkare under de senaste två åren. Andelen som sökt tandläkare sjunker med stigande ålder och är anmärkningsvärt låg för den högsta åldersgruppen.

I tabell 9 anges andelen personer, som fått fullständig behandling någon gång under den senaste tvåårsperioden, inom olika åldersgrupper. Då det här endast är fråga om personer med kvarvarande egna tänder, är den behandling de fått i huvudsak av konserverande natur. Protetisk behandling kan dock förekomma i obetydlig utsträckning, eftersom i denna grupp även ingår ett mindre antal personer, som har egna tänder i den ena käken jämte helprotes i den andra.

Den procentuella andelen personer med egna tänder, som fått fullständig be-

Tabell 9. Procentuella andelen personer, som fått fullständig behandling under den senaste tvåårsperioden, inom olika åldersgrupper bland personer med kvarvarande egna tänder (\pm medelfelet)

| Alder | Män n = 240 | Kvinnor n = 214 | Män + Kvinnor n = 454 |
|------------------|----------------|--------------------|--------------------------|
| | % | % | % |
| 16—19 (n = 53) | 87 | 83 | 85 (± 5) |
| 20—29 (n = 103) | 71 | 85 | 78 (± 4) |
| 30—39 (n = 85) | 53 | 83 | 69 (± 5) |
| 40—49 (n = 88) | 57 | 61 | 59 (± 5) |
| 50—59 (n = 76) | 42 | 74 | 55 (± 6) |
| 60—66 (n = 23) | 43 | 56 | 48 (± 10) |
| 67— (n = 26) | 14 | 8 | 12 (± 6) |
| Totalt (n = 454) | 57 (± 3) | 72 (± 3) | 64 (± 2) |

Tabell 10. Procentuella andelen personer, som sökt tandläkare under den senaste tvåårsperioden, inom olika socialgrupper bland personer i åldrarna 20—66 år med kvarvarande egna tänder (\pm medelfelet)

| Socialgrupp | | Män n = 196 | Kvinnor n = 179 | Män + Kvinnor n = 375 |
|---------------------|-----------|----------------|--------------------|--------------------------|
| | | % | % | % |
| I | (n = 32) | 93 | 94 | 94 (± 4) |
| II | (n = 171) | 75 | 86 | 81 (± 3) |
| III | (n = 170) | 60 | 72 | 65 (± 4) |
| Totalt ¹ | (n = 375) | 68 (± 3) | 82 (± 3) | 75 (± 2) |

¹ För totalsiffrorna medräknas 2 personer utan känd socialgrupp.

handling under den senaste tvåårsperioden, sjunker sålunda med stigande ålder. Kvinnorna har i större utsträckning än männen fått fullständig behandling; denna skillnad mellan könen framträder i alla åldersgrupper utom den lägsta och den högsta.

I tabell 9 har antalet personer, som fått fullständig behandling, satts i relation till hela antalet personer, som har kvarvarande egna tänder, inom olika grupper. Tabellen återspeglar därför i första hand de skillnader i andelen besökare, som redan åskådliggjorts i tabell 8. Att en större andel kvinnor än män fått fullständig behandling beror i första hand på att förhållandevis fler kvinnor än män varit hos tandläkare under den senaste tvåårsperioden. Skillnaden mellan män och kvinnor accentueras emellertid ytterligare av att en större andel av de kvinnor som besökt tandläkare fått fullständig behandling. En sammanställning av uppgifter från tabell 8 och tabell 9 visar sålunda, att av de kvinnor, som sökt tandläkare under de senaste två åren, har 91 % fått fullständig behandling, under det att motsvarande siffra för männen är 84 %.

Tabell 10 visar andelen personer i åldrarna 20—66 år, som sökt tandläkare under den senaste tvåårsperioden, inom olika socialgrupper. Av tabellen framgår att andelen som sökt tandläkare är högre för socialgrupp I än II och högre för II

Tabell 11. Procentuella andelen personer, som fått fullständig behandling under den senaste tvåårsperioden, inom olika socialgrupper bland personer i åldrarna 20—66 år med kvarvarande egna tänder (\pm medelfelet)

| Socialgrupp | | Män n = 196 | Kvinnor n = 179 | Män + Kvinnor n = 375 |
|---------------------|-----------|----------------|--------------------|--------------------------|
| | | % | % | % |
| I | (n = 32) | 93 | 94 | 94 (± 4) |
| II | (n = 171) | 65 | 84 | 75 (± 3) |
| III | (n = 170) | 44 | 59 | 50 (± 4) |
| Totalt ¹ | (n = 375) | 56 (± 4) | 75 (± 3) | 65 (± 2) |

¹ För totalsiffrorna medräknas 2 personer utan känd socialgrupp.

