

TAND VÅRDEN I BÖRJAN AV 80-TALET

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013



National Library
of Sweden

BETÄNKANDE AV
1978 ÅRS TANDVÅRDSUTREDNING

SOU

1979:7

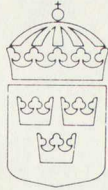
TAND
VÅRDEN
I BÖRJAN AV
80-TALET

BETÄNKANDE AV
1978 ÅRS TANDVÅRDSUTREDNING

SOU

1979:7

126
24



Statens offentliga utredningar
1979:7
Socialdepartementet

Tandvården i början av 80-talet

Betänkande av 1978 års tandvårdsutredning
Stockholm 1979

Omslag Jan Bohman
Jernström Offsettryck AB

ISBN ~~91-38-04607-8~~

9138-04607-5(F)

ISSN 0375-250X

Gotab, Stockholm 1979

Till Statsrådet och chefen för socialdepartementet

Genom beslut den 22 december 1977 bemyndigade regeringen dåvarande chefen för socialdepartementet att tillkalla högst sex ledamöter för att göra en översyn av den allmänna tandvårdsförsäkringen m. m.

Med stöd av detta bemyndigande tillkallades följande ledamöter – nämligen överdirektör Svante Englund, tillika ordförande, riksdagsledamot Nils Carlshamre, landstingsråd Halvard Claesson, ombudsman Gerd Dahl, riksdagsledamot Hans Gustafsson samt landstingsledamot Sylve Öfström.

Vi har antagit benämningen 1978 års tandvårdsutredning.

I arbetet med nu föreliggande delbetänkande har som sakkunniga deltagit medicinalråd John Hedlin, byråchef Arvo Marits, förbundsdirektör Lars Sandberg, departementsråd Karl-Erik Strand, departementssekreterare Sven-Erik Tengvall och sekreterare Stig Wintzer.

Dessutom har som experter medverkat tandvårdschef Bengt Ek, tandläkare Hans Sundberg och tandtekniker Sture Ågren.

Sekreterare i utredningen är Gunnar Högberg och biträdande sekreterare Birgitta Carlsson och Jan Malmqvist.

Vårt uppdrag omfattar en allmän översyn av tandvårdsförsäkringen och utbyggnadsprogrammet för folktandvården. Vi skall enligt våra direktiv redovisa förslag i vissa frågor i sådan tid att de kan behandlas av riksdagen under år 1979.

Med anledning därav får vi härmed överlämna delbetänkandet Tandvården i början av 80-talet.

Stockholm den 16 januari 1979

Svante Englund

Nils Carlshamre

Halvard Claesson

Gerd Dahl

Hans Gustafsson

Sylve Öfström

/Gunnar Högberg

Birgitta Carlsson

Jan Malmqvist

Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	9
<i>Författningsförslag</i>	13
1 <i>Inledning</i>	15
1.1 Uppdraget	15
1.2 Uppläggningsen av delbetänkandet	16
2 <i>Tandvårdsförsäkringen</i>	19
2.1 Försäkringens bestämmelser m. m.	19
2.2 Kostnader för tandvården	21
3 <i>Aktuell utredningsverksamhet</i>	23
3.1 Tandvårdspersonalsutredningen	23
3.2 Hälso- och sjukvårdsutredningen	24
3.3 Fredstandvård 80	24
3.4 Tandläkarnas utbildning, betänkande av 1971 års utredning om tandläkarnas specialistutbildning m. m.	24
4 <i>Nuvarande planerings- och prognosarbete</i>	27
4.1 Planering av hälso- och sjukvård	27
4.2 Planering av folktandvård	28
4.2.1 Folktandvårdens åligganden	28
4.2.2 Folktandvårdens personal	29
4.2.3 Folktandvårdens utveckling	29
4.2.4 Folktandvårdens nuvarande planering	31
5 <i>Tandläkarkåren</i>	33
5.1 Tandläkarkårens sammansättning 1977	33
5.1.1 Legitimerade tandläkare	33
5.1.2 Verksamma tandläkare	33
5.1.3 Arbetad tid per tandläkare	34
5.2 TPU:s tillgångsprognoser	35
6 <i>Utbyggnaden av folktandvården</i>	37
6.1 Riksdagens beslut	37
6.2 1970 års försäkringsutrednings utbyggnadsmodell	37

6.3	Jämförelse prognos – utfall 1974–1977	39
6.3.1	Fullständigt behandlade barn och ungdomar samt folk- tandvårdens andel av vuxentandvården	39
6.3.2	Tandläkartimmar	40
6.4	Prognoser över när folktandvården kan vara utbyggd	42
6.4.1	Rapport nr 10 från tandvårdsdelegationens observations- grupp över tandläkarsituationen inom folktandvården m. m.	42
6.4.2	Ny prognos	43
6.4.3	Folktandvårdsplaner och LKELP 78	44
6.5	Beräkningar av de enskilda huvudmännens utbyggnadssituation 1980–1983 – regionala prognoser	46
6.5.1	Teoretiska beräkningar	46
6.5.2	Tandläkartimmar 1983 enligt LKELP 78 och socialstyrel- sens regionala prognos	48
6.6	Tänkbara förändringar av vårdbehovet	48
6.7	Sammanfattande värdering av prognoser och planer	49
6.7.1	Planer och behovsprognoser	49
6.7.2	Tillgångsprognoser	51
6.7.3	Sammanfattande värdering	51
6.8	Överväganden och förslag	52
7	<i>Regional fördelning av tandvårdsresurser</i>	55
7.1	Tandläkartäthet	55
7.2	Vårdsituationen	56
7.2.1	Vårdsituationen för barn och ungdom	56
7.2.2	Vårdsituationen för vuxna	57
7.3	Beräkningar av hur den regionala fördelningen av tandvårdsre- surser för vuxna förändras genom utbyggnaden av folktand- vården	62
7.4	Överväganden	64
8	<i>Begränsning av privatpraktiserande tandläkares etablering</i>	67
8.1	Begränsningsregeln och dess tillämpning	67
8.2	Effekten av etableringsreglerna	69
8.3	Överväganden och förslag	70
9	<i>Kvotering till folktandvården</i>	73
9.1	Socialstyrelsens uppdrag	73
9.2	Kvoteringssystemet	73
9.2.1	Utgångspunkter	73
9.2.2	Hur tillväxten reglerats	74
9.2.3	Fastställande av totalkvot samt kvotens fördelning	75
9.2.4	Administrativt system	78
9.3	Värdering av kvoteringssystemet	79
9.4	Vikariattjänstgöringens omfattning	80
9.4.1	Nuvarande regler	80
9.4.2	Socialstyrelsens undersökning	80
9.4.3	Antalet vikarierande tandläkare	82

9.5 Överväganden och förslag	82
10 <i>Ersättning till folktandvårdens huvudmän</i>	85
10.1 Bakgrund	85
10.2 Ersättning för vuxentandvård	85
10.3 Ersättning för barn- och ungdomstandvård	86
10.4 Garantiregeln	86
10.5 Utfallet av ersättningsregeln	87
10.6 Överväganden och förslag	89
Bilaga 1 <i>Uppgifter ur socialstyrelsens personalstatistik</i>	91
Bilaga 2 <i>Privattandläkare och distriktstandläkare fördelade efter kön och ålder 1977</i>	93
Bilaga 3 <i>Årsarbetstid för tandläkare</i>	95
Bilaga 4 <i>TPU:s prognos angående tandläkartillgång</i>	97
Bilaga 5 <i>Försäkringsutredningens prognoser</i>	99
Bilaga 6 <i>Jämförelse prognos-utfall beträffande tandläkartimmar</i>	101
Bilaga 7 <i>Jämförelse prognos-utfall beträffande tandläkare</i>	103
Bilaga 8 <i>Beräkning av tandläkartimmar som saknas i barn- och ungdomstandvård 1980-1983</i>	105
Bilaga 9 <i>Tandläkartimmar 1983 enligt LKELP 78 och socialstyrelsens regionala prognos</i>	109
Bilaga 10 <i>Tandläkartätheten 1975-1976</i>	111
Bilaga 11 <i>Vårdsituationen för barn och ungdomar 1977</i>	113
Bilaga 12 <i>Andel personer med god tuggförmåga</i>	117
Bilaga 13 <i>Utdrag ur obs-gruppens rapporter nr 9 och 10</i>	119
Bilaga 14 <i>Antal privattandläkare anslutna till försäkringen</i>	123
Bilaga 15 <i>Kvoteringsbeslut 1975-1978</i>	125
Bilaga 16 <i>Fördelning av kvot efter huvudmannaområden</i>	127
Bilaga 17 <i>Barn- och ungdomstandvård 1976</i>	129
Bilaga 18 <i>Tandläkare-distriktstandvård</i>	131

Bilaga 19 <i>Barn- och ungdomstandvård 1974–1977</i>	133
Bilaga 20 <i>Andel vikarierande tandläkare</i>	135

Sammanfattning

I samband med beslutet 1973 om införande av allmän tandvårdsförsäkring tog riksdagen ställning till målet för utbyggnaden av den organiserade barn- och ungdomstandvården. Den skulle vara fullt utbyggd före 1979 års utgång. Till grund för beslutet låg de prognoser om tandvårdsbehov för barn- och ungdom, efterfrågan från vuxna på tandvård samt tillgång på tandvårdsresurser som redovisats av 1970 års försäkringsutredning. Av flera skäl har ökningen av tandläkarresurser inom folktandvården ej blivit så stor som man räknade med. Till följd därav har utbyggnaden försenats. De nya planer och prognoser vi redovisar i detta delbetänkande tyder på att det mål för utbyggnaden som angavs av 1973 års riksdag kommer att uppnås under perioden 1982–1984.

Vi föreslår att den av riksdagen 1973 angivna målsättningen skall ligga fast även efter 1979 samt att statsmakernas nu gällande beslut om medel för att underlätta utbyggnaden av folktandvården skall förlängas att gälla till utgången av 1982. Dessa medel är etableringsbegränsning för privatpraktiserande tandläkare, kvotering av tandläkarresurser inom folktandvården samt ersättning till folktandvårdens huvudmän. Orsaken till att vi föreslår förlängning till och med 1982 är att vi räknar med att statsmakterna vid denna tidpunkt skall ha tagit ställning till förslagen i vårt huvudbetänkande.

Vi visar i betänkandet att tandvårdsresurserna är ojämnt fördelade över landet. Det är tyvärr inte möjligt att vidtaga några åtgärder som på kort sikt radikalt förändrar denna situation. För att i någon mån förbättra den regionala fördelningen av tandvårdsresurser föreslår vi emellertid vissa ändringar i tillämpningen av de nuvarande reglerna angående begränsning av etablering av privatpraktiserande tandläkare och reglerna för kvotering av tandläkarresurser inom folktandvården.

I syfte att påskynda genomförandet av 1973 års beslut föreslår vi att 3–5-åringar och 17–19-åringar fr. o. m. 1981 fullt ut skall omfattas av folktandvårdslagens vårdskyldighet. Vi är medvetna om att detta inte kommer att vara möjligt för samtliga landsting fr. o. m. 1981. De landsting som ej har möjlighet att redan från början klara av denna vårdskyldighet bör dock kunna få dispens.

Vi föreslår som nämnts att den nu gällande regeln om begränsning av etableringen av privatpraktiserande tandläkare skall få tillämpas intill utgången av år 1982. Enligt riksförsäkringsverkets praxis får verksamma privattandläkare, som inte är ortsbundna, bli uppförda på förteckning hos annan försäkringskassa om de så önskar (flyttning mellan kasseområde). Vi

framhåller att det skulle medverka till en bättre regional fördelning av tandvårdsresurserna om flyttning mellan kasseområden inte medgavs i de fall tandläkare utanför storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö önskar flytta in till dessa områden. Tandläkare bör enligt vår mening få flytta till storstadsregionerna endast om ersättningsetablering föreligger.

Vi föreslår vidare i betänkandet att den principiella uppbyggnaden av nuvarande kvoteringsystem bibehålles. Avsikten med detta system bör även i fortsättningen vara att reglera tillväxten av tandläkarresurser för folktandvårdens huvudmän. Vad gäller fördelningen av resurser för barn- och ungdomstandvården har vi beräknat att behov av fortsatt kvotering föreligger fram till och med år 1982. Vi anser det därför lämpligt att socialstyrelsen får förlängt uppdrag att fördela anställningsmöjligheter mellan huvudmännen till utgången av år 1982.

Socialstyrelsen har vid tillämpningen av kvoteringsystemet låtit utbyggnadsgraden inom barn- och ungdomstandvården vara avgörande för fördelningen till landstingen. Utbyggnadsgraden inom vuxentandvården har dock beaktats och inom ramen för systemet har vid flera tillfällen dispens givits till landsting som haft särskilda behov av att på vissa orter bygga ut vuxentandvården. För att åstadkomma en jämnare fördelning i landet av tandvårdsresurserna för den vuxna befolkningen föreslår vi att socialstyrelsen, allteftersom utbyggnaden av barn- och ungdomstandvården fortskrider, i högre grad än hittills bör beakta behovet av vuxentandvård vid kvoteringen.

Vi förutsätter vidare att socialstyrelsen vid fördelning av anställningsmöjligheter inte medger huvudmän med den största tandläkartätheten för vuxna en större tilldelning än vad som är nödvändigt för att de skall kunna omhänderta barn och ungdomar enligt i folktandvårdslagen fastställt vårdansvar. En sådan begränsad utbyggnad inom dessa områden innebär att en något bättre regional fördelning av vårdresurserna åstadkommes under perioden fram till 1982.

Reglerna för anställande av vikarierande tandläkare inom distriktstandvården har vidare varit föremål för granskning inom vår utredning. Vi framhåller att andelen vikariat inte bör utgöra mer än ca 5 % av antalet uppehållna tjänster inom ett landsting. En sådan begränsning skulle medverka till att bättre regional fördelning av tandvårdsresurserna kom till stånd. En förutsättning härför är att omfattningen av vikariat på den privata sektorn inte tillåts öka.

Vi har slutligen analyserat utfallet av de särskilda bestämmelser som tandvårdstaxans §§ 16–19 innehåller om ersättning från försäkringen till landsting och kommun som ej tillhör landsting för kostnader för folktandvårdens utbyggnad. Dessa bestämmelser infördes med den avsikten att huvudmännens nettokostnader för folktandvården inte skulle stiga till följd av den i samband med tandvårdsreformens genomförande planerade utbyggnaden. Vår analys visar att tandvårdshuvudmännen genomsnittligt fått täckning för sina utbyggnadskostnader och att ersättningsreglerna därför haft avsedd effekt.

Riksdagsbeslutet 1973 innebar att ifrågavarande ersättningsregler skulle gälla under hela den utbyggnadsperiod som försäkringsutredningen redovisade, dvs. till och med år 1979. Eftersom utbyggnaden som tidigare

framhållits blivit försenad föreslår vi att tandvårdstaxan §§ 16–19 skall gälla till och med 1982.

I detta delbetänkande redovisar vi de förslag till åtgärder som erfordras på kort sikt. Under utredningsarbetet har vi även diskuterat utformningen av reglerna omkring tandvårdsförsäkringen på lång sikt. Vi har emellertid nu avstått från att lägga långsiktiga förslag i dessa frågor.

Vi avser sålunda att i vårt kommande huvudbetänkande återkomma till de frågor som vi tagit upp i delbetänkandet.

Författningsförslag

Förslag till Lag om ändring i folktandvårdslagen (1973:457)

Härmed föreskrives att punkterna 2 och 3 övergångsbestämmelserna till folktandvårdslagen (1973:457) skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

2. Bestämmelsen i 2 § andra stycket om erbjudande av behandling skall *tills vidare och till dess Konungen förordnar annat* icke gälla barn till och med det år då de fyller fem år och ungdomar från och med det år då de fyller sjutton år.

Förordnande som avses i första stycket kan begränsas till viss eller vissa åldersklasser.

Föreslagen lydelse

2. Bestämmelsen i 2 § andra stycket om erbjudande av behandling skall *för år 1980* icke gälla barn till och med det år då de fyller fem år och ungdomar från och med det år då de fyller sjutton år.

Från och med år 1981 får socialstyrelsen tills vidare för ett år i sänder undantaga landstingskommun från skyldighet att enligt 2 § andra stycket erbjuda behandling till barn till och med det år då de fyller fem år och ungdomar från och med det år då de fyller sjutton år. Undantagande kan begränsas till viss eller vissa ålderklasser.

3. Bestämmelsen i 2 § andra stycket att tandvården skall vara avgiftsfri för patienten skall tills vidare och till dess Konungen förordnar annat icke gälla ungdomar från och med det år då de fyller sjutton år, om de ej omfattas av tandvård som avses i första punkten av nämnda stycke. Av ungdomar för vilka avgiftsfrihet icke gäller får dock uttagas högst 50 procent av de högsta

3. Bestämmelsen i 2 § andra stycket att tandvården skall vara avgiftsfri för patienten skall tills vidare icke gälla ungdomar från och med det år då de fyller sjutton år, om de ej omfattas av tandvård som avses i första punkten av nämnda stycke. Av ungdomar för vilka avgiftsfrihet icke gäller får dock uttagas högst 50 procent av de högsta patientavgifter som gäller enligt särskilda bestämmelser.

Nuvarande lydelse

patientavgifter som gäller enligt särskilda bestämmelser.

Förordnande som avses i första stycket kan begränsas till viss eller vissa åldersklasser.

Föreslagen lydelse

melser.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1980.

Förslag till**Lag om ändring i lagen (1973:456) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring**

Härmed föreskrives att punkterna 2 och 9 övergångsbestämmelserna till lagen (1973:456) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

2. Bestämmelserna i 2 kap. 3 § första stycket skall tills vidare *och till dess regeringen förordnar annat* gälla utgifter för tandvård åt försäkrad från och med det år då han fyller sjuutton år om han ej omfattas av tandvård som sägs i 2 § andra stycket första punkten folktandvårdslagen (1973:457).

Förordnande som avses i första stycket kan begränsas till viss eller vissa åldersklasser.

9. Om riksförsäkringsverket finner anledning antaga att folktandvårdens behov av tandläkare skall bli otillräckligt tillgodosett, får verket till utgången av år 1979 i den utsträckning som behövs föreskriva att tandläkare som avses i punkt 8 ej skall föras upp på förteckning hos allmän försäkringskassa.

Föreslagen lydelse

2. Bestämmelserna i 2 kap. 3 § första stycket skall tills vidare gälla utgifter för tandvård åt försäkrad från och med det år då han fyller sjuutton år om han ej omfattas av tandvård som sägs i 2 § andra stycket första punkten folktandvårdslagen (1973:457).

9. Om riksförsäkringsverket finner anledning antaga att folktandvårdens behov av tandläkare skall bli otillräckligt tillgodosett, får verket till utgången av år 1982 i den utsträckning som behövs föreskriva att tandläkare som avses i punkt 8 ej skall föras upp på förteckning hos allmän försäkringskassa.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1980.

1 Inledning

1.1 Uppdraget

Direktiven för utredningsarbetet har av dåvarande chefen för socialdepartementet, statsrådet Gustafsson, meddelats vid regeringssammanträde 1977-12-22 (Dir 1977:133).

Beträffande utredningsarbetets bedrivande sägs i direktiven att förslag i frågan om den regionala fördelningen av tandvårdsresurserna skall läggas fram i sådan tid att det – tillsammans med frågorna om utbyggnadsprogrammet för den organiserade barn- och ungdomstandvården och ett eventuellt nytt beslut i fråga om etableringsregler – kan behandlas av riksdagen senast under år 1979.

Om dessa frågor sägs i direktiven följande.

Utbyggnaden av folktandvården

”En utgångspunkt för kommitténs arbete bör vara att undersöka i vilken utsträckning de mål för utbyggnaden av folktandvården till år 1980 som beslutades i samband med 1974 års tandvårdsreform kommer att kunna nås. Kommittén bör göra en översyn av det nuvarande utbyggnadsprogrammet. Översynen bör ske med ledning av material från socialstyrelsens tandvårdspersonalsutredning rörande tillgång och efterfrågan på resurser inom folktandvården och prognoser för utvecklingen under 1980-talet. Kommittén bör också utnyttja det material som kommer att tas fram inom riksförsäkringsverket på grundval av rapporten från tandvårdsdelegationens OBS-grupp. Översynen bör sikta till att ange hur utbyggnadsprogrammet för den organiserade barn- och ungdomstandvården skall fullföljas efter år 1979. Kommittén bör samtidigt överväga det fastställda målet att bygga ut folktandvårdens vuxentandvård så att den omfattar 30–35 % av vuxentandvården i landet. Detta bör göras mot bakgrund av en bedömning av vad som från arbetsmässiga synpunkter utgör en lämplig andel vuxentandvård inom folktandvården. Också bedömningen av den sammanlagda tillgången på offentlig vård och vård i privatpraktik kan här ha betydelse. Kommittén bör ange vilka resurser som krävs och inom vilken tid det är realistiskt att klara det uppställda målet för folktandvårdens vuxentandvård. Arbetet bör bedrivas i nära kontakt med tandvårdspersonalsutredningen.

Det är angeläget att framhålla folktandvårdens stora betydelse för barnens och ungdomarnas tandvård. Den organiserade tandvården under barnens och ungdomarnas uppväxtår spelar en avgörande roll för att främja en god tandhälsa senare i livet. När det gäller tandvården för vuxna – där folktandvården f n svarar för mindre än 20 % – är folktandvården inte sällan den enda garanten för att tandvårdsresurser också står till buds i glesbygder och andra delar av landet där de privatpraktiserande tandläkarnas

antal är lågt.”

”Kommittén bör uppmärksamma att försvarsministern har tillkallat en särskild utredningsman för att kartlägga formerna för tandvård åt värnpliktiga m fl vid överförande av den militära fredstandvården till folktandvården m m.”

Den regionala fördelningen av tandvårdsresurser

”Sammanställningar som har gjorts av tandvårdspersonalutredningen visar att tillgången på tandvårdsresurser är mycket ojämnt fördelad i landet. Antalet tandläkartimmar per vuxen var år 1975 t. ex. omkring dubbelt så stort i landets tre folkrikaste kommuner som i kommuner i en del norrlandslän. Kommittén bör undersöka vårdsituationen i bristområdena och överväga möjligheterna att åstadkomma en jämnare fördelning av tandvårdsresurserna inom landet både inom den offentliga och den privata sektorn. Överväganden bör göras mot bakgrund av erfarenheterna av de företagna etableringsbegränsningarna inom tandvårdsförsäkringen och socialstyrelsens fördelning av tandläkartjänster inom folktandvården. Kommittén bör föreslå åtgärder för att få till stånd en bättre regional fördelning med utgångspunkt i den sammanlagda tillgången på offentlig vård och privatpraktikervård inom ett område. Med hänsyn till frågans angelägenhet bör den ges prioritet i kommitténs arbete.”

Etableringsregeln

”Etableringsregeln inom tandvårdsförsäkringen har tillämpats sedan år 1974. Enligt riksdagens beslut kan regeln tillämpas längst t. o. m. år 1979, och riks-försäkringsverket omprövar årligen de olika föreskrifterna om begränsningar i rätten för privatpraktiserande tandläkare att ansluta sig till försäkringen. Kommittén bör överväga om det behövs en regel som möjliggör begränsningar i anslutningsrätten också efter 1979 års utgång och hur en eventuell sådan regel skall utformas. Prövningen bör ske mot bakgrund av effekterna av hittillsvarande föreskrifter. De villkor som nu gäller för att flytta en etableringsrätt som privatpraktiker från en ort till en annan bör uppmärksammas.”

Ersättning till tandvårdens huvudmän

I direktiven ingår uppdrag att pröva ersättningsreglernas utformning och nuvarande taxebestämmelser. I anslutning till denna fråga anför dåvarande socialministern:

”Som ett led i översynen av tandvårdsförsäkringens ersättningsssystem bör kommittén pröva hur de särskilda bestämmelserna om ersättning till folktandvårdens huvudmän har fallit ut.”

1.2 Uppläggningsen av delbetänkandet

Vi inleder betänkandet med en kortfattad beskrivning av nu gällande tandvårdsförsäkring, aktuell utredningsverksamhet, nuvarande planerings- och prognosarbete samt av tandläkarkåren.

I enlighet med direktiven redovisar vi en analys av folktandvårdens situation idag och en bedömning av i vilken utsträckning som det av riksdagen beslutade målet kommer att kunna nås.

I det följande avsnittet beskriver vi den regionala fördelningen av

tandvårdsresurser och föreslår vissa åtgärder för att förbättra den regionala balansen.

Därefter redogör vi för gällande etableringsbegränsning av privatpraktiserande tandläkare samt för kvoteringen till landstingen. Vissa förslag i dessa frågor lämnas.

Vi redovisar även i delbetänkandet vår bedömning av hur ersättningen till huvudmännen för barn- och ungdomstandvården har fallit ut.

Vid utarbetande av betänkandet har vi haft samarbete såväl med hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU: S 1975:04) som med socialstyrelsens tandvårdspersonalsutredning (TPU). Vi har i detta betänkande använt oss av en del av TPU:s utredningsmaterial. Huvuddelen av det faktamaterial vi använt har tidigare redovisats i andra sammanhang.

I detta delbetänkande redovisar vi de förslag till åtgärder som erfordras på kort sikt. Vi har under utredningsarbetet även diskuterat utformningen av reglerna omkring tandvårdsförsäkringen på lång sikt. I avvaktan på bl. a. Hälso- och sjukvårdsutredningens betänkande har vi emellertid nu avstått från att lägga långsiktiga förslag.

Vi avser sålunda att i vårt kommande huvudbetänkande återkomma till de frågor som vi tagit upp i delbetänkandet.

2 Tandvårdsförsäkringen

2.1 Försäkringens bestämmelser m. m.

Den allmänna tandvårdsförsäkringen infördes fr. o. m. 1974 efter beslut av 1973 års riksdag.¹ Till grund för beslutet låg ett betänkande avgivet av 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring (SOU 1972:81).

Tandvårdsförsäkringen gäller för alla svenska medborgare och i Sverige bosatta utländska medborgare från och med det år de fyller 17 år. För yngre försäkrade anordnar folktandvården avgiftsfri, organiserad tandvård. I vissa landsting kan 17–19 åringar redan nu få sådan tandvård inom folktandvården. Dessa ungdomar tillhör då inte tandvårdsförsäkringen. I de landsting 17–19 åringarna fortfarande tillhör tandvårdsförsäkringen behöver de bara betala halv avgift för behandling inom folktandvården. Full tandvårdsersättning utgår dock från försäkringen till folktandvårdens huvudmän.

Från början anslöts i princip samtliga privatpraktiserande tandläkare till tandvårdsförsäkringen. Möjligheterna att stå utanför försäkringen var mycket begränsade. Anslutningsreglerna gällde t. o. m. utgången av år 1975. De nya regler som infördes fr. o. m. årsskiftet 1975/76 innebär i princip att en frivillig anslutning av privatpraktiserande tandläkare gäller inom ramen för en garanti att de försäkrade kan erhålla tandvård enligt försäkringens bestämmelser. Riksförsäkringsverket kan förordna om inskränkning i rätten för tandläkare att bli avförd från försäkringskassornas förteckning över anslutna tandläkare. F. n. beräknas mindre än 50 tandläkare vara verksamma utanför försäkringen.

Riksförsäkringsverket kan, om rekryteringen av tandläkare till folktandvården inte blir tillräcklig, sätta i kraft en bestämmelse om att fler privatpraktiserande tandläkare inte får föras upp på förteckningen över anslutna tandläkare. För närvarande tillämpas en sådan s. k. etableringskontroll som innebär att privattandläkare som upphört med sin verksamhet får ersättas. Nyetableringar tillåts däremot ej. Bestämmelsen som möjliggör en etableringskontroll gäller t. o. m. utgången av år 1979.

Samtliga typer av tandbehandling är i princip ersättningsberättigade. Försäkringen ersätter dock enbart sådan tandvård som är odontologiskt motiverad för att åstadkomma ett funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Om patienten önskar ytterligare behandling och tandläkaren utför denna får patienten själv betala hela behandlingskostnaden. Överskrider den i förväg beräknade behandlingskostnaden 3 000 kr skall ett behandlingsförslag upprättas av tandläkaren och förslaget skall prövas av

¹ Prop. 1973:45 Sfu
1973:20 rskr 1973:212.

försäkringskassan. Denna s. k. förhandsprövning är en skälighetsprövning av behandlingsförslaget och huvudsyftet är att patienten inte skall belastas med onödiga kostnader.

Försäkringen innefattar följande ersättningsregler.

Om kostnaderna för tandvård under en behandlingsperiod¹ uppgår till högst 1 500 kr betalar patienten till tandläkaren högst hälften därav i patientavgift. Resten får tandläkaren direkt från försäkringskassan. För den del av kostnaderna som överstiger 1 500 kr under behandlingsperioden betalar patienten en fjärdedel. För vissa protesarbeten är patientens andel aldrig mer än en fjärdedel av kostnaderna. Detsamma gäller kostnader för förebyggande åtgärder (t. ex. borttagning av tandsten).

Om en omfattande protetisk konstruktion utförs som ett led i behandlingen av medfödd eller förvärvad ansikts- eller käkmissbildning betalar försäkringskassan hela tandvårdsbehandlingen. Detta gäller i regel också tandregeringsvården för personer med läpp-, käk- eller gommissbildningar.

Utförs tandkirurgiska eller liknande behandlingar på odontologisk fakultet, tandsjukvårdscentral eller efter remiss på specialisttandpoliklinik utgår ersättning enligt samma grunder som vid läkarbesök i offentlig vård. Detta innebär f. n. att patienten betalar 20 kronor och försäkringen 93 kronor till huvudmannen per besök.

Kostnaderna för tandvården beräknas efter en tandvårdstaxa som är en maximitaxa, dvs. den får underskridas men inte överskridas. Tandvårdstaxan innehåller också vissa allmänna bestämmelser såsom att tandläkare i mån av möjlighet är skyldig att ta emot försäkrad för vård. Akuta fall skall behandlas med förtur. Tandläkare bör se till att patient inom lämplig tid kallas till ny undersökning. Taxan föreskriver vidare att patienten innan en behandlingsperiod påbörjas skall få ett behandlingsförslag och en uppgift om den ungefärliga patientavgiften.

Tandvårdstaxan fastställs av regeringen efter förslag från riks-försäkringsverket. För behandlingen av frågor som rör tandvårdsförsäkringen finns inom verket ett rådgivande organ, tandvårdsdelegationen, i vilken ingår representanter för – förutom riks-försäkringsverket – socialstyrelsen, landstingsförbundet, tandläkarförbundet samt tandteknikerförbundet.

Införandet av tandvårdsförsäkringen medförde att den vuxna befolkningens efterfrågan på tandvård ökade kraftigt. Redan under försäkringens första år uppstod bl. a. svårigheter att få tandtekniska arbeten utförda därför att de tandtekniska laboratorierna snabbt blev överbelastade med beställningar. Genom cirkulär (MF 1974:19) lämnade socialstyrelsen vägledande föreskrifter för tandläkarnas planering av vården i denna situation.

Den ökade efterfrågan från patienterna föranledde socialstyrelsen att i samarbete med tandläkarorganisationerna ange riktlinjer för tandvårdens planering syftande till att så stor del av den vuxna befolkningen som möjligt skall få tillgång till tandvård (Socialstyrelsens cirkulär med vägledande information om tandvårdens planering m. m. MF 1974:103).