Tabell 12. Procentuella andelen män, som fått fullständig behandling under den senaste tvåårsperioden, inom olika inkomstgrupper och socialgrupper (II resp. III) bland män i åldrarna 20—66 år med kvarvarande egna tänder (\pm medelfelet)

| Årlig inkomst av förvärvsarete, kronor | Socialgrupp II n = 79 | Socialgrupp III n = 101 | Socialgrupp II + III n = 180 |
|--|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Mindre än 12 000 (n = 40) | % 52 | % 47 | % 50 (\pm 8) |
| 12 000 men ej 18 000 (n = 82) | 68 | 38 | 46 (\pm 6) |
| Minst 18 000 (n = 58) | 69 | 55 | 64 (\pm 6) |
| Totalt (n = 180) | 65 (\pm5) | 44 (\pm5) | 53 (\pm4) |

än III. Inom socialgrupp I har nästan alla personer, som har egna tänder, besökt tandläkare under den senaste tvåårsperioden.

I tabell 11 har antalet personer, som fått fullständig behandling satts i relation till hela antalet personer med egna tänder inom de olika socialgrupperna.

Skillnaderna mellan de olika socialgrupperna framträder här ännu starkare än i tabell 10. Genom att bilda differensen mellan motsvarande procenttal i tabell 10 och tabell 11 kan man utläsa, att andelen personer med akut eller annan icke fullständig behandling under den senaste tvåårsperioden utgör för socialgrupp I 0 %, för II 6 % och för III 15 % av hela antalet personer med egna tänder inom resp. grupp.

Tabell 12 har uppställts för att söka belysa inkomstfaktorns inflytande och huruvida den påvisade skillnaden mellan socialgrupp II och III kan förklaras av olikheter i inkomstfördelningen.

Av tabellen framgår att det högre inkomstskiktet uppvisar större andel fullständigt behandlade än de båda lägre inkomstskikten. För varje inkomstnivå är andelen fullständigt behandlade högre inom socialgrupp II än inom socialgrupp III. De påvisade skillnaderna mellan socialgrupperna förklaras sålunda inte enbart av skillnader i fråga om inkomstnivå.

Tandvårdskostnader under de senaste 12 månaderna

Av den ovan refererade metodstudien framgår, att intervjupersonernas uppgifter om kostnader, som betalats till tandläkare under de senaste 12 månaderna, visar mindre god överensstämmelse med motsvarande tandläkaruppgifter. Det har också framhållits, att denna diskrepans mellan kostnadsuppgifterna till stor del torde förklaras av bristfälligheter i intervjuuppgifterna, uppkomna främst genom minnesfel av intervjupersonerna. Trots de brister som sålunda vidlåder materialet i detta avseende, har följande tabeller, som bygger på intervjupersonernas kostnadsuppgifter, sammanställts. Vissa inbördes jämförelser mellan kön, åldersgrupper och socialgrupper torde nämligen ändå kunna vara berättigade.

Vid redovisningen av kostnader medtages här endast kostnader redovisade av personer med kvarvarande egna tänder. Av de 332 personer med egna tänder, som

Tabell 13. Personer med kostnader under de senaste 12 månaderna fördelade på olika kostnadsgrupper, procenttal

| Uppgiven kostnad, kronor | Med fullständig behandling, procentuell fördelning n = 192 | Med akut eller annan behandling, procentuell fördelning n = 22 | Samtliga personer med kostnad, procentuell fördelning n = 214 |
|--------------------------|---|---|--|
| 1—49 | 18 | 68 | 24 |
| 50—99 | 26 | 27 | 25 |
| 100—249 | 31 | 5 | 29 |
| 250—499 | 15 | | 14 |
| 500—999 | 7 } 25 | | 7 } 23 |
| 1 000— | 3 } | | 2 } |
| Totalt | 100 | 100 | 100 |

¹ På grund av avrundning blir summan ej 100 %

besökt tandläkare under den senaste tvåårsperioden, uppgav 118 personer (36 %), att de inte haft någon kostnad under det senaste året. Denna grupp är sammansatt av sådana som enbart fått behandling under det näst senaste året, sådana som fått kostnadsfri behandling (skoltandvård, militärtandvård, släktskap med tandläkaren) och sådana som ännu ej betalat något arvode för erhållen behandling.

Hur de 214 personer, som haft någon kostnad under det senaste året, fördelar sig på olika kostnadsgrupper anges i tabell 13. En uppdelning har där skett i sådana personer som någon gång under den senaste tvåårsperioden fått fullständig behandling och sådana som endast fått akut eller annan icke fullständig behandling. Det torde emellertid observeras, att kostnaderna som redovisas inte kan hänföras till bestämda behandlingsomgångar.

Det framgår av tabellen att spridningen av kostnaderna är stor. 25 % av dem med fullständig behandling, som uppgivit kostnad under de senaste 12 månaderna, anger kostnaderna till 250 kronor eller mera.

I tabell 14 anges medelkostnaden för de personer som haft kostnader bland män resp. kvinnor fördelade på sådana som fått fullständig resp. akut eller annan behandling. Som väntat är medelkostnaden för dem med fullständig behandling avsevärt högre än kostnaden för dem med enbart akut eller annan behandling. Inga slående könsskillnader kan utläsas.

Medelkostnaden inom olika åldersgrupper framgår av tabell 15. Medelkostnaderna har beräknats dels per person med kostnad, dels per person med kvarvarande egna tänder inom resp. åldersgrupp.