Den ökade efterfrågan på tandvård från den vuxna befolkningen kom också att innebära svårigheter för patienter med akuta tandbesvär att komma till tandläkare för fullföljande av vården. Socialstyrelsens cirkulär om behandling av vårdsökande med akuta tandbesvär (MF 1974:102) tillkom i avsikt att ge erforderliga anvisningar för akuttandvården i den uppkomna situationen.

¹ Med behandlingsperiod avses den tid, som erfordras för att återställa patientens bitt i ett funktionellt och estetiskt godtagbart skick. Även tidsåtgång för erforderliga profylaktiska åtgärder räknas in. Behandlingsperiod bör i regel inte överstiga ett år.

För att bereda nya patienter inom tandvården möjlighet att snarast komma till tandläkare infördes fr. o. m. årsskiftet 1975/76 ett särskilt registrerings- och fördelningssystem. Systemet baserar sig på en överenskommelse mellan riksförsäkringsverket, socialstyrelsen och tandläkarförbundet. Med nya patienter avses vårdsökande som inte behandlats som revisions- eller saneringspatient under de senaste 30 månaderna eller som behöver byta tandläkare av olika skäl eller som lämnar folktandvårdens organiserade barn- och ungdomstandvård.

2.2 Kostnader för tandvården

I nedanstående sammanställning redovisar vi hur mycket patienterna betalat i tandvårdsavgifter, försäkringskassornas utbetalningar för tandvårdsförsäkringen samt nettokostnaderna för folktandvården. De angivna beloppen har vad gäller patientavgifter och försäkringskassornas utbetalningar erhållits från riksförsäkringsverket. Uppgifterna om folktandvårdens kostnader har hämtats ur Sveriges officiella statistik, Kommunernas finanser.

Kostnader för tandvården 1974–1977 (miljoner kronor)

	1974	1975	1976	1977
Patientavgifter ^a	415	540	620	695
Av försäkringskassorna utbetalad ersättning	700	990	1 160	1 315
Nettokostnader för folktandvårdens huvudmän	460	535	620	750
Summa	1 575	2 065	2 400	2 760

^a Uppgifterna om patientavgifterna har uppskattats på grundval av riksförsäkringsverkets urvalsstatistik.

En uppdelning av kostnaderna för 1977 på barn- och ungdomstandvård respektive vuxentandvård ges nedan.

Kostnader för tandvården 1977 (miljoner kronor)

	Folktandvård		Privat tandvård	Summa
	Barntandvård	Vuxentandvård		
Patientavgifter	–	105	590	695
Av försäkrings- kassorna utbetalad ersättning	155	170	990	1 315
Nettokostnader för folktandvård	515	235	–	750
Summa	670	510	1 580	2 760

Som ersättning för resor till och från tandläkaren har från försäkringskassorna för 1977 utbetalats c:a 8,3 miljoner kronor.

3 Aktuell utredningsverksamhet

3.1 Tandvårdspersonalsutredningen (TPU)

Kungl. Maj:t uppdrog 1974-11-29 åt socialstyrelsen att i samarbete med dåvarande universitetskanslersämbetet och skolöverstyrelsen utreda den långsiktiga efterfrågan på tandvårdspersonal. Med anledning härav tillkallade socialstyrelsen en ledningsgrupp. Gruppen antog namnet socialstyrelsens tandvårdspersonalsutredning (TPU). Socialstyrelsen beslöt vidare att erforderligt samråd med tandvårdshuvudmännen och personalorganisationerna skulle ske via en samrådsgrupp till vilken Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Spri, Sveriges Tandläkarförbund, Svenska Tandläkarsällskapet, Svenska Tandsköterske-Förbundet, Sveriges tandhygienistförening samt Sveriges Tandteknikers Riksförbund inbjöds att låta sig representeras. Samrådsgruppen har senare kompletterats med företrädare för SACO/SR och TCO.

Utredningsuppdraget omfattar följande punkter.

- 1 Prognoser över den framtida efterfrågan på tandvårdspersonal på grundval av den framtida utvecklingen av tandvårdsefterfrågan. Effekterna av en ökad inriktning mot förebyggande vård bör därvid belysas.
- 2 Analyser av fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier inom tandvårdssektorn. Behovet av någon ytterligare personalkategori bör även undersökas samtidigt som eventuella förändringar av den nuvarande fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika personalkategorier prövas.
- 3 Tillgångsprognoser för samtliga yrkesgrupper inom tandvården. Dessa skall relateras till de prognoser över efterfrågan som framtages enligt punkt 1.
- 4 Översiktliga bedömningar över de förändringar i utbildningarnas innehåll och organisation som sammanhänger med analysen enligt punkt 2.
- 5 Kostnadsanalyser för de olika alternativ som redovisas.

Till fullgörande av detta uppdrag har utredningen startat tre delprojekt nämligen prognoser över efterfrågan på tandvård, alternativ till nuvarande arbetsfördelning mellan olika personalkategorier inom tandvården samt prognoser över tillgång på tandvårdspersonal.

Utredningen har hittills avgivit följande rapporter.

Rapport nr 1 – Tillgångsprognoser för tandvårdspersonal. Ds S 1976:10. Planering för framtidens tandvård, diskussionspromemoria. September 1977.

Rapport nr 2 – Den framtida arbetsfördelningen mellan olika personalkategorier inom tandvården. Ds S 1978:19.

Utredningen torde komma att avge sitt slutbetänkande sommaren 1979.

3.2 Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU)

Dåvarande socialministern tillkallade enligt regeringens bemyndigande 1975 en parlamentarisk utredning med uppgift att utreda frågan om lagstiftning för hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att pröva hur lagstiftningen om tandvården skall utformas i framtiden. En grundläggande utgångspunkt för arbetet skall vara att alla som bor i landet skall ha rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor. En viktig utgångspunkt för kommitténs arbete har angetts vara att detaljreglering i lagstiftningen skall undanröjas och möjligheter till decentralisering av verksamhetsformerna tillvaratas.

Utredningen torde komma att avge sitt betänkande under första halvåret 1979.

I direktiven för vårt arbete sägs att vi bör beakta resultatet av hälso- och sjukvårdsutredningens arbete.

3.3 Fredstandvård 80

Enligt regeringens bemyndigande tillkallade dåvarande försvarsministern 1977 en särskild utredningsman med uppgift att utreda formerna för tandvård inom försvarsmakten m. m. vid överförandet av vårdansvaret för denna tandvård från försvarets sjukvårdsstyrelse till folktandvården. Detta beräknas ske vid den tidpunkt folktandvården är utbyggd i sådan omfattning att barn och ungdomar i åldrarna t. o. m. 19 år omfattas av avgiftsfri, organiserad tandvård. För flygande och dykande personal kan särskilda lösningar behöva komma till stånd.

Utredningen torde komma att avge sitt betänkande under första halvåret 1979.

3.4 Tandläkarnas utbildning, betänkande av 1971 års utredning om tandläkarnas specialistutbildning m. m.

Genom beslut i maj 1970 uppdrog Kungl. Maj:t åt socialstyrelsen och universitetskanslersämbetet att gemensamt verkställa utredning om tandläkarnas specialistutbildning och därmed sammanhängande frågor. Utredningen lämnade sitt betänkande till socialdepartementet under år 1975. Proposition i ärendet framlades i slutet av 1978 (1978/79:41). I propositionen föreslås att den allmänna utbildningslinjen för utbildning av tandläkare moderniseras och förkortas från tio till nio terminer fr. o. m. den 1 juli 1979. Vidare föreslås att en ettårig allmäntjänstgöring för tandläkare införs den 1

januari 1984. Allmäntjänstgöringen förläggs till folktandvården och blir ett krav för legitimation som tandläkare. Allmäntjänstgöringen skall spridas över landet.

Genomförandet av förslaget om allmäntjänstgöring förutsätter att folktandvården byggs ut på ett sådant sätt att erforderligt antal kliniker för allmäntjänstgörande tandläkare föreligger år 1984.

4 Nuvarande planerings- och prognosarbete

Under senare år har sjukvårdshuvudmännens planering av hälso- och sjukvården (inkl. folktandvården) ökat i omfattning och fått en mer enhetlig inriktning. Initiativet till denna utveckling kom från socialdepartementets sjukvårdsdelegation och har sin grund i dels kostnadsutvecklingen för sjukvården, dels den sjukvårdspolitiska målsättningen att få till stånd en förändrad struktur på den svenska sjukvården.

Nedan redogörs kortfattat för det planeringsarbete huvudmännen bedriver i fråga om hälso- och sjukvården samt folktandvården.

4.1 Planering av hälso- och sjukvård

I PM 1972-06-16 drog socialdepartementets sjukvårdsdelegation upp vissa riktlinjer för utformning av ett system med enhetligt uppbyggda sjukvårdsplaner. Dessa förutsattes avse tidsperioden 1975-1985 och omfatta hälso- och sjukvård, folktandvård samt omsorger om psykiskt utvecklingsstörda. I huvudsak baserades förslagen i promemorian på Spru rapport 14/71 "Riktlinjer för hälso- och sjukvårdsplanering" och innebar i korthet att sjukvårdsplaneringen byggs upp i ett system med långsiktiga principplaner och femåriga verkställighetsplaner.

Mellan åren 1971 och 1975 påbörjades hos nära nog samtliga sjukvårdshuvudmän planeringsaktiviteter avseende den långsiktiga principplaneringen, vilket resulterat i ett stort antal planer med tioårigt perspektiv. De flesta av dessa har 1985 som horisontår och har fastställts av landstingen under 1974. När vi i fortsättningen talar om landsting och landstingskommun avser vi landstingen och kommunerna Göteborg, Malmö och Gotland. Vad gäller den femåriga verkställighetsplaneringen redovisas numera sammanställningar av huvudmännens planer gemensamt av landstingsförbundet och socialstyrelsen i de årliga LKELP-publikationerna (LKELP = landstingskommunal ekonomisk långsiktspanering).

Materialet till LKELP-undersökningen insamlas genom ett omfattande enkätförfarande hos respektive huvudmän. Uppläggningsplaneringen bygger på det budget- och redovisningssystem, L-planen, som flertalet landsting tillämpar.

Syftet med de årliga LKELP-undersökningarna av landstingens planer för de närmaste fem åren är främst att få underlag för bedömning av vilken utveckling som är att vänta under undersökningsperioden inom landstings-

sektorn. Det gäller utvecklingen av verksamhetens volym och sammansättning mätt i verksamhets-, personal- och kostnadstermer. Undersökningarna erbjuder möjlighet att bedöma vad planerna innebär ställda i relation till de trender som ligger i den hittillsvarande utvecklingen. Det är sålunda möjligt iakttä om planerna innebär en fortsättning på tidigare utvecklingslinjer eller om de i olika avseenden pekar på kursförändringar. Beträffande folktandvården ger LKELP-undersökningarna information om i vilken takt huvudmännen planerar genomförandet av folktandvårdens utbyggnad. Denna information erhålles främst genom att utvecklingen av antalet tjänster för tandläkarna redovisas. Vidare redovisas bl. a. antalet kliniker respektive år. Senaste publicerade LKELP-rapport (LKELP-78) avser perioden t. o. m. 1983.

Flera sjukvårdshuvudmän har startat en ny planeringsomgång med 1990 som horisontår avsedd att redovisas senast 1 januari 1980. Arbetet med framtagande av underlag till denna planeringsomgång pågår inom Spri, landstingsförbundet och socialstyrelsen. Förutom utveckling av lämplig planeringsmetodik innebär arbetet huvudsakligen en uppföljning och konkretisering av socialstyrelsens remissbehandlade principprogram "Hälsa och sjukvård inför 80-talet".

4.2 Planering av folktandvård

4.2.1 *Folktandvårdens åligganden*

Fram till 1974 var folktandvården i princip en frivillig uppgift för landstingen och de landstingsfria kommunerna. Riksdagens beslut år 1973 om införandet av en allmän tandvårdsförsäkring innefattade också ställningstagande till utbyggnaden av folktandvården från 1 januari 1974. Folktandvården blev från detta datum en i lag ålagd skyldighet för landstingen.

Enligt 2 § folktandvårdslagen skall landstingskommun svara för tandvård för barn och ungdomar som är bosatta inom landstingskommunen till och med det år de fyller nitton år, i den mån behovet av tandvård icke tillgodoses i särskild ordning. Barn och ungdomar skall erbjudas regelbunden och fullständig behandling. De skall också ges den vård för akuta besvär som de behöver. Tandvården skall vara avgiftsfri för patienten.

Övergångsvis, till dess regeringen förordnar annat, är barn i åldern 3-5 år och ungdomar i åldern 17-19 år undantagna från folktandvårdens skyldighet att meddela avgiftsfri, organiserad tandvård. I de landsting 17-19-åringar inte erbjuds sådan tandvård omfattas de av tandvårdsförsäkringen. För tandvård inom folktandvården betalar dessa ungdomar endast halv patientavgift. Full tandvårdersättning utgår dock från den allmänna försäkringen till huvudmännen.

I 4 § folktandvårdslagen sägs att "Landstingskommun skall i övrigt tillhandahålla tandvård för vuxna i lämplig omfattning". I 6 § anges att folktandvården står under tillsyn av socialstyrelsen.

Vissa närmare föreskrifter om folktandvårdsplaner återfinns i folktandvårdskungörelsen (SFS 1973:637). Enligt 3 § skall landstingskommun fastställa en plan över folktandvården inom landstingskommunen. Av planen skall framgå indelning i tandvårdsdistrikt, tandpoliklinikernas art, antal och

belägenhet samt antalet tandläkartjänster.

I övergångsbestämmelserna till folktandvårdslagen (MF 1973:64) stadgas att landstingskommun i en plan skall redovisa den utbyggnad som behövs för att tandvård som sägs i 2-4 §§ i lagen skall kunna tillhandahållas. Folktandvårdsplanerna skall således – som ett led i förverkligandet av folktandvårdens utbyggnadsprogram – redovisa den utbyggnad av folktandvården som behövs för att en organiserad barn- och ungdomstandvård skall kunna genomföras. Utbyggnaden av specialisttandvården skall även redovisas.

4.2.2 *Folktandvårdens personal*

Antalet tandläkare inom folktandvården uppgick vid slutet av år 1977 enligt riks försäkringsverkets statistik till 3 618 tandläkare. Närmare beskrivning av tandläkarkåren lämnas i kapitel 5.

Vid slutet av år 1977 var ca 170 tandhygienister verksamma inom folktandvården. Vid årsskiftet 1976/77 var antalet tandsköterskor ca 6 300. Vid samma tidpunkt fanns inom folktandvården ca 500 tandtekniker.