Tabell 14. Medelkostnad under de senaste 12 månaderna för personer som haft kostnader, inom olika behandlingskategorier

| Behandlingstyp | Medelkostnad, kronor | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| | Män n = 102 | Kvinnor n = 112 | Män + Kvinnor n = 214 |
| Fullständig (n = 192) | 221 | 216 | 218 |
| Akut eller annan (n = 22) | 38 | 39 | 38 |
| Totalt (n = 214) | 194 | 205 | 200 |

Tabell 15. Medelkostnad under de 12 senaste månaderna, inom olika åldersgrupper, beräknad per person med kostnad resp. per person med kvarvarande egna tänder

| Ålder | Antal personer med kostnad | Medelkostnad per person med kostnad, kronor n = 214 | Medelkostnad per person med egna tänder, kronor n = 454 |
|---------------|----------------------------|--|--|
| 16—19 | 32 | 162 | 98 |
| 20—29 | 59 | 181 | 104 |
| 30—39 | 47 | 186 | 102 |
| 40—49 | 32 | 267 | 97 |
| 50—59 | 33 | 240 | 104 |
| 60—66 | 9 | 148 | 58 |
| 67— | 2 | 168 | 6 |
| Totalt | 214 | 195 | 94 |

Endast ett fåtal personer med kostnader finnes i de högsta åldersgrupperna. De beräknade medelkostnaderna för dessa blir därför synnerligen osäkra. Medelkostnaden bland personer som haft kostnader synes vara något högre i åldrarna 40—59 år än i åldrarna 20—39 år.

Av tabell 16 framgår medelkostnaden inom olika socialgrupper.

Skillnaderna mellan socialgrupperna framgår klart. För personer med kostnader ligger dessa mer än dubbelt så högt inom socialgrupp I som III. Att skillnaderna är än mer framträdande, om medelkostnaden i stället beräknas per person med egna tänder inom de olika grupperna, sammanhänger givetvis med de skillnader i besöksbenägenhet, som tidigare påvisats mellan olika socialgrupper. Med hänsyn till den stora spridning, som föreligger mellan enskilda personers kostnad, och med tanke på de övriga felkällorna, är såväl siffrorna för medelkostnad inom olika grupper som relationerna mellan kostnadsnivån inom olika socialgrupper behäftade med betydande osäkerhet.

Slutligen har i tabell 17 en sammanställning gjorts av antalet personer med egna tänder, som under den senaste tvåårsperioden erhållit fullständig behandling, med

Tabell 16. Medelkostnad under de senaste 12 månaderna, inom olika socialgrupper, beräknad per person med kostnad resp. per person med kvarvarande egna tänder, åldrarna 20—66 år

| Socialgrupp | Antal personer med kostnader | Medelkostnad per person med kostnad, kronor n = 180 | Medelkostnad per person med egna tänder, kronor n = 375 |
|---------------------------|------------------------------|--|--|
| I | 22 | 301 | 207 |
| II | 94 | 234 | 129 |
| III | 63 | 128 | 47 |
| Totalt¹ | 180 | 207 | 99 |

¹ För totalsiffrorna medräknas 2 personer utan känd socialgrupp, varav 1 med kostnad.

Tabell 17. Antal personer med egna tänder, som erhållit fullständig behandling under den senaste tvåårsperioden, jämte medelkostnad under de senaste 12 månaderna för personer med kostnad, efter tandvårdsform

| Tandvårdsform | Antal personer med fullständig behandling | Därav med kostnad senaste 12 mån. | Medelkostnad per person med kostnad, kronor |
|--|---|-----------------------------------|---|
| Privattandvård enbart | 212 | 154 | 232 |
| Folktandvård enbart | 40 | 14 | 146 |
| Privat- och folktandvård i kombination | 25 | 20 | 191 |
| Övriga tandvårdsformer | 15 | 4 | 89 |
| Totalt | 292 | 192 | 218 |

uppdelning på olika tandvårdsformer. I tabellen anges även medelkostnaden under de senaste 12 månaderna för personer som haft kostnad. Såsom folktandvård har även räknats skoltandvård samt tandvård meddelad vid centraltandpoliklinik eller tandläkarhögskola. Med övriga tandvårdsformer avses tandvård utomlands eller militärtandvård enbart eller i kombination med annan vårdform.

Av tabellen framgår att av de 292 personer, som under den senaste tvåårsperioden fått fullständig behandling, har 212 (73 %) behandlats enbart av privatpraktiserande tandläkare. Som väntat är medelkostnaden för dem som enbart utnyttjat privattandvård högre än för dem som enbart behandlats inom folktandvården.

Sammanfattning och kommentar

Felkällor

Vid intervjuundersökningar har man alltid att räkna med flera olika felkällor såsom missuppfattningar av frågorna, minnesfel, medvetet felaktiga svar, intervju-arpåverkan m.m. Det förhållandet, att sköterskor använts som intervjuare vid denna undersökning, har troligen varit till fördel. Man har anledning att förmoda, att sköterskor i mindre utsträckning än andra tänkbara intervjuarkategorier får medvetet felaktiga svar av intervjupersonerna vad avser t.ex. förekomst av tandprotes.