4.2.3 *Folktandvårdens utveckling*

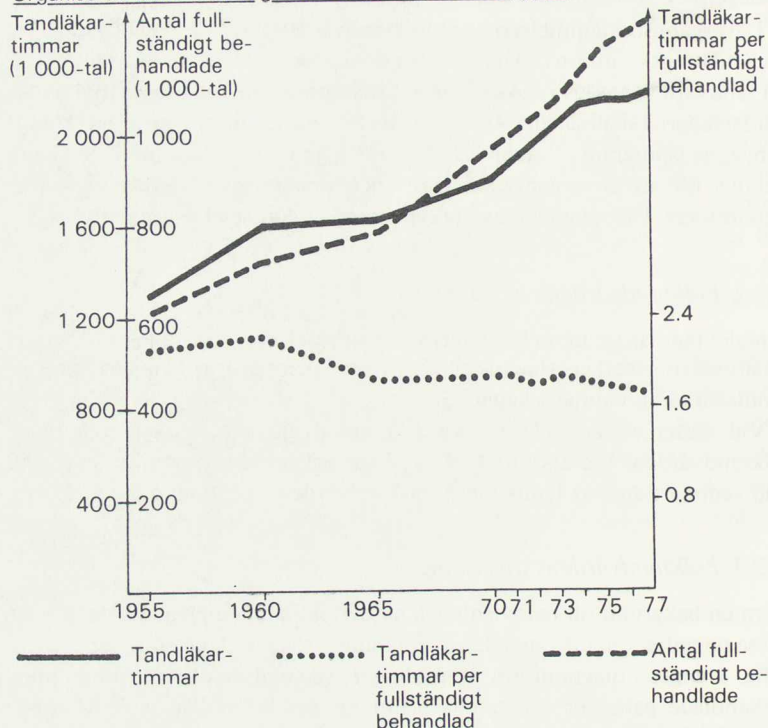
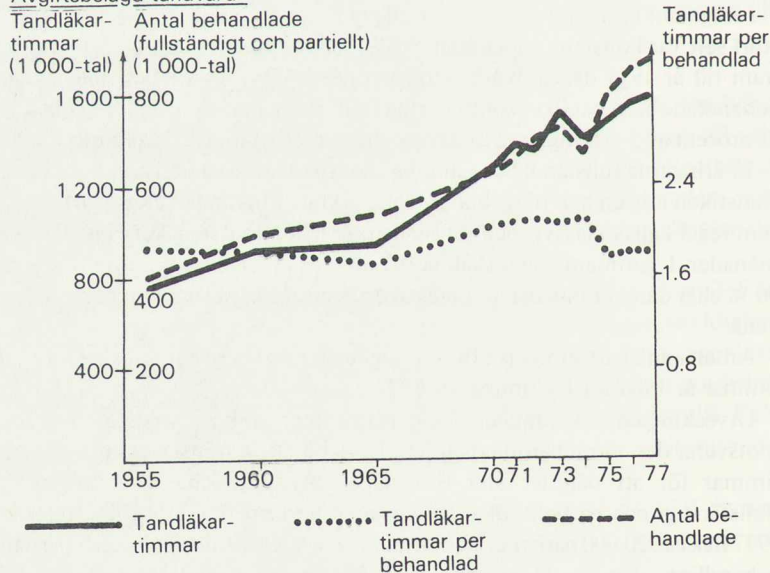
Som en bakgrund till redovisningen av den nuvarande planeringen lämnas vissa uppgifter om utbyggnaden av folktandvården under de senaste 10 åren. I fig. 1 anges i diagramform utvecklingen av antal tandläkartimmar, antal behandlade patienter och tandläkartimmar per behandlad patient. Dessa uppgifter har hämtats från de årsrapporter avseende distriktstandvården som landstingen lämnar till socialstyrelsen.

I fråga om barntandvården visar diagrammet att antal tandläkartimmar i stort sett var konstant under åren 1960-1965 för att därefter öka för varje år fram till år 1974 då tandvårdsreformen genomfördes. Antalet fullständigt behandlade barn har ökat kontinuerligt fr. o. m. år 1955. Under år 1977 fick ca 55 procent av 3-5 åringarna, ca 80 procent av 6-åringarna och ca 85 procent av 7-16-åringarna fullständig behandling. För sistnämnda åldersgrupp ger dock statistiken inte en helt riktig bild av den verkliga situationen eftersom barnen som regel kallas klassvis och revisionsintervallen i vissa fall är längre än 12 månader. I sammanhanget skall också noteras att en anslutningsprocent på 90 % eller däröver innebär att i praktiken samtliga barn som kan nå erhåller vård.

Antal tandläkartimmar per fullständigt behandlat barn har minskat från 2.2 timmar år 1960 till 1.7 timmar år 1977.

Utvecklingen av antalet tandläkartimmar inom vuxentandvården motsvarar den inom barntandvården. Under år 1974 minskade dock antalet timmar för att därefter åter öka något. Antalet behandlade patienter (fullständigt och partiellt) ökar genom åren bortsett från år 1974. Under år 1977 fick ca 920 000 patienter i åldrarna 17 år och äldre fullständig eller partiell behandling, dvs. ca 14 procent av befolkningen i dessa åldrar. Antalet tandläkartimmar per behandlad uppvisar en markant nedgång fr. o. m. år 1974. Detta torde bl. a. bero på att folktandvården då började att i större utsträckning än tidigare behandla revisionspatienter och ungdomar samt att akuttandvården utökats.

Enligt riks försäkringsverkets statistik ombesörjde folktandvården under år

Organiserad barn- och ungdomstandvård (0-16 åringar)¹Avgiftsbelagd tandvård¹

Figur 1

¹ I den organiserade barn- och ungdomstandvården ingår fr o m år 1974 även 17-19-åringar i den mån vården varit avgiftsfri för dessa. Se även avsnitt 7.2.1.

1977 knappt 19 % av den totala vuxentandvården i landet räknat i tandläkartimmar. Vidare kan nämnas att antalet vuxna patienter som behandlades inom folktandvården under 1977 beräknats uppgå till 23 % av samtliga behandlade vuxna patienter under året.

Folk tandvårdens utveckling belyses också av den personalstatistik som socialstyrelsen sammanställt sedan 1973. Statistiken insamlas i regel två gånger om året och avser förhållandena första april respektive första oktober. I bilaga 1 redovisas bearbetningar och sammanställningar ur denna personalstatistik vad avser tandläkare.

Av denna framgår att huvudmännen sedan 1973 inrättat ca 500 nya heltidstjänster inom distriktstandvården och ca 240 deltidstjänster. Inom specialiststandvården har 190 heltidstjänster inrättats, men bara 14 deltidstjänster. Totalt ökade antalet uppehållna heltidstjänster inom distriktstandvården med 218 eller omräknat till heltid 124. Antalet uppehållna deltidstjänster inom distriktstandvården ökade med 215 eller omräknat till heltid 104. Inom specialiststandvården ökade antalet uppehållna heltidstjänster totalt med 150 eller omräknat till heltid 149. Den senare uppgiften visar att tjänster inom specialiststandvård uppehålls nästan 100 %-igt, medan tjänster inom distriktstandvården har en väsentligt lägre uppehållsgrad.

Enligt socialstyrelsens personalstatistik 1978-04-01 var antalet heltidstjänster där tillsättningsförfarande pågick¹ 231. Antalet vakanta² heltidstjänster med behov av tjänsteinnehavare var 213 (6 % av antalet inrättade tjänster). Av tjänster där tillsättningsförfarande pågick tillhörde 205 distriktstandvården medan av antalet vakanta tjänster 190 hörde till distriktstandvården.

4.2.4 Folk tandvårdens nuvarande planering

Socialstyrelsen har i PM 1975-03-20 informerat huvudmännen om sin syn på enhetligt uppbyggda tandvårdsplaner. Promemorian innehåller förslag till planeringsinriktning och förslag till uppläggning av och innehåll i principplaner och verkställighetsplaner.

Förutsättningarna för huvudmännens tandvårdsplanering har härutöver klarlagts genom i första hand folk tandvårdslagen och folk tandvårdskungörelsen men även genom publiceringen av Spri rapport 14/73 "Planering av tandvård". Som en allmän förutsättning för den landstingskommunala planeringen utgår denna rapport från ett planeringssystem med principplaner på 10-15 års sikt, femåriga verkställighetsplaner och detaljerade årsbudgetredovisningar.

I Spri-rapport 9/77 presenteras en modell för programorienterad planering av barn- och ungdomstandvård. Den gäller verksamhetsplaner på 1-5 års sikt. Grundtanken med programorienterad planering är att resultatet av en verksamhet skall kunna relateras till dess mål. Planeringen utgår från vilka tandhälsoeffekter hos befolkningen man vill uppnå. Erforderligt resursbehov härför beräknas. Försök med programorienterad planering av tandvård enligt denna modell pågår f. n. inom Västernorrlands läns landsting.

Tandvårdsplaneringen hos huvudmännen har i regel skett parallellt med hälso- och sjukvårdsplaneringen och i en med denna mer eller mindre integrerad planeringsprocess. Tandvårdsplanerna finns redovisade såväl som separata tandvårdsplaner som delar av hälso- och sjukvårdsplaner. Vissa planer avser enbart förhållandena år 1980 och vissa såväl 1980 som 1985. Socialstyrelsen har tillsammans med Landstingsförbundet och Spri, bearbetat och utvärderat tillgängliga hälso- och sjukvårdsplaner, varvid även tandvårdsplanerna sammanställts.

¹ Med tjänster eller vikariat där tillsättningsförfarande pågår avses tjänster där utannonsering skall ske, har skett eller tillsättning pågår. Beträffande tandläkare ingår dessutom tjänster vilka enligt socialstyrelsens kvoteringsystem inte kan utnyttjas.

² Till vakanta tjänster har förts dels tjänster där minst en utannonsering skett under den senaste halvårsperioden utan att sökande anmält sig, dels tjänster där behov av tjänsteinnehavare för närvarande ej föreligger.

5 Tandläkarkåren

5.1 Tandläkarkårens sammansättning 1977

5.1.1 Legitimerade tandläkare

Vid 1977 års utgång fanns följande antal legitimerade tandläkare.

Antal legitimerade tandläkare 1977-12-31

Ålder	Män	Kvinnor	Summa
-24	69	84	153
25-29	610	445	1 055
30-34	913	623	1 536
35-39	895	452	1 347
40-44	866	267	1 133
45-49	634	245	879
50-54	578	199	777
55-59	427	222	649
60-64	280	116	396
65-	952	376	1 328
Total	6 224	3 029	9 253

Av de legitimerade tandläkarna var 14 % (1.328) 65 år eller äldre. Relationen mellan kvinnor och män kommer på sikt att ändras. Närmare hälften av de som 1977/78 påbörjade tandläkarutbildning är kvinnor.

5.1.2 Verksamma tandläkare

Som verksamma anses i riks försäkringsverkets statistik tandläkare som under redovisningsperioden inkommit med minst en samlingsräkning för verksamhet inom privattandvård eller specifikation för verksamhet inom folktandvård eller som haft anställning vid fakultet. Antalet verksamma under 1977 var enligt statistiken 7 539, dvs. 81 % av antalet legitimerade vid årets utgång. Bland de verksamma var 5 152 (68 %) män och 2 387 (32 %) kvinnor. Ca 7 % av de verksamma, 499 tandläkare, var 65 år eller äldre.

Av de verksamma tandläkarna tjänstgjorde 3 145 enbart i folktandvården. Verksamma inom både folktandvård och privattandvård var 484. Enbart i privattandvård var 3 910 verksamma.

Fördelningen på kön och ålder av de privat- och distriktstandläkare som varit verksamma under *hela* år 1977 framgår av bilaga 2. Som framgår av denna är 56 % av tandläkarna i folktandvården kvinnor. Motsvarande siffra i privattandvården är 16 %. Medianåldern år 1977 framgår av följande tablå.

	Distriktstandläkare	Privattandläkare
Män	37,9	45,8
Kvinnor	35,8	43,7
Samtliga	36,1	45,5

5.1.3 Arbetad tid per tandläkare

Fördelningen av arbetad tid i timmar 1977 för tandläkare inom privattandvård och folktandvård framgår av bilaga 3. Uppgifter avseende arbetad tid för tjänstetandläkare grundas på de tjänstgöringsuppgifter som inrapporteras av folktandvårdens kliniker. När det gäller den privata sektorn bygger statistiken på tandläkarnas egna uppgifter.

Den genomsnittligt arbetade tiden var för privattandläkare 1 588 timmar och för tjänstetandläkare 1 173 timmar per år.

Utvecklingen 1975–1977 av aritmetiska medelvärdet av antalet tandläkartimmar för tandläkare som varit verksamma *hela* året framgår av följande uppställning.

År	Enbart privattandvård timmar per år	Enbart folktandvård timmar per år
1975	1 579	1 228
1976	1 576	1 206
1977	1 588	1 173

Som förklaring till skillnaden i arbetstid inom privattandvård och folktandvård kan följande orsaker nämnas.

Av bilaga 3 framgår att kvinnor har en lägre medelårsarbetstid än män. Inom folktandvården är andelen kvinnor 56 % och 16 % i privatpraktik. Dessa förhållanden är en väsentlig förklaring till skillnaden i medelårsarbetstid mellan folktandvård och privattandvård. Personalpolitiska åtgärder inom folktandvården med bl. a. ett stort antal deltidstjänster och partiella tjänstledigheter påverkar också medelårsarbetstiden.

Den reglerade arbetstiden inom folktandvården och den begränsade förekomsten av övertidsarbete leder till att endast ett fåtal av de manliga tandläkarna i folktandvården arbetar mer än 1 700 timmar. Dessa utgör endast omkring 10 % av dem som haft anställning under hela år 1977, enligt riks försäkringsverkets statistik. Omkring 56 % av manliga privattandläkare redovisar 1700 timmar eller mer i arbetstid.

Uppgifterna om tandläkarkåren har hämtats ur riks försäkringsverkets statistik.

5.2 TPU:s tillgångsprognoser

TPU redovisar i rapport nr 1 Tillgångsprognos för tandvårdspersonal bl. a. prognoser över tillgång på tandläkare. Prognoserna har gjorts utifrån dels ett grundantagande, dels ett alternativt antagande. I rapporten understryks att prognoserna över antal yrkesverksamma resp. antal arbetstimmar för de olika yrkeskåren grundar sig på uppgifter från år 1975. För detta år kunde basmaterial erhållas från riksförsäkringsverkets nyinrättade tandläkarregister. Detta år kan dock ha präglats av de initiala svårigheter som införandet av tandvårdsförsäkringen medfört och därför utgöra en mindre lämplig bas för prognosarbetet. Utredningen ser kontinuerligt över sina prognoser. Sådan översyn har hittills skett med 1977 som basår.

Av de ovan nämnda antagandena redovisar vi endast grundantagandet. Det innehåller i sig ett antal antaganden om bl. a. utbildningskapaciteten under prognosperioden, sysselsättningsgraden för yrkesverksamma tandläkare och fördelningen av tandläkarna mellan offentlig och privat verksamhet. Antalet platser för utbildning av tandläkare är sedan läsåren 1975/76 totalt 500. Dessa fördelar sig på Göteborg 120, Malmö 100, Stockholm 220 och Umeå 60. Grundantagandet utgår från att utbildningskapaciteten är oförändrad under prognosperioden som omfattar tiden fram till år 2000. Utredningens grundantagande bygger på riksdagsbeslutet år 1973 avseende fördelningen av tandläkarna under resterande del av 1970-talet. Antagandet innebär att nettotillskottet av tandläkare under hela prognosperioden skall tillfalla folktandvården. Tillgången till yrkesverksamma tandläkare och tandläkartimmar redovisas i bilaga 4.

Som tidigare nämnts har en reviderad prognos vad avser antalet tandläkartimmar upprättats. Orsaken härtill är att sysselsättningsgraden under 1977 inom folktandvården varit lägre än den som utredningen antog med utgångspunkt från 1975 års sysselsättningsgrad.

Den reviderade prognosen redovisas i nedanstående tablå.

Antal tandläkartimmar i 1 000-tal enligt en något förändrad TPU-prognos (med 1977 års sysselsättningsgrad men huvudsakligen samma antaganden).

Verksamhet	1980	1985
Offentlig	5 867	7 689
Privat	5 492	5 492
500 tandläkare över 64 år, ofördelade	500	500
Totalt	11 859	13 681

De beräkningar som vi låtit utföra avseende utbyggnaden av folktandvården och utvecklingen av tandvårdsresurser för barn och vuxna inom de olika landstingen bygger beträffande tillgångssidan på denna reviderade TPU-prognos.

6 Utbyggnaden av folktandvården

6.1 Riksdagens beslut

I riksdagens beslut 1973 om allmän tandvårdsförsäkring fastslogs ett mål för omfattningen av folktandvårdens utbyggnad. I beslutet angavs även en riktning för inom vilken tid detta mål skulle vara uppnått.

I propositionen med förslag till allmän tandvårdsförsäkring säger departementschefen att folktandvården bör byggas ut i sådan omfattning att den kan erbjuda en avgiftsfri, organiserad tandvård till samtliga barn- och ungdomar i åldrarna t. o. m. 19 år. Med organiserad vård avses att barnen och ungdomarna regelbundet erbjuds fullständig behandling. Vid denna utbyggnad bör enligt propositionen först tandvården för åldersgrupperna 6–16 år tillgodoses. Därefter i angelägenhetsgrad kommer en organiserad vård för barn före skolåldern. Ungdomstandvården bör byggas ut först sedan tandvården för åldersgrupperna upp t. o. m. 16 år ha genomförts. Vid full utbyggnad beräknades 95 % av åldersgrupperna 3–16 år och 80 % av åldersgrupperna 17–19 år vara anslutna till barn- och ungdomstandvården.

Målet var enligt departementschefen att folktandvården skulle tillföras vårdresurser i sådan utsträckning att utbyggnadsprogrammet för barn- och ungdomstandvården kunde fullföljas under 1970-talet.

Samtidigt beräknades vuxentandvården inom folktandvården ha ökat i omfång till att omfatta 30–35 % av tandvården åt den vuxna befolkningen i landet. Till skillnad från vad som gäller för barn- och ungdomsvården fastställdes inget preciserat mål för vuxentandvårdens utbyggnad.

6.2 1970 års försäkringsutrednings utbyggnadsmodell

Det av riksdagen sålunda beslutade målet byggde på en av 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring upprättad teoretisk utbyggnadsmodell. Modellen innehöll en beräkning i tandläkartimmar dels av den framtida tillgången på tandläkare, dels av tandvårdsbehovet för barn och ungdom jämte viss utbyggnad av vuxen- och specialisttandvård.

På tillgångssidan räknade utredningen med att hela nettotillskottet av tandläkare skulle tillföras folktandvården. Nettotillskottet beräknades av utredningen bli följande.

31/12 år	Antal tandläkare	Tandläkartimmar (1 000-tal)
1972	217	305
1973	201	298
1974	192	275
1975	178	262
1976	188	285
1977	241	368
1978	319	479
1979	316	465
1980	316	465

Av nettotillskottet fördes i modellen från början hälften till barn- och ungdomstandvården och hälften till vuxentandvården. Fr. o. m. 1979 då utredningen räknade med att barn- och ungdomstandvården skulle ha blivit fullt utbyggd, tillfördes vuxentandvården en större andel av nettotillskottet.

Barn- och ungdomstandvård

Modellens behovsdel utgick från beräknat antal barn och ungdomar i olika åldersgrupper, beräknad anslutningsprocent och beräknad medelbehandlingstid fram till 1980. Antalet barn och ungdomar i åldersgrupperna 3–19 år räknades fram med hjälp av statistiska centralbyråns befolkningsprognos för riket 1971–2000. Anslutningen vid full utbyggnad antogs för åldersgrupperna 3–16 år vara 95 % och för 17–19 år 80 %.

Medelbehandlingstiderna antogs vara 1 timme/år för åldersgruppen 3–6 år respektive 2 timmar för åldersgrupperna 7–19 år.

I modellen räknade man med att först tillgodose vårdbehovet hos åldersgrupperna 6–16 år därefter åldersgrupperna 3–5 år och sist åldersgrupperna 17–19 år. Fördelningen av tandläkartimmar inom folktandvårdens barn- och ungdomstandvård redovisas i tabell 1 i bilaga 5. Av denna framgår att barn- och ungdomstandvården enligt den teoretiska modellen skulle kunna vara helt utbyggd under år 1979.

Vuxentandvård

Volymen på folktandvårdens vuxentandvård bestämdes av att tandläkarna under i stort sett halva arbetstiden skall behandla barn och ungdomar. Detta innebar att ungefär hälften av nettotillskottet av tandläkartimmar under uppbyggnadsperioden skulle tillföras vuxentandvården.

Specialiststandvård

För utbyggnad av folktandvårdens specialiststandvård m. m. beräknades ett årligt tillskott på 50 000 timmar.

Prognos

Med utgångspunkt härifrån gjorde 1970 års försäkringsutredning den fördelning av prognostiserade tandläkartimmar åren 1971–1980 på folktandvård och privattandvård som framgår av i tabell 2 bilaga 5.

6.3 Jämförelse prognos – utfall 1974–1977

6.3.1 Fullständigt behandlade barn och ungdomar samt folktandvårdens andel av vuxentandvården

I följande stapeldiagram (figur 2) jämförs försäkringsutredningens prognos avseende 3–19-åringar med statistiskt utfall enligt landstingens årsrapporter till socialstyrelsen avseende distriktstandvården. Utfallet för åldersgruppen 6–16 år ligger drygt 10 procentenheter under prognosen för år 1977. Barnen i denna åldersgrupp torde likväl få regelbunden vård men med något längre revisionsintervall än 12 månader. För åldersgruppen 3–5 år är utfallet ca 40

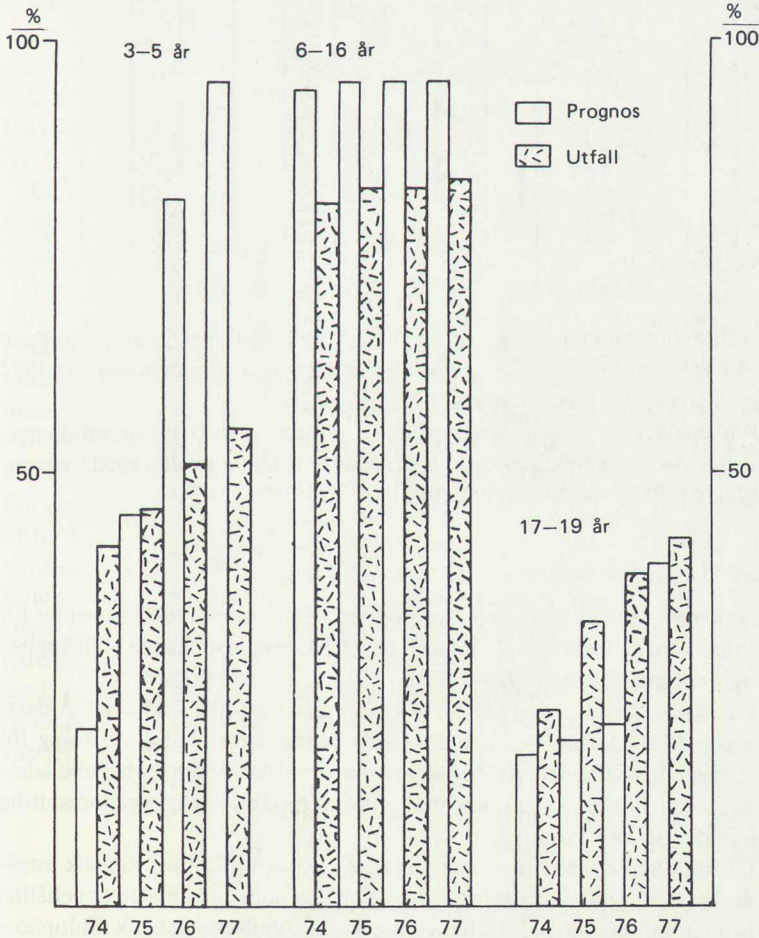


Fig. 2 Jämförelse mellan försäkringsutredningens prognos och utfall avseende procentuell andel fullständigt behandlade 3-19-åringar inom distriktstandvården 1974-1977.

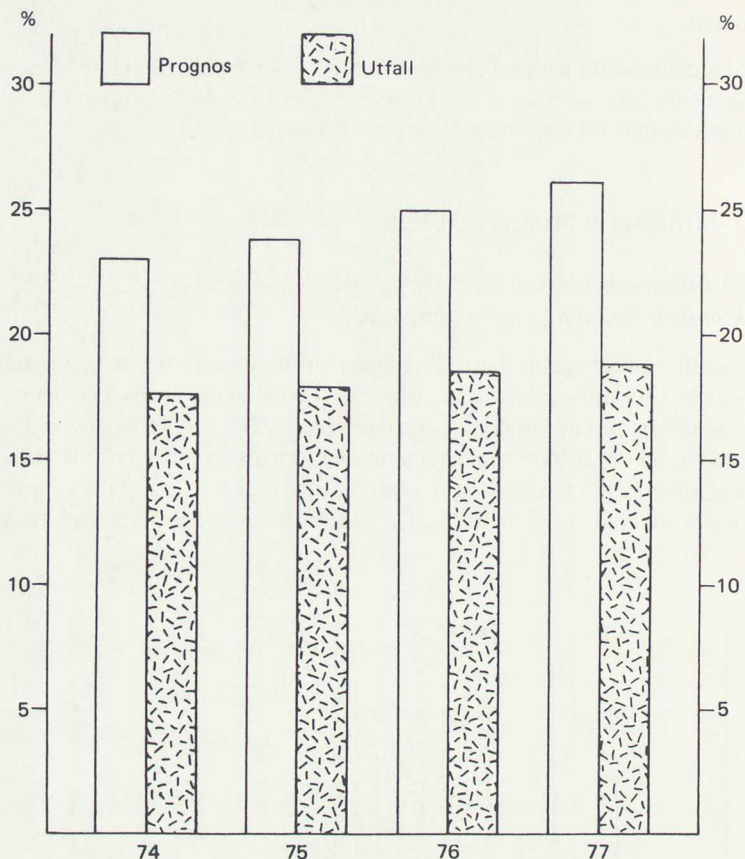


Fig. 3 Jämförelse mellan försäkringsutredningens prognos och utfall avseende folktandvårdens procentuella andel av den totala vuxentandvårdstiden 1974-1977 (exkl. specialisttandvård).

procentenheter under prognosen för år 1977 medan utfallet för åldersgruppen 17-19 år under hela perioden 1974-1977 varit högre än prognosen. År 1977 ligger den drygt 5 procentenheter över prognosen.

I ovanstående stapeldiagram (fig. 3) jämförs försäkringsutredningens prognos avseende folktandvårdens procentuella andel av den totala vuxentandvårdstiden med ett beräknat utfall för åren 1974-1977.

6.3.2 Tandläkartimmar

Uppgifterna i tabell 2 bilaga 5 om prognostiserat antal tandläkartimmar för folktandvård och privattandvård har i bilaga 6 sammanställts med tillgängliga uppgifter om utfall åren 1974-1977.

För distriktstandvårdens del har socialstyrelsens statistik använts. Åldersgruppen 17-19 år finns ej särredovisad i denna statistik. En skattning för åldersgruppen har emellertid beräknats som antalet fullständigt behandlade - enligt socialstyrelsens statistik - multiplicerat med en antagen genomsnittlig behandlingstid av 2 timmar.

För folktandvårdens specialisttandvård saknas tillförlitlig statistik angående utfallet. Grova skattningar har gjorts genom att antalet uppehållna tjänster inom specialisttandvården enligt socialstyrelsens statistik multiplie-

rats med genomsnittligt antal tandläkartimmar 1975 för helårsanställda distriktstandläkare enligt tandläkarregistret. Ett skattat påslag på 100 000 timmar för administrativ tid (tandvårdschefer m. fl.) har dessutom gjorts då sådan tid sammanförts med specialisttimmar i prognosen.

Utfallet för privattandvården har hämtats ur riks försäkringsverkets statistik.

Enligt prognosen skulle antalet tandläkartimmar 1974 bli 9 833 000. Enligt statistiken blev det 10 109 000 timmar, dvs. 276 000 timmar mer än prognosen. Detta beror på att det blev 178 tandläkare fler detta år än vad försäkringsutredningen hade räknat med. I bilaga 7 jämförs antal tandläkare enligt socialstyrelsens statistik med försäkringsutredningens prognos för 1971-1977.

Den faktiska utvecklingen av fördelningen av tandläkartimmar mellan folktandvård och privattandvård skiljer sig från prognosen. I prognosen antogs att privattandvården skulle bibehålla 1971 års volym, 5 162 000 timmar fram t. o. m. 1980. Här må noteras vad försäkringsutredningen framhöll nämligen att många privattandläkare före försäkringen enligt tandläkarförbundet uppgav en bristande patienttillgång. Det ansågs därför sannolikt att privattandvården skulle kunna öka sin årliga arbetstid med minst 500 000 tandläkartimmar. Utfallet för 1974 blev emellertid 6 053 000 timmar. Därefter har någon större förändring emellertid ej skett. År 1977 är utfallet 6 034 000 timmar. För folktandvårdens del blev utfallet 1974 mer än 0.6 miljoner timmar lägre än prognosen. Skillnaden mellan utfall och prognos har sedan successivt ökat och uppgick 1977 till 1,2 miljoner timmar.

En orsak till skillnaden mellan prognos och utfall 1974 är att ett antal tandläkare övergick till privattandvård i och med att tandvårdsförsäkringen infördes.

Ytterligare en orsak härtill är att sysselsättningsgraden inom folktandvården är lägre än vad försäkringsutredningen räknade med. Utvecklingen inom folktandvården mot större antal deltidstjänster har bidragit till detta. Utredningen utgick ifrån att sysselsättningsgraden skulle vara densamma inom folktandvård och privattandvård. Redan före försäkringens införande var emellertid sysselsättningsgraden enligt tandläkarnas årliga anmälan till socialstyrelsen högre inom den privata tandvården. Här må dock noteras att full jämförbarhet inte föreligger mellan de statistiska uppgifterna om sysselsättningsgraden. Till grund för den årliga anmälan till socialstyrelsen låg tandläkarnas egna uppgifter om antalet arbetade timmar under året. Detta gällde såväl tjänstetandläkare som privattandläkare. Sådana uppgifter får anses osäkra. Efter försäkringens införande baseras statistiken beträffande tjänstetandläkarna på de tjänstgöringsuppgifter som inrapporteras av folktandvårdens kliniker. När det gäller den privata sektorn grundas statistiken på tandläkarnas egna uppgifter på de månatliga räkningarna till försäkringskassan.

6.4 Prognoser över när folktandvården kan vara utbyggd

6.4.1 Rapport nr 10 från tandvårdsdelegationens observationsgrupp över tandläkarsituationen inom folktandvården m. m.

Efter uppdrag från riks försäkringsverkets tandvårdsdelegation genomförde dess obs-grupp under våren 1977 en kartläggning av folktandvårdens utbyggnadsläge. Arbetet har redovisats i obs-gruppens rapport nr 10. Avsikten med rapporten var bl. a. att belysa när målet fullt utbyggd folktandvård kan nås. För att åstadkomma denna belysning gjorde gruppen i princip om de beräkningar som försäkringsutredningen utförde vid upprättandet av sin teoretiska utbyggnadsmodell. I samband härmed reviderade socialstyrelsen med 1975 som basår försäkringsutredningens beräkningar av hur många tandläkartimmar som behövs för full utbyggnad. De nya beräkningarna benämns i det följande SoS 77. Nya tillgångsprognoser – modifieringar av TPU:s prognoser över antal tandläkartimmar 1975 och 1980 – togs också fram under arbetet med rapporten nr 10. Nedan jämförs först behovsberäkningar enligt försäkringsutredningen med SoS 77 och därefter SoS 77 med den modifierade tillgångsprognosen.

Beräknat behov av och tillgång till tandläkartimmar (1 000-tal) för folktandvården

År	Försäkrings- utredningen	SoS 77	Skillnad SoS 77 försäkrings- utredningen	Tillgång	Skillnad tillgång – SoS 77
1975	4 933	4 188 ^a			
1976	5 218	4 981	– 237	4 386	– 595
1977	5 586	5 316	– 270	4 724	– 592
1978	6 065	5 617	– 488	5 081	– 536
1979	6 529	6 154	– 375	5 518	– 636
1980	6 995	6 549	– 446	5 956	– 593

^a Bas för beräkning. Antal timmar enligt statistik.