Den genomförda tandläkarenkäten har visat, att minnesfelen torde vara en av de allvarligaste felkällorna i denna undersökning, främst då vad gäller uppgiven tandvårdskostnad. Minnesfelen visade sig vara betydligt mindre vad beträffar tidpunkten för senaste tandläkarbesök. Tandläkarenkäten har även visat, att de bedömningsfel intervjupersonerna gjort beträffande den erhållna behandlingens art inte är särskilt stora.

Undersökningen har drabbats av ett bortfall omfattande 9 % av det ursprungliga urvalet. Detta är inte någon hög siffra i jämförelse med vad som är vanligt vid intervjuundersökningar. Någon korrigering av resultaten med hänsyn till bortfallet har inte ansetts nödvändig.

Beroende på att gruppen av intervjuade personer utgör ett urval, måste man räkna med att de procenttal och medeltal som redovisas är behäftade med slumpfel. Vissa procenttal har därför försetts med ett osäkerhetsintervall motsvarande \pm medelfelet. Härigenom kan slumpfelen uppskattas, när man önskar överflytta

resultat och procenttal till urvalspopulationen. Den senare omfattar alla 15 februari-födda personer över 16 år och torde i sin tur utgöra ett representativt urval av hela den svenska befolkningen över 16 år. I varje fall torde avvikelserna mellan 15 februari-populationen och hela befolkningen vara försvinnande i jämförelse med slumpfelen.

Huvudsakliga resultat

Av undersökningens resultat kan sammanfattningsvis nämnas, att 24 % (± 2 %) av personer över 16 år helt saknar egna tänder och att 31 % (± 2 %) av personer över 16 år har helprotes i båda eller ena käken. Av dem som saknar egna tänder har endast 16 % (± 3 %) varit hos tandläkare under den senaste tvåårsperioden och av protesbärare har en stor andel ej sökt tandläkare under lång tid.

Av dem som har kvarvarande egna tänder har 73 % (± 2 %) sökt tandläkare under den senaste tvåårsperioden. De som under den senaste tvåårsperioden undergått fullständig behandling utgör 64 % (± 2 %) av samtliga personer med kvarvarande egna tänder. För dem som haft tandvårdskostnader under de senaste 12 månaderna är medelvärdet för av intervjupersonerna uppgivna kostnader 200 kronor. Denna siffra är dock behäftad med stor osäkerhet, som icke enbart betingas av slumpfelet. Den kan därför inte utan vidare överflyttas till att gälla för hela befolkningen.

Vid undersökningen har som resultat därjämte framkommit vissa skillnader vad beträffar tandvårdsförhållandena mellan män och kvinnor, olika åldersgrupper, socialgrupper och inkomstgrupper. Vissa av dessa skillnader är så stora, att de icke kan förklaras som tillfälligheter vid urvalet, d.v.s. de är vad man kallar signifikanta skillnader¹. Dessa skillnader sammanfattas i det följande.

Skillnader mellan män och kvinnor

Avsaknad av egna tänder liksom protesförekomst är vanligare bland kvinnor än bland män (signifikant skillnad*, tabell 1 resp. 4). Av personer med egna tänder har större andel kvinnor än män besökt tandläkare under den senaste tvåårsperioden (signifikant skillnad*, tabell 8). Likaså har, bland personer med egna tänder, större andel kvinnor än män fått fullständig behandling under den senaste tvåårsperioden (signifikant skillnad**, tabell 9).

Beträffande kvinnorna gäller sålunda, att de är mindre gynnsamt ställda än männen vad beträffar förekomst av egna tänder och att de i större utsträckning har protes. Man skulle kunna förmoda att detta sammanhänger med att kvinnor med bristfällig tanduppsättning är mer benägna än män att låta extrahera tänderna och ersätta dem med protes. För denna förklaring talar det förhållandet att män med kvarvarande egna tänder sköter sina tänder sämre.

Skillnader mellan åldersgrupper

Med stigande ålder ökar andelen personer, som helt saknar egna tänder, liksom andelen protesbärare (signifikanta skillnader***, tabell 1 resp. 4). Bland dem som har kvarvarande egna tänder minskar med stigande ålder andelen personer, som

¹ För angivandet av signifikanta skillnader gäller:

* anger signifikans på nivån 5 %, d.v.s. sannolikheten att av en slump erhålla en så stor skillnad, som den i urvalet observerade, är högst 5 %, om ingen skillnad föreligger i hela populationen

** anger signifikans på nivån 1 %

*** anger signifikans på nivån 1 ‰

sökt tandläkare och som undergått fullständig behandling under den senaste två-årsperioden (signifikanta skillnader**, tabell 8 resp. 9).

Att benägenheten att undergå fullständig behandling är större i de lägre åldersgrupperna kan sammanhånga med att skoltandvård, militärtandvård och folkandvård koncentrerat insatserna på de lägre åldrarna och därigenom skapat ett bättre utgångsläge än tidigare. Detta bättre utgångsläge i förening med den allmänna standardhöjningen kan ha medfört större benägenhet att söka vidmakthålla ett gott tandbestånd.