Enligt SoS 77 skulle sålunda folktandvården kunna genomföra den av statsmakterna beslutade utbyggnaden med ett något lägre antal tandläkartimmar, ca 450 000, än vad försäkringsutredningen räknade med. Den huvudsakliga förklaringen till att SoS 77 anger lägre behov av tandläkartimmar är att dessa beräkningar utgår från mindre årskullar inom åldersintervallet 3–19 år. Skillnaden mellan folktandvårdens beräknade behov av tandläkartimmar och tillgången enligt rapportens beräkningar uppgår år 1980 till 600 000 timmar per år, vilket motsvarar 456 tandläkare om varje tandläkare antas arbeta 1 300 tim/år. Antalet tandläkartimmar inom privatvård under åren 1975–1980 har vid ovanstående beräkning antagits vara oförändrat 6 015 000 timmar per år.

Obs-gruppen redovisade i rapporten en beräkning över när folktandvården kan uppfylla sitt vårdåtagande om utbyggnaden förskjuts in på 80-talet. De utförda beräkningarna kan sammanfattas på följande sätt:

Skillnaden mellan beräknat behov (SoS 77) av tandläkartimmar enligt utbyggnadsprogrammet och tillgång till tandläkartimmar (1 000-tal) för folktandvården 1980-1982 enligt prognos

År	Behov	Tillgång	Skillnad
1980	6 549	5 956	- 593
1981	6 592	6 363	- 229
1982	6 614	6 742	+ 128

Beräkningen visar att om privattandvården även efter år 1980 hålls oförändrad på 6 015 000 timmar per år kan folktandvården enligt tillgångsprognosen uppfylla sitt vårdåtagande år 1982 om behovet av tandläkartimmar beräknas enligt SoS 77. Beräkningar av behovet baserade på LKELP 76 tyder på att bristen på tandläkartimmar kan vara täckt först ett eller ett par år senare.

Ett av skälen till att utbyggnaden enligt LKELP 76 blir ytterligare försenad är att LKELP utgår från folktandvårdsplaner och i dessa har justeringar gjorts för att beakta lokala behov av vuxentandvård. Det är vidare sannolikt att LKELP, som bygger på tandvårdsplanernas högre ambitionsnivå för vuxentandvård än de 30,3 % som SoS 77 räknar med, av detta skäl anger något fler timmar vuxentandvård än SoS 77.

6.4.2 Ny prognos

Den av obs-gruppen utförda prognosen över när folktandvården kan vara utbyggd har 1975 som basår för beräkningarna. Vi har gjort om obsgruppens prognos. Vad gäller behovssidan bygger de nya beräkningarnas befolkningstal på befolkningsprognos enligt länsplaneringens översyn våren 1977. I övrigt är antaganden och beräkningsmetod desamma som i obsgruppens rapport nr 10.

En ny prognos över tillgång på tandläkartimmar har i augusti 1978 redovisats av TPU. Denna är korrigerad i förhållande till den tidigare tillgångsprognosen med hänsyn till den lägre sysselsättningsgrad inom folktandvården som 1977 års statistik visar. Basår för den reviderade prognosen är 1977.

De utförda beräkningarna kan sammanfattas i nedanstående tabell. Variationer huvudmännen emellan beträffande utbyggnadsprogrammets genomförande redovisas i avsnitt 6.5.

Skillnaden mellan beräknat behov av tandläkartimmar och tillgång till tandläkartimmar (1 000-tal) för folktandvården 1980-1983 enligt vår prognos

År	Behov	Tillgång	Skillnad
1980	6 575	5 797	- 778
1981	6 616	6 161	- 455
1982	6 640	6 526	- 114
1983	6 649	6 890	+ 241

De utförda beräkningarna visar i förhållande till obs-rapport nr 10 en förskjutning in på år 1983 av tidpunkten för fullt utbyggd folktandvård. Skillnaden beror i första hand på att tillgången på tandläkartimmar minskat p. g. a. den lägre sysselsättningsgraden inom folktandvården.

6.4.3 Folktandvårdsplaner och LKELP 78

Tjänster

Ovan beskrivna beräkningar visar i vilken takt det är teoretiskt möjligt att inom de olika landstingen klara utbyggnaden av folktandvården. Huvudmännens egen planering av utbyggnaden framgår dels av de enligt gällande bestämmelser upprättade tandvårdsplanerna, dels också av de s. k. LKELP-undersökningarna. Folktandvårdsplanerna ger uttryck för huvudmännens målsättning för folktandvårdens inriktning och omfattning medan LKELP-undersökningarna ger en uppfattning om huvudmännens bedömningar av vad som är möjligt att genomföra under aktuell redovisningsperiod.

I såväl folktandvårdsplaner som LKELP-undersökningar används begreppet tandläkartjänst. Vid upprättandet av folktandvårdsplanerna har huvudmännen utgått från heltidstjänster men räknat med något varierande antal tandläkartimmar per tjänst. Antalet tandläkartimmar per tjänst varierar mellan 1 450 och 1 550 timmar per tandläkartjänst och år. Vid våra översättningar av folktandvårdsplanerna till tandläkartimmar har vi räknat med 1 500 tandläkartimmar per tjänst.

För att ge ett perspektiv på hur huvudmännens planering av utbyggnaden av distriktstandvården har förändrats under senare år redovisas i figur 4 (nästa sida) utvecklingen av antal tandläkartimmar inom distriktstandvården enligt LKELP-undersökningar -75, -76, -77 och -78. Det framgår av diagrammet att huvudmännen räknat med en successiv nedskrivning av de utbyggnadsambitioner som LKELP-undersökningarna speglar.

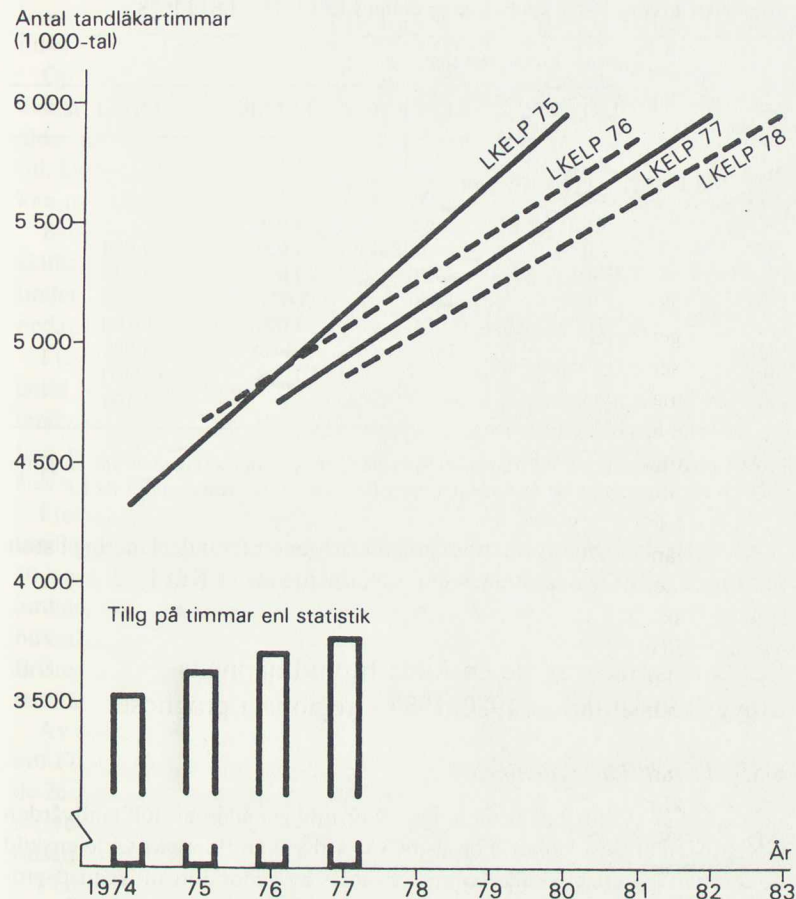
Nedan redovisas antalet tandläkartjänster och tandläkartimmar enligt sammanställning av folktandvårdsplaner samt enligt LKELP 78 för åren 1980–1983.

Distriktstandvård, tjänster och timmar^a

År	Folktandvårdsplanerna (1974–75)		LKELP 78	
	Tjänster ^a	1 000-tal tim ^b	Tjänster	1 000-tal tim ^b
1980	4 061	6 092	(3 593)	(5 390)
1981	(4 092)	(6 138)	3 742	5 613
1982	(4 123)	(6 185)	(3 860)	(5 790)
1983	(4 154)	(6 231)	3 978	5 967

^a Inom parentes anges antalsuppgifter som beräknats under antagande om en jämn årlig utveckling mellan de år för vilka uppgifter redovisas i folktandvårdsplanerna resp. LKELP 78.

^b 1 500 tim/tjänst.



Figur 4. Behovet av tandläkartimmar¹ inom distriktstandvården enligt LKELP 75, LKELP 76, LKELP 77 och LKELP 78. Tillgång på tandläkartimmar inom distriktstandvården 1974–1977.

¹ Antal inrättade tjänster resp basår och antal planerade tjänster resp horisontår har omräknats till antal tandläkartimmar.

² Antal tandläkartimmar inom organiserad barn- och ungdomstandvård samt avgiftsbelagd tandvård enligt socialstyrelsens statistik.

Som framgår av denna uppställning beräknas antalet tandläkartjänster 1980 bli 468 färre enligt LKELP än enligt folktandvårdsplanerna.

Detta sammanhänger bl. a. med svårigheterna att rekrytera tandläkare. Som följd härav har utbyggnadsprogrammet fått senareläggas. Med hänsyn till prioritering av barntandvården går detta främst ut över vuxentandvården. Utbyggnaden av vuxentandvården i enlighet med tandvårdsplanernas intentioner skulle därmed komma att genomföras något senare.

Distriktstandvård, kliniker

I folktandvårdsplanerna redovisas hur behovet av kliniker utvecklas från basåret 1974 fram till 1985. Bedömningar av vad som är möjligt att genomföra redovisas i LKELP-undersökningarna. Hur huvudmännens planering av utbyggnaden av distriktstandvården har förändrats under senare år redovisas i nedanstående tablå som åskådliggör utvecklingen av antalet kliniker inom distriktstandvården enligt LKELP-undersökningarna 1975–1978.

Antal distrikts- och annexpolikliniker enligt LKELP 75 – LKELP 78

År	Antal kliniker ^a enligt			
	LKELP 75	LKELP 76	LKELP 77	LKELP 78
1974	978			
1975	1 005	985		
1976	1 020	998	1 026	
1977	1 039	1 013	1 030	1 024
1978	(1 056)	(1 032)	1 052	1 038
1979	(1 073)	1 050	(1 074)	1 061
1980	1 089	(1 074)	1 096	(1 075)
1981		1 097	(1 112)	1 088
1982			1 128	(1 097)
1983				1 106

^a Inom parentes anges antalsuppgifter som beräknats under antagande om en jämn årlig utveckling mellan de år för vilka uppgifter redovisas i respektive LKELP

Av tablån framgår att huvudmännen i sin genomförandeplanering i stort sett upprätthållit de ambitioner som dokumenterats i LKELP 75.

6.5 Beräkningar av de enskilda huvudmännens utbyggnadssituation 1980–1983 – regionala prognoser

6.5.1 Teoretiska beräkningar

I föregående avsnitt har beräkningar över utbyggnaden av folktandvården gjorts för riket som helhet. För att belysa vid vilken tidpunkt varje enskild huvudman teoretiskt skulle kunna förväntas ha genomfört utbyggnadsprogrammet har socialstyrelsen utfört beräkningar avseende huvudmännens utbyggnad av distriktstandvården under åren 1980–1983. Dessa beräkningar kallas i det följande regionala prognoser. Beräkningarna har gjorts på i princip samma sätt som de ovan för hela riket redovisade. Detta innebär bl. a. att privatpraktikerkåren förutsatts vara oförändrad.

I beräkningarna på riksnivå antas att medelbehandlingstiden för 3–6 åringar är 1 timme och 2 timmar för åldersgrupperna 7–16 och 17–19, dvs. samma antagande som i försäkringsutredningens teoretiska modell. I de regionala prognoserna antas att det enskilda landstinget under prognosperioden har samma medelbehandlingstid som registrerats i 1977 års verksamhetsstatistik för barn och ungdomar. Härigenom erhålls en för varje huvudman individuell beräkning av förväntad utbyggnadstakt. Beräkningarna blir härigenom mera verklighetsanpassade. De kan sägas belysa – på landstingsnivå – den principiella innebörden av riksdagsbeslutet om folktandvårdens utbyggnad.

För varje landsting har behovet av tandläkartimmar beräknats för vart och ett av åren 1980–1983. År 1983 antas fördelningen mellan barn- och vuxentandvårdstid vara 54/46. Tillgången på tandläkartimmar ett visst prognosår har beräknats som summan av det antal timmar landstinget redovisat 1977 och den del av tillskott av tandläkartimmar fr. o. m. 1978 och

t. o. m. prognosåret som skulle fördelas till landstinget i princip enligt nuvarande kvoteringsmetod. (Se avsnitt 9).

Om behovet av tandläkartimmar är större än tillgången på timmar kan distriktstandvårdens utbyggnadsläge beskrivas genom att ange vilka av åldersgrupperna 6-16, 3-5 och 17-19 år som tillgängligt antal timmar räcker till. Det innebär att en fördelning på nämnda åldersgrupper av underskottet kan redovisas. I figur 5 har sättet att räkna åskådliggjorts.

Beräkningarna visar att under de förutsättningar som prognosen bygger på skulle således folktandvården kunna vara fullt utbyggd i samtliga landsting under år 1983. Resultatet av beräkningarna presenteras mer utförligt nedan.

I tabellerna 1-4 i bilaga 8 redovisas resultatet av beräkningarna i form av antal tandläkartimmar som saknas inom organiserad barn- och ungdomstandvård prognosåren 1980-1983. Beräkningarna avser 31 december respektive prognosår. Beräkningarna bygger på att landstinget anses klara av åldersgruppen 17-19 år vid 80-procentig anslutning.

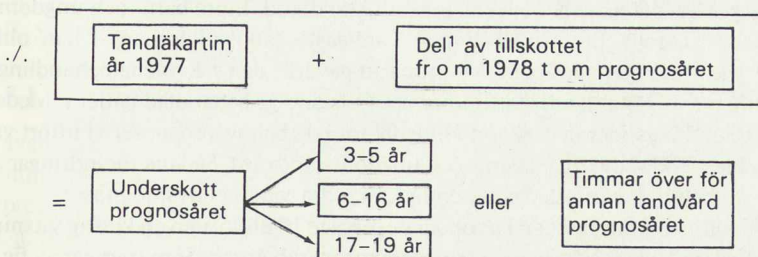
I tabell 1 visas den beräknade situationen 1980. Endast 6 landsting saknar tandläkartimmar för att ta hand om 17-åringarna. Enligt beräkningarna kan 10 landsting ta hand om såväl 17- som 18-åringar. Av dessa 10 kan 5 också omhänderta 19-åringarna. År 1980 saknas tandläkartimmar i 21 av 26 huvudmannaområden för omhändertagande av hela åldersgruppen 17-19 år. Bristen på tandläkartimmar inom dessa landsting har också uttryckts i brist på tandläkare.

Av tabell 2 framgår att samtliga huvudmän år 1981 beräknas kunna ta hand om 17-åringarna. Endast 3 landsting klarar ej 18-åringarna. I 13 landsting av de 26 saknas timmar för omhändertagande också av 19-åringarna. Bristerna uttryckta i antal tandläkare är dock små inom de 13 landstingen och utgör tillsammans endast ca 36 tandläkare i hela riket.

I tabell 3 visas att det vid slutet av år 1982 enligt beräkningarna finns 5 landsting som inte helt klarar 19-åringarna. Tillsammans saknas i dessa landsting 718 timmar, dvs. mindre än 1 tandläkare. Det innebär att utbyggnaden av distriktstandvården enligt dessa beräkningar i stort sett kan fullföljas inom samtliga landsting under år 1982. Av tabell 4 framgår att det under år 1983 uppkommer ett beräkningsmässigt "överskott" av tandläkartimmar, dvs. det blir tandläkartimmar över för annan tandvård än som

Behov av
tandläkartimmar
prognosåret

./.



Figur 5 Översiktlig beskrivning.

¹ Tillskottet fördelas av socialstyrelsen i relation till resp landstings behov av ytterligare tandläkartimmar - i jämförelse med år 1977 - för att nå full utbyggnad (utbyggnadsbehovet).

inräknats i prognosen.

Enligt denna prognos kommer balansen mellan behov av och tillgång på tandläkartimmar för utbyggnaden av folktandvården att uppnås något tidigare än vad som framgår av motsvarande prognos på riksnivån. Den huvudsakliga förklaringen till skillnaden är att de landstingsvisa beräkningarna utgår från genomsnittligt lägre medelbehandlingstid för åldersgrupperna 3–19 år än vad försäkringsutredningens teoretiska modell bygger på.

6.5.2 *Tandläkartimmar 1983 enligt LKELP 78 och socialstyrelsens regionala prognos*

I LKELP 78 redovisas antal tjänster totalt inom respektive landsting. Vidare särredovisas antalet specialisttandläkare, varför det är möjligt att ta fram uppgifter om antal tandläkartjänster inom distriktstandvården för de olika landstingen. Antalet tjänster överförs till tandläkartimmar via antagandet 1 500 tandläkartimmar per tjänst.

I tabellen i bilaga 9 har tandläkartimmar enligt LKELP 78 redovisats för respektive landsting. Som jämförelse redovisas motsvarande uppgifter från socialstyrelsens regionala prognos. I kolumn 3 har skillnaden angivits. Det framgår av tabellen att prognostiserade timmar enligt LKELP och enligt regional prognos nära nog sammanfaller 1983 på rikspanet. LKELP redovisar ca 38 000 timmar större behov än socialstyrelsens regionala prognos.

Av de 26 huvudmännen ligger 10 i sina LKELP-planer under vad socialstyrelsen beräknat som behov för deras utbyggnad enligt riksdagsbeslutet. Den största avvikelser har Stockholms läns landsting med ca 300 000 timmar. I sin egen planering för vuxentandvård beaktar huvudmännen förefintliga privattandläkarresurser. Älvsborg, Skaraborg och Värmland är andra landsting som har färre timmar i LKELP än i respektive regional prognos.

Fler tandläkartimmar enligt LKELP än enligt regional prognos redovisas för 13 landsting. Fem av dessa har över 50 000 timmar mer än regional prognos. Dessa fem landsting är Jönköping, Kopparberg, Gävleborg, Västerbotten och Norrbotten. En förklaring härtill är att dessa landsting har planerat för en högre andel vuxentandvård än riksgenomsnittet.

6.6 *Tänkbara förändringar av vårdbehovet*

Behovet av tandvård och därmed tandläkare påverkas givetvis av tandsjukdomarnas frekvens. En minskad kariesfrekvens p. g. a. olika profylaktiska åtgärder förändrar behovet av reparativ tandvård. Inom barn- och ungdomstandvården – där karies är den vanligaste tandsjukdomen – kan olika kariesförebyggande åtgärder komma att påverka den s. k. medelbehandlingstiden dvs. antal tandläkartimmar per fullständigt behandlad patient. Medelbehandlingstiderna utgör en viktig faktor i de behovsprognoser vi utfört vad gäller folktandvårdens barn- och ungdomstandvård. Sådana förändringar av vårdbehovet kan således väsentligt förändra våra behovsprognoser.

Inom folktandvården har under de senaste 10 till 15 åren en kraftig satsning skett på olika förebyggande åtgärder inom tandvården. Som framgår av fig. 1

har också medelbehandlingstiden minskat inom den organiserade barntandvården sedan år 1960. Denna minskning brukar tillskrivas effekterna av de förebyggande åtgärderna. Andra faktorer, som kan ha påverkat förändringen i medelbehandlingstiden, är olika rationaliseringar av tandvårdsarbetet och en ökad delegering av arbetsuppgifter från tandläkare till annan vårdpersonal. Som framgår av bil. 11 (diagram 5) varierar medelbehandlingstiden mellan olika huvudmännaområden. Denna variation kan till viss del förklaras av att man hunnit olika långt när det gäller det profylaktiska arbetet.

När det gäller olika förebyggande åtgärders inverkan på vårdbehovet har vi tagit del av TPU:s sammanställningar i denna fråga. Ytterligare insamling av material har även påbörjats. I det korta tidsperspektiv, som våra behovsprognoser utarbetats, har vi dock inte ansett det möjligt att införa några antaganden om ett minskat vårdbehov inom barn- och ungdomstandvården p. g. a. ytterligare effekter av profylaxen. Genom att huvudmännens individuella medelbehandlingstider använts i socialstyrelsens regionala prognos har vi dock fått en anknytning till dagens vårdbehov.

Prognoserna uttrycker behovet av tandvård i tandläkartimmar. Genom att framförallt tandhälsovårdsarbete även kan utföras av tandhygienister och specialutbildade tandsköterskor kan en delegering av arbetsuppgifter från tandläkare till de nämnda personalkategorierna påverka det framtida behovet av tandläkartimmar. En omfattande försöksverksamhet pågår f. n. vad gäller möjligheterna att i ökad omfattning använda olika personalkategorier inom tandhälsovårdsarbetet. Resultaten av hittillsvarande försöksverksamhet har summerats i TPU:s rapport nr 2 "Den framtida arbetsfördelningen mellan olika personalkategorier inom tandvården". I rapporten, som f. n. remissbehandlas, framläggs bl. a. förslag till ytterligare arbetsuppgifter för tandhygienister och profylaxutbildade tandsköterskor.

Förändringar av arbetsfördelningen mellan olika personalkategorier inom ett sådant område som tandvården torde ta många år att genomföra. Utbildningskapaciteten för tandhygienister och tandsköterskor måste t. ex. först utökas. Av dessa skäl har vi inte beaktat inverkan av en förändrad arbetsfördelning vid utarbetandet av kortsiktiga prognoser över behovet av tandläkartimmar inom folktandvården. Vi avser att i huvudbetänkandet återkomma till framtida förändringar av arbetsfördelningen inom tandvården liksom profylaxens inverkan på vårdbehovet. Enligt vad vi erfarit kommer TPU, som har att utreda den långsiktiga efterfrågan på tandvård, att till sommaren 1979 framlägga sitt slutbetänkande. Vi får då ett nytt underlag för de prognoser som vi har för avsikt att presentera i vårt huvudbetänkande.

6.7 Sammanfattande värdering av prognoser och planer

6.7.1 Planer och behovsprognoser

I avsnittet 6.4.3 har huvudmännens folktandvårdsplaner och LKELP 78 sammanställts. Såväl folktandvårdsplanerna som LKELP-undersökningarna representerar huvudmännens i planer fastställda efterfrågan av arbetskraft, bl. a. tandläkare. Folktandvårdsplaner och LKELP-undersökningar uttrycks

bl. a. i behov av tjänster. Detta behov kan också uttryckas i tandläkartimmar, vilket är det mått med vilket vi anger utvecklingen.

I avsnitt 6.4.1 har rapport nr 10 från tandvårdsdelegationens observationsgrupp över tandläkarsituationen inom folktandvården m. m. redovisats. Därvid har den behovsprognos som kallats SoS 77 beskrivits. Under avsnitt 6.4.2 redovisas en ny prognos som vi genomfört med samma metodik som SoS 77:s behovsberäkning. Under avsnittet 6.5 har beräkningar av de enskilda huvudmännens utbyggnadssituation 1980–1983 redovisats. I dessa beräkningar har varje huvudmans behov av tandläkartimmar för utbyggnad av folktandvården redovisats. Vi har sålunda tagit fram regionala prognoser. Summerade innebär dessa prognoser en behovsprognos på rikspanet.

Som framgår av ovanstående finns sålunda ett flertal planer, undersökningar av planernas genomföranden samt beräkningar som belyser behovet av tandläkartimmar för ett genomförande av riksdagens beslut om utbyggnad av folktandvården. Närmast skall skillnaderna mellan dessa planer och beräkningar belysas.

Folktandvårdsplanerna utgår från riksdagsbeslutet om folktandvårdens utbyggnad, dvs. omhändertagandet av barn och ungdomar 0–19 år samt en förutsatt omfattning av vuxentandvården som motsvarar 30–35 % av totala antalet tandläkartimmar för vuxna i riket. Flera huvudmäns målsättning för folktandvårdens inriktning och omfattning innefattar dock en högre ambition beträffande vuxentandvården.

LKELP-undersökningarna ger en uppfattning om huvudmännens bedömningar av vad som är möjligt att genomföra under aktuell femårsperiod. Som visats under avsnittet 6.4.3 visar LKELP-undersökningarna att huvudmännen successivt skrivit ner sin aktuella efterfrågan av tandläkare.

Beräkningen SoS 77 i obs-rapport nr 10, *vår behovsprognos* samt *socialstyrelsens regionala prognoser* är som visats en mera direkt tillämpning av de antaganden som låg till grund för riksdagens beslut om utbyggnadsplan för folktandvården.

I vilken utsträckning folktandvårdsplaner, LKELP-undersökningar och behovsprognoser återger faktiskt behov av tandläkartimmar för genomförandet av riksdagens beslut om utbyggnad av barn- och ungdomstandvården att omfatta 95 % av barnen i åldern 0–16 år och 80 % av ungdomarna i åldern 17–19 år samt nämnd omfattning vuxentandvård kan diskuteras. Folktandvårdsplanerna synes representera en ambitionsnivå som går något utöver riksdagsbeslutet. LKELP-undersökningarna representerar, som nämnts, bl. a. huvudmännens anpassning av sin efterfrågan på arbetskraft till möjligheterna att rekrytera tandläkare. Även andra överväganden exempelvis avseende förväntad tilldelning av kvot, torde ligga bakom anpassningen. LKELP-undersökningarna kan därför sägas mera belysa huvudmännens anpassning av arbetskraftsefterfrågan till tillgången på tandläkare än vara ett mått på behov av tandläkartimmar med anledning av riksdagsbeslutet. Ett annat sätt att beräkna behovet är det som görs i enlighet med 1970 års försäkringsutrednings antaganden och beräkningsteknik.

Beräkningen SoS 77, obs-rapport nr 10 och socialstyrelsens regionala prognoser har utförts i princip på samma sätt som 1970 års försäkringsutredning beräknade sin utbyggnadsmodell. De antaganden som beräkningarna bygger på ändras dock under prognosperioden, exempelvis torde medelbe-

handlingstiden per fullständigt behandlat barn komma att ändras under tiden fram till 1982. Den faktiska utvecklingen torde komma att avvika mer eller mindre från prognoserna trots att prognosperioden är kort. I vårt huvudbetänkande får vi möjlighet att närmare belysa utvecklingen.

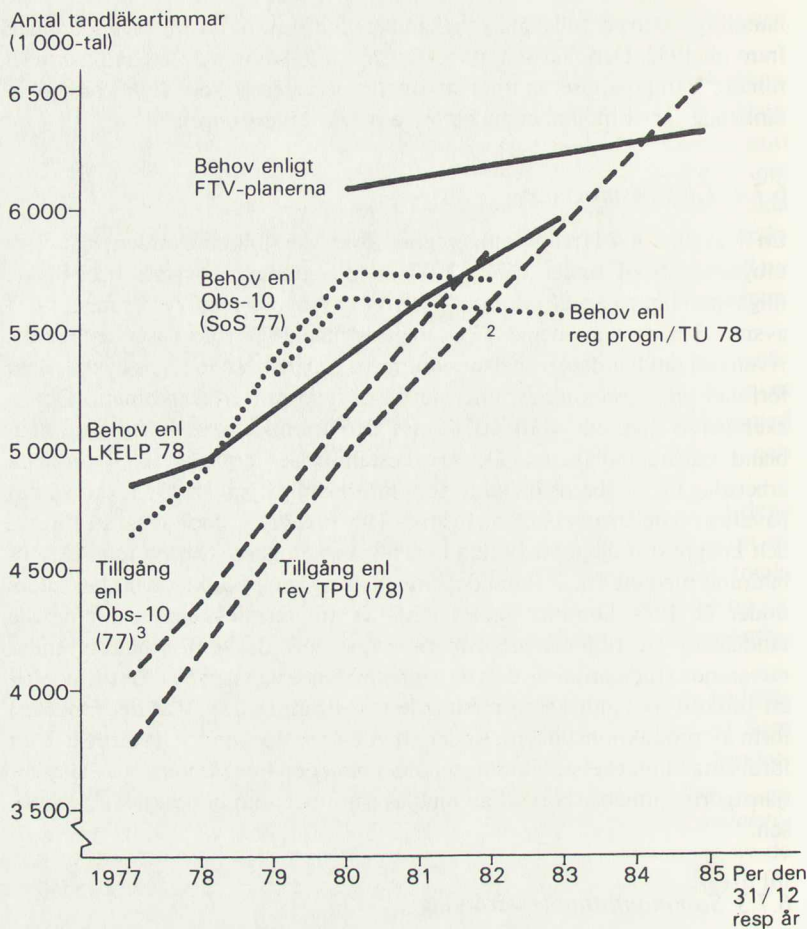
6.7.2 Tillgångsprognoser

En i avsnitt 6.4.1 redovisad prognos över när folktandvården kan vara utbyggd, utförd under våren 1977 av obs-gruppen, byggde beträffande tillgångssidan på en något modifierad TPU-prognos med 1975 som basår. I avsnitt 5 har en reviderad TPU-prognos med 1977 som basår redovisats. Även om tandvårdspersonalsutredningens prognoser kan sägas bygga på en förfinad prognosteknik rymmer de likväl flera osäkerhetsmoment. Det är exempelvis speciellt svårt att förutse den framtida sysselsättningsgraden bland tjänstetandläkarna. De nya bestämmelser om rätt till 6 timmars arbetsdag för småbarnsföräldrar, som införts från 1 januari 1979, kan väntas påverka medelårsarbetstiden negativt. Hur mycket är dock svårt att förutse och knappast möjligt att beakta i en tillgångsprognos. Om ny tandläkarutbildning med ett års avslutande allmäntjänstgöring i folktandvården införs under år 1984 kommer under detta år tre terminskullar examinerade tandläkare att tillföras arbetsmarknaden, dels de som utbildats enligt nuvarande studieordning, dels de som utbildats enligt den nya. Detta innebär ett tillskott av tandläkare omfattande ytterligare ca 225. Vad det innebär i form av produktionstillskott under ett AT-år är dock svårt att förutse. Den förutsatta klinikchefsutbildningen under perioden före införandet av allmäntjänstgöring innebär bortfall av tandläkartimmar som ej beaktats i prognosen.

6.7.3 Sammanfattande värdering

Det är lämpligt påminna sig att betydande osäkerhet vidlåder de material som redovisats och värderats ovan. Endast i begränsad omfattning kan berörda myndigheter och folktandvårdens huvudmän påverka de faktorer som styr utvecklingen. Behovsberäkningarna bygger på antaganden som är osäkra. Möjligheterna att dirigera utvecklingen så att den överensstämmer med TPU:s tillgångsprognos är begränsade. Detta gäller också möjligheterna att uppnå den regionala fördelning av tandläkartimmar som prognoserna utgår ifrån. Osäkerheten om utvecklingen är därför betydande.