Skillnader mellan socialgrupper

Bland personer i högre socialgrupp är avsaknad av egna tänder, liksom protesförekomst, mindre vanlig och benägenheten att söka tandläkare och undergå fullständig behandling större (signifikanta skillnader***, tabell 2, 5, 10 resp. 11).

Jämsides med åldersskillnaderna framträder socialgruppsskillnaderna sålunda som mest slående. Eftersom socialgrupp är starkt korrelerad till inkomst, skulle man kunna tänka sig, att hela förklaringen till de stora socialgruppsskillnaderna är att söka i skillnaden i inkomstnivå. Av tabell 12 framgår att den aktuella inkomstnivån icke förklarar skillnaden mellan socialgrupp II och III i fråga om benägenheten till fullständig behandling. Det är dock inte uteslutet att tidigare inkomstskillnader, som ej fångas upp av den aktuella inkomstnivån, kan förklara skillnaderna mellan socialgrupperna. Men det kan också mycket väl tänkas, att skillnaderna mellan socialgrupper beror av andra faktorer såsom munhygien och attityden till tandvård.

Skillnader mellan inkomstgrupper

Avsaknad av egna tänder är vanligare bland personer med lägre inkomst (signifikant skillnad*, tabell 3). Denna skillnad kan inte helt förklaras av socialgruppstillhörigheten.

Det kan självfallet diskuteras om det är berättigat att ställa inkomstnivån under ett bestämt år, nämligen undersökningsåret, i relation till avsaknaden av egna tänder. Det tandförfall som så småningom lett till avsaknad av egna tänder har givetvis skett under en lång period. Några inkomstuppgifter avseende tidigare år har emellertid inte varit tillgängliga för det undersökta materialet.

Beträffande fullständig behandling föreligger visserligen en tendens till större benägenhet härför hos personer med högre inkomst (tabell 12), men denna skillnad är inte statistiskt säkerställd.

Utdrag ur det använda intervjuformuläret:

Frågor rörande tandvård och tandvårdskostnader

36. Har Ni varit hos tandläkare någon gång under de senaste 2 åren, d.v.s. sedan maj¹ månad 1961?
 JA NEJ

Om JA:

- 36A Har Ni varit hos tandläkaren någon gång under de senaste 12 månaderna, d.v.s. sedan maj månad 1962?
 JA NEJ

- 36B Vilken tandläkare eller folktandvårdsmottagning besökte Ni senast?

TANDLÄKARENS (TANDKLINIKENS) NAMN OCH ADRESS:

- 36C Har Ni varit hos någon annan tandläkare eller på någon annan folktandvårdsmottagning någon gång under de senaste 2 åren, d.v.s. sedan maj månad 1961?

JA NEJ

Om JA:

- 36D Vilken tandläkare eller tandklinik var det?

TANDLÄKARENS (TANDKLINIKENS) NAMN OCH ADRESS:

- 36E Någon annan tandläkare eller tandklinik också? Vilken?

TANDLÄKARENS (TANDKLINIKENS) NAMN OCH ADRESS:

Om NEJ på fråga 36 ställes fråga 37!

37. När sökte Ni senast tandläkare?

ANGE ARTAL:

38. Vad gällde Ert senaste besök eller den senaste besöksserien hos tandläkare, var det bara kontrollbesök utan någon behandling, var det fullständig behandling eller var det enbart akut behandling för tandvärk eller var det något annat? (Sätt kryss i någon av rutorna med ledning av anvisningarna i högra kolumnen)

A Kontrollbesök

D.v.s. enbart undersökning utan behandling (annat än skrapning av tandsten).

B Fullständig behandling

D.v.s. lagning av alla tänder med hål eller insättning av tandprotes eller brygga. Även ännu pågående fullständig behandling räknas hit.

C Enbart akut behandling för tandvärk

T. ex. tandutdragning eller lagning bara av den tand som gett besvär men inte fullständig behandling.

D Annat Vad?

Om kryss i ruta C eller D:

- 38A Har Ni någon gång under den senaste 2-årsperioden sökt tandläkare utan att det berodde på tandvärk eller andra plötsligt påkomna besvär?

JA NEJ

Om JA:

- 38B Fick Ni då fullständig behandling, d.v.s. lagning av alla tänder med hål eller insättning av tandprotes eller brygga?

JA NEJ

Om intervjupersonen varit hos tandläkare någon gång under de senaste 2 åren (JA på fråga 36) ställes nu även fråga 39:

¹ Vid några sent genomförda intervjuer ändrades denna och följande månadsangivelser i enlighet med tidpunkten för intervjun.

39. Har Ni något emot att man för den här undersökningen tar kontakt med Er tandläkare om man vill veta mer om den tandvård som Ni fått?
 NEJ, INGA INVÄNDNINGAR MEDGER EJ KONTAKT

40. Har Ni uteslutande egna tänder?
 JA NEJ

Om NEJ:

- 40A Har Ni några egna tänder kvar?
 JA NEJ, INGA EGNA TÄNDER KVAR

- 40B Har Ni tandprotes som kan tas ut, d.v.s. löständer? (Hit räknas ej stifttänder, broar eller bryggor)
 JA NEJ

Om JA:

- 40C Har Ni protes i överkäken och vad är det i så fall för slags protes, helprotes eller delprotes?
 INGEN PROTES I ÖVERKÄKEN HELPROTES I ÖVERKÄKEN
 DELPROTES I ÖVERKÄKEN

- 40D Har Ni protes i underkäken och vad är det i så fall för slags protes, helprotes eller delprotes?
 INGEN PROTES I UNDERKÄKEN HELPROTES I UNDERKÄKEN
 DELPROTES I UNDERKÄKEN

Om intervjupersonen varit hos tandläkare under den senaste 2-årsperioden (JA på fråga 36) ställes även fråga 41 och följande!

41. Har Ni betalat ut något för Er egen tandvård under de senaste 12 månaderna? Jag är intresserad av alla kostnader som Ni har betalat till tandläkare eller folktandvård sedan maj månad 1962 oberoende av när behandlingen ägde rum.
 JA NEJ

Om JA:

- 41A Hur mycket har Ni sammanlagt betalat ut under de senaste 12 månaderna? Om Ni inte minns exakt hur mycket det är och inte lätt kan ta fram ev. kvitton eller räkningar, försök då uppskatta beloppet så bra som möjligt! Svara först med något av följande svar! (Svarsalternativen visas upp för intervjupersonen!)

MINDRE ÄN 50 50—99 100—249 250—499 500—999 1 000 KRONOR ELLER MERA

- 41B Kan Ni säga mera exakt hur mycket Ni har betalat? Försök nu att ange beloppet så noggrant som möjligt!
KRONOR:

- 41C Har Ni fått eller räknar Ni med att få tillbaka någon ersättning för kostnader, som Ni har betalat för Er egen tandvård under de senaste 12 månaderna, från försäkringskassan (sjukkassan) eller från annat håll?
 JA NEJ

Om JA:

- 41D Från vem har Ni fått eller räknar Ni med att få sådan ersättning?

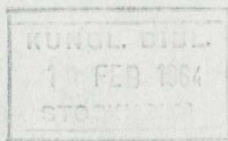
- 41E Hur stort belopp har Ni fått eller räknar Ni med att få tillbaka?
ERSÄTTNING, KRONOR:

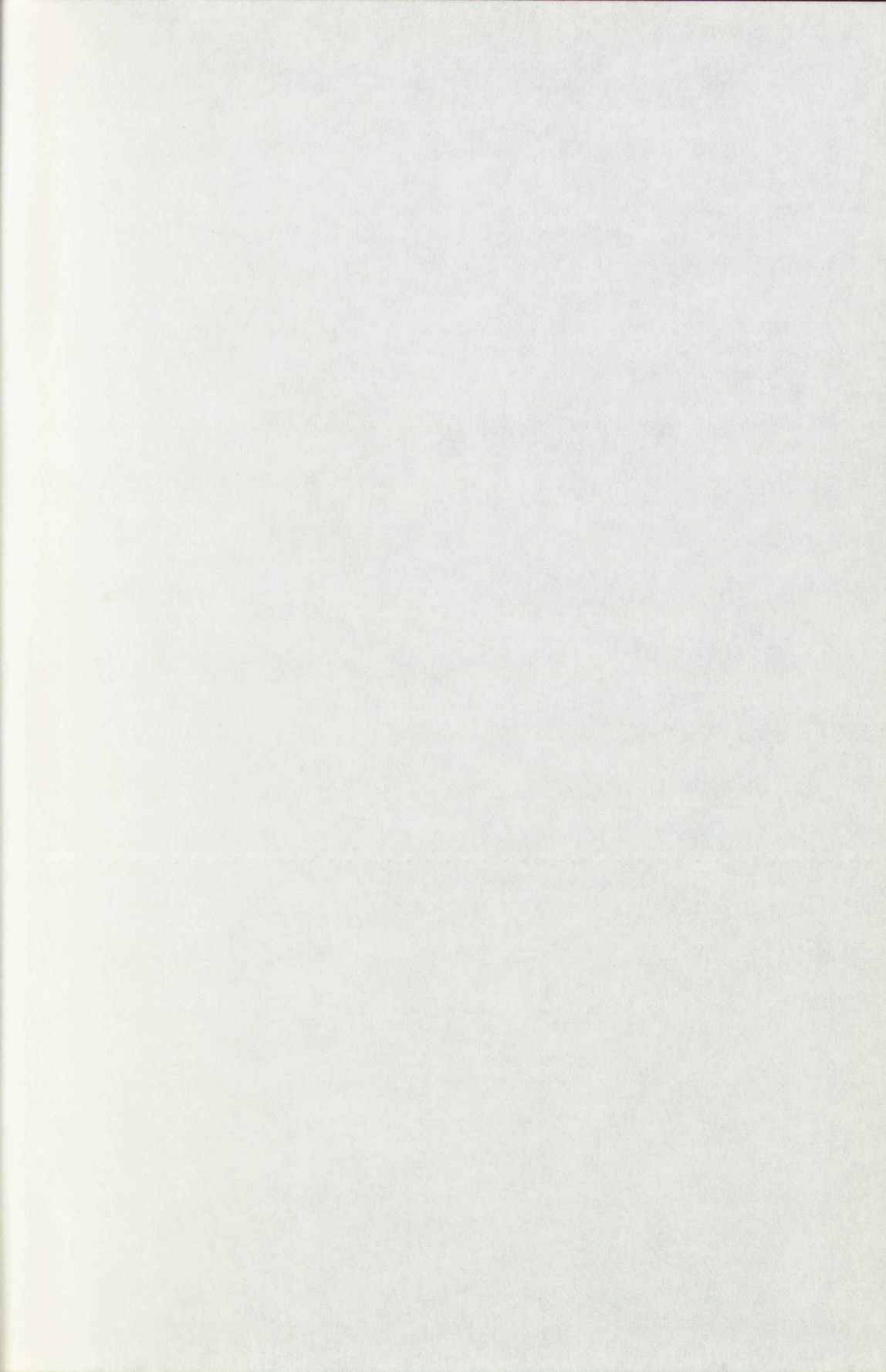
42. Har Ni fått någon egen tandvård kostnadsfritt under de senaste 12 månaderna?
(Kostnaden kan t. ex. ha betalats direkt av försäkring eller genom mödrahjälp eller socialvård)
 JA NEJ

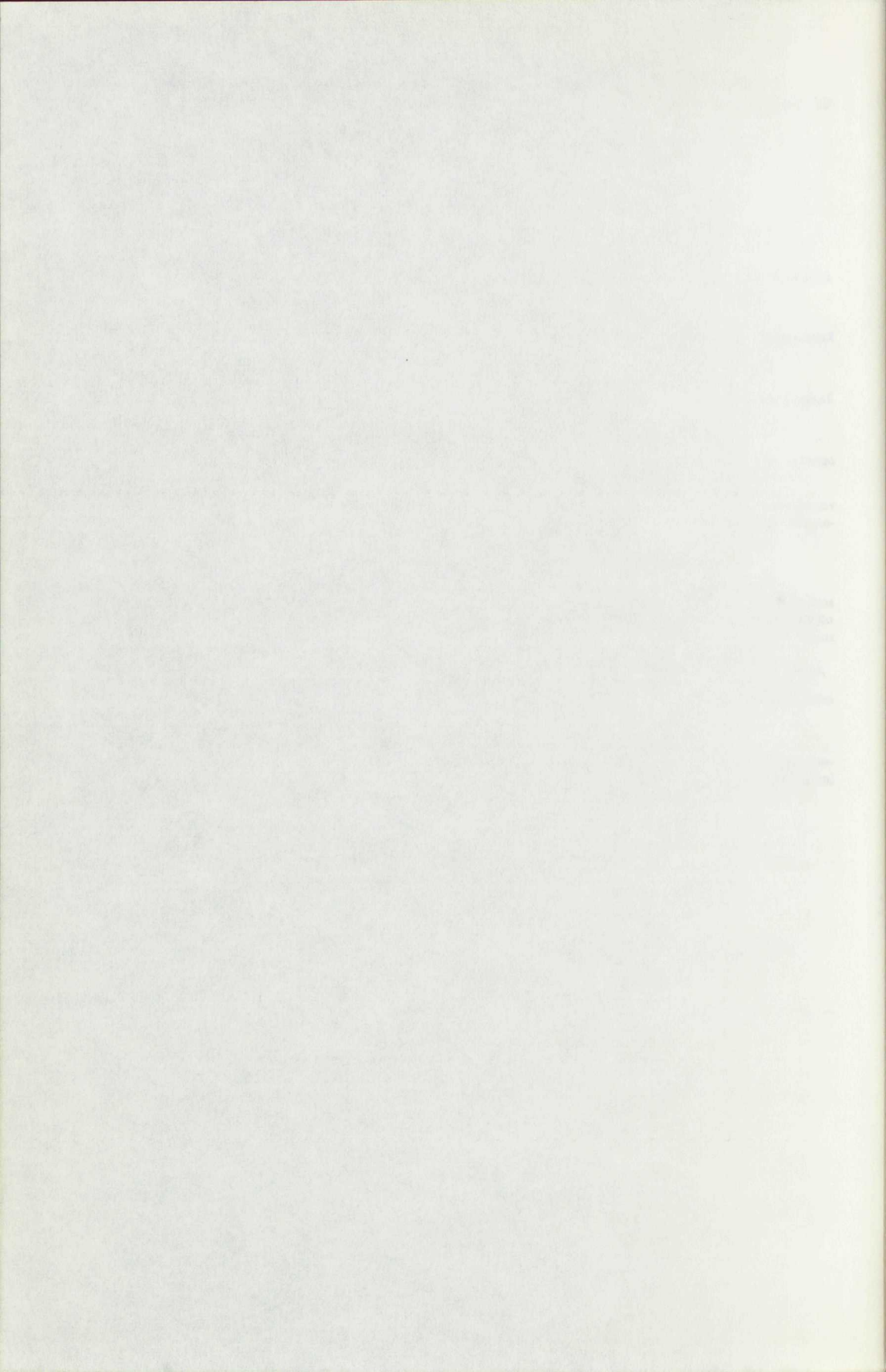
Om JA:

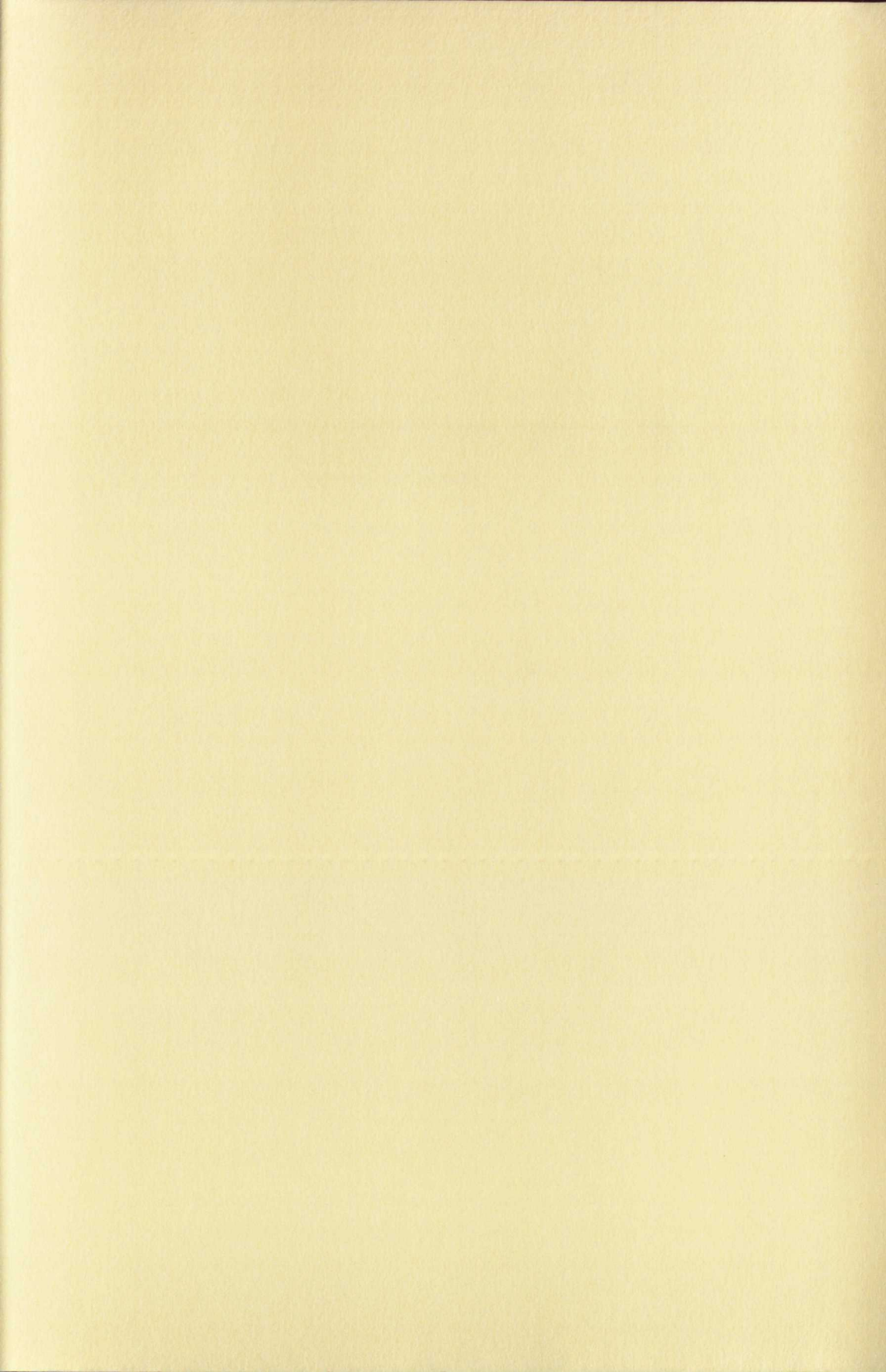
- 42A Vem betalade kostnaden?

- 42B Hur stor kostnad rörde det sig om?
KRONOR: VET EJ









STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1965

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen)

Justitiedepartementet

Sammanställning av remissyttranden över författningsutredningens förslag till ny författning. Del 1: Allmänna uttalanden samt 1 och 2 kap. i förslaget till regeringsform. [2] Del 2: Kap. 3, 4 och 5 i förslaget till regeringsform. [3]

Utrikesdepartementet

Sveriges sjöterritorium. [1]

Socialdepartementet

Tandvårdsförsäkring. [4]

EMIL KIHLSSTRÖMS TRYCKERI AKTIEBOLAG