Målet för folktandvården är omhändertagandet av barnen och ungdomarna 0-19 år och parallellt därmed sker en utbyggnad av folktandvårdens vuxentandvård. Den metod som använts och också används för att förutse när målet kan vara uppnått har varit att beskriva behovet av tandläkartimmar för uppnående av målet och ställa detta i relation till tillgången på tandläkartimmar. I figur 6 har planer och behovsprognoser samt tillgångsprognoser lagts in. Beroende på vilken behovsberäkning eller vilken plan för utbyggnaden som man vill uppfatta som mest representativ beskrivning av hur många tandläkartimmar som behövs kan folktandvården förväntas vara utbyggd någon gång under åren 1982-1984. Det är mindre sannolikt att utbyggnaden kan vara helt avslutad före 1982 års utgång.



Figur 6. Behov av tandläkartimmar inom distriktstandvården enligt folktandvårdsplaner¹, LKELP 78, Obs-rapport 10 (SoS 77) och enligt regional prognos/TU 78: utvecklingen av antal tandläkartimmar inom distriktstandvården enligt Obs-10 (77) och reviderad TPU-prognos (78).

¹ I FTV-planerna finns uppgifter om antal tjänster – omräknat till heltid – åren 1980 och 1985 inom distriktstandvården. Antal tjänster för mellanliggande år har beräknats under antagande om en jämn årlig utveckling.

² Av diagram framgår att tillgången enligt rev TPU i slutet av år 1982 är något större än behovet enligt regional prognos. Det bör observeras att detta förhållande gäller totalt sett och att smärre brister förekommer inom vissa landsting även i slutet av år 1982 – jämfört med det enligt prognosprinciperna framräknade behovet inom barn- och vuxentandvård föreligger vissa överskott på timmar inom Y, AC och BD läns landsting.

³ Tillgångsprognos enligt Obs-rapport 10 bygger i allt väsentligt på TPU:s tillgångsprognos (TPU:s rapport nr 1 1976).

6.8 Överväganden och förslag

Enligt 1973 års riksdagsbeslut skulle den regelbundna organiserade tandvården inom folktandvården byggas ut till att omfatta samtliga personer i åldrarna t. o. m. 19 år. Vid denna utbyggnad borde först tandvården för åldersgrupperna 6–16 år tillgodoses, därefter förskolebarnen och sist ungdomstandvården. Den uttalade avsikten var att folktandvården vid utgången av 1970-talet skulle svara för hela barn- och ungdomstandvården

samt 35 % av vuxentandvården. Till grund för beslutet låg de prognoser om tandvårdsbehov för barn och ungdom, efterfrågan från vuxna på tandvård samt tandvårdsresurser, som redovisats av 1970 års försäkringsutredning.

Som vi tidigare visat kommer den av riksdagen 1973 beslutade målsättningen för folktandvårdens utbyggnad ej att kunna uppnås före utgången av 1979. Orsaken till detta är främst att folktandvården ej fått de resurser i form av tandläkartimmar, som erfordrats för utbyggnaden. Den faktiska utvecklingen kom därmed inte att överensstämma med de prognoser försäkringsutredningen gjorde. Detta beror på flera faktorer. Vid tandvårdsförsäkringens genomförande skedde en övergång av tandläkare från folktandvård till privattandvård. Denna övergång har av riks-försäkringsverket uppskattats till ca 200 tandläkare. Nettotillskottet av tandläkartimmar till folktandvården har också blivit mindre än man räknat med.

Vi förutsätter att det mål för utbyggnaden av folktandvården som riksdagen beslöt år 1973 skall ligga fast även efter år 1979.

De nya planer och prognoser vi redovisar, vilka bygger på ett oförändrat antal privattandläkare, pekar på att den utbyggnad av folktandvården som angetts av 1973 års riksdag skulle kunna bli klar under perioden 1982–1984. Våra överväganden bygger på i stort nuvarande utbildningskapacitet.

De medel som för närvarande används för att genomföra folktandvårdens utbyggnad är etableringsbegränsningen av privatpraktiserande tandläkare, kvoteringen av tandläkarresurser inom folktandvården och ersättningen till huvudmännen. Vi föreslår att möjligheterna att använda dessa medel för genomförande av folktandvårdens utbyggnad förlängs till utgången av år 1982. Vid denna tidpunkt räknar vi med att statsmakterna skall ha hunnit ta ställning till våra förslag i huvudbetänkandet.

Som framgår av avsnitt 4.2.1 är barn i åldern 3–5 år och ungdomar i åldern 17–19 år f. n. undantagna från folktandvårdens skyldighet att erbjuda fullständig regelbunden behandling. I flera landsting har man dock redan nu infört organiserad tandvård för dessa grupper.

Enligt uppgift från landstingsförbundet erbjuds f. n. 17-åringar organiserad vård i elva av de 26 huvudmannaområdena, 18-åringar i nio och 19-åringar i sju.

I de områden där landstingen ännu inte erbjuder organiserad tandvård för dessa åldersgrupper, tillhör 17–19-åringar tandvårdsförsäkringen. För tandvård inom folktandvården betalar dessa ungdomar endast halv patientavgift.

I syfte att påskynda genomförandet av 1973 års beslut föreslår vi att 3–5-åringar och 17–19-åringar, med bibehållande av tidigare fastlagd prioritet mellan grupperna, fr. o. m. 1981 fullt ut skall omfattas av folktandvårdslagens vårdskyldighet. Vi är medvetna om att detta inte kommer att vara möjligt för samtliga landsting fr. o. m. 1981. De landsting som ej har möjlighet att redan från början klara av denna vårdskyldighet bör dock kunna få dispens. Dispens bör kunna gälla en eller flera av dessa åldersgrupper inom landstinget.

7 Regional fördelning av tandvårdsresurser

I utredningens direktiv framhålls frågan om bättre regional fördelning av tandvårdsresurserna som mycket angelägen. Den har därför prioriterats. I detta delbetänkande gör vi en första beskrivning och analys av den regionala fördelningen. Vi lämnar även vissa förslag till åtgärder. Därmed anser vi oss emellertid ej ha färdigbehandlat frågan utan avser att återkomma till den i huvudbetänkandet.

7.1 Tandläkartäthet

Ett sätt att undersöka den regionala fördelningen är att studera tandläkartätheten. Riksförsäkringsverket har redovisat antalet tandläkartimmar per försäkrad i de olika försäkringskasseområdena. Säkerheten hos uppgifter som avser antal tandläkartimmar inom distriktstandvård respektive privattandvård har belysts i avsnitt 6.3.2. I nedanstående tabell visas tandläkartätheten år 1977, mätt på detta sätt, avseende privattandvård respektive folktandvård samt totalt. I bilaga 10 redovisas tandläkartätheten 1975 och 1976. Av materialet framgår att situationen under perioden varit praktiskt taget oförändrad.

Tabellen visar stor skillnad mellan de försäkringskasseområden som innefattar landets tre folkrikaste kommuner å ena sidan samt exempelvis Kalmar och Upplands län samt norrlandslänen å den andra. Om man kunde redovisa tandläkartätheten kommunvis skulle skillnaderna sannolikt visa sig vara ännu större.

En starkt bidragande orsak till denna ojämna fördelning är att privatpraktiserande tandläkare i stor utsträckning etablerat sig i storstadsområdena och de större tätorterna. Av tabellen framgår att tandläkartätheten i privattandvård är mer än fyra gånger större i Malmö kommun än i Norrbottens försäkringskasseområde.

Försäkringskasseområde	"Tandläkartäthet" tandläkartim ^a /försäkrad ^b		
	Privat- tandvård	Distrikts- tandvård	Totalt
01 Stockholms län	1,36	0,18	1,54
03 Uppsala län	0,77	0,20	0,97
04 Södermanlands län	0,81	0,20	1,01
05 Östergötlands län	0,90	0,18	1,08
06 Jönköpings län	0,83	0,25	1,09
07 Kronobergs län	0,74	0,25	0,99
08 Kalmar län	0,63	0,22	0,85
09 Gotlands	0,72	0,31	1,03
10 Blekinge län	0,84	0,28	1,12
11 Kristianstads län	0,98	0,30	1,28
12 Malmöhus	1,10	0,32	1,42
13 Hallands län	0,98	0,26	1,25
14 Bohuslän	0,75	0,33	1,08
15 Älvsborgs län	0,74	0,25	0,99
16 Skaraborgs län	0,71	0,23	0,94
17 Värmlands län	0,75	0,28	1,03
18 Örebro län	0,87	0,22	1,08
19 Västmanlands län	0,75	0,16	0,92
20 Kopparbergs län	0,61	0,31	0,92
21 Gävleborgs län	0,64	0,27	0,90
22 Västernorrlands län	0,56	0,34	0,90
23 Jämtlands län	0,57	0,35	0,92
24 Västerbottens län	0,70	0,38	1,07
25 Norrbottens län	0,38	0,52	0,90
34 Malmö	1,70	0,26	1,96
38 Göteborgs	1,53	0,27	1,80
Hela riket	0,95	0,26	1,21

^a För privat tandläkare all redovisad arbetad tid enligt riks försäkringsverkets tandläkarregister. För distriktstandvård arbetad tid inom vuxentandvården enligt tandläkarregistret samt ett beräknat tillskott avseende den organiserade tandvård som bedrivits bland ungdomar i följande områden: Kopparbergs läns landsting och Göteborgs kommun (17-åringar); Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens läns landsting (17-19-åringar).

^b Antal tandvårdsförsäkrade vid årets utgång.

7.2 Vårdsituationen

7.2.1 Vårdsituationen för barn och ungdom

Av socialstyrelsens statistik över distriktstandvården för 1977 framgår att betydande skillnader föreligger mellan huvudmännen vad gäller fullständigt behandlade 3-5-åringar och 17-19-åringar. Den regionala variationen i vårdsituationen för barn och ungdom framgår av de jämförelser mellan huvudmannamråden som redovisas i bilaga 11.

I denna redovisas stapeldiagram över hur stor andel barn och ungdomar i åldersklasserna 3-5, 6-16 och 17-19, som erhållit fullständig behandling under år 1977 i de olika landstingen. Även medelvärde för årsklasserna redovisas. Det framgår att den regionala variationen för åldersgruppen 6-16 år

är relativt liten. Enligt riksdagsbeslutet 1973 skulle i första hand denna åldersgrupp omhändertas. För 3–5-åringar och 17–19-åringar är de regionala skillnaderna däremot betydande.

7.2.2 Vårdsituationen för vuxna

I de undersökningar rörande befolkningens levnadsförhållanden som gjorts på senare år ingår även vissa uppgifter om tandhälsa och tandvårdskonsumtion. Exempel på sådana undersökningar är den levnadsnivåundersökning som låginkomstutredningen genomförde 1968 och en upprepning av den som gjorts av socialforskningsinstitutet (SOFI) men ännu ej publicerats. Hit hör också statistiska centralbyråns (SCB) undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) som görs löpande sedan 1974. Dessa undersökningar omfattar personer i åldrarna 16–74 år. Personer som är 75 år och äldre har ej tagits med.

Spri har i en förstudie som rapporteras i publikationen "Vem får sjukvård" (S 92 1978) översiktligt beskrivit bl. a. dessa undersökningar. Avsikten med studien är att följa upp hälso- och sjukvårdspolitikens genomslagskraft under 1970-talet. Ur publikationen har nedan redovisade uppgifter hämtats.

Tandhälsotillstånd

I Spris bearbetning av statistiska centralbyråns ULF-material från 1975 har bl. a. tandhälsotillståndet hos olika grupper tagits fram. Det har mätts i "förmågan att tugga hårda saker som hårt bröd och äpplen utan svårighet". Detta mått kan naturligtvis diskuteras men har bedömts vara ett enkelt sätt att mäta tandhälsan hos de intervjuade. Endast åldrarna 30–69 år har redovisats. För åldrarna 16–29 år är skillnaderna mycket små och för åldrarna 70–74 år underlaget för litet.

I bilaga 12 redovisas andelen personer med god tuggförmåga per sjukvårdsområde. Vissa skillnader kan avläsas mellan dessa. Vid en jämförelse per åldersgrupp är underlaget oftast för litet och vid en jämförelse totalt inverkar åldersfördelningen. Likaså inverkar andra variabler. I bilagan har lagts in andelen födda i utlandet samt andelen av totalbefolkningen i åldrarna 55–74 år.

Håkansson's avhandling

I en akademisk avhandling med titeln "Tandvårdsvanor, attityder till tandvård samt tandstatus hos 20–60-åringar i Sverige" har tandläkare Jan Håkansson lagt fram resultatet av en undersökning omfattande ett urval av omkring 1 000 personer i åldern 20–60 år. Undersökningen har gjorts både i form av intervjuer och klinisk undersökning. Den är avsedd som en uppföljning av den allmänna tandvårdsförsäkringen.

Intervjuundersökningen utfördes genom besöksintervjuer i april–juni 1974 av 1 302 personer. Resultatet visade bl. a. att

- 50 % av de intervjuade ansåg sig ha bra tänder medan 20 % ansåg sig ha dåliga tänder
- 93 % uppgav att de kunde tugga bra medan 3 % ansåg sig tugga dåligt.

Den kliniska undersökningen utfördes på samma urval som intervjuundersökningen. Tandläkare utgjorde klinisk undersökning kompletterad med röntgenundersökning av vissa delar av bettet. Totalt blev 945 personer kliniskt undersökta. Uppgifter om tandstatus sammanfördes med intervjuuppgifter. Resultaten visar bl. a. att

- i 20–24-årsåldern är antalet kvarvarande tänder genomsnittligt ca 29, medan i 55–60-årsåldern endast 11 egna tänder finns kvar i bettet.
- Före 40-årsåldern är helprotes ovanligt. Andelen individer med helprotes stiger därefter och utgör 30 % i 55–60-årsåldern.
- Andelen individer med fasta broproteser och andelen individer med avtagbara partiella proteser är större i högre åldersgrupper.

Tandvårdsutnyttjande

Inom socialforskningsinstitutet utarbetas f. n. rapporter där 1968 års levnadsnivåundersökning följs upp med en motsvarande undersökning avseende 1974. Spri har fått ta del av en ännu ej publicerad rapport (Vårdkonsumtion och välfärd, Pirjo Virtanen) som bl. a. jämför tandläkarbesökens fördelning 1968 och 1974.

Som framgår av följande tabell har markanta förändringar skett mellan 1968 och 1974.

I sin undersökning från 1974 frågade SOFI de som gjort tandläkarbesök under den senaste 12-månadersperioden när de påbörjat den senaste besöksomgången hos tandläkare. Av de som svarade hade 34 % besökt

Tandvårdsvanor 1968 och 1974 för olika samhällsgrupper 15–75 år

	Andel i % som besökt tandläkare under de senaste 12 månaderna		Andel i % som uppger att de besöker tandläkare någorlunda regelbundet	
	1968	1974	1968	1974
Totalt	54,7	60,7	54,2	59,5
Män	52	58	50	55
Kvinnor	58	64	59	64
15–29 år	74	73	75	74
30–55 år	58	67	58	67
56–75 år	46	39	26	33
Ogifta	58	59	58	59
Gifta/sammanboende	53	62	52	60
Socialgrupp I	81	78	85	82
II	63	68	65	69
III	46	53	44	50
Storstäder	63	66	64	65
Övriga städer	58	61	58	60
Landsbygd	46	56	44	53

Källa: Preliminärt material från SOFI, utarbetat av Pirjo Virtanen.

tandläkare före den 1 oktober 1973 då tandvårdsreformen delvis trädde i kraft. Före årsskiftet 1973/74 hade ytterligare 20 % påbörjat sin senaste besöksomgång och efter den 1 januari 1974 46 %. Intervjuerna genomfördes under perioden mitten av april till mitten av juni.

Ungefär 65 % av de intervjuade som besökt tandläkare hade alltså kunnat utnyttja de nya försäkringsbestämmelserna för tandvård, helt eller delvis. Några skillnader ifråga om kön, civilstånd, ålder eller socialgrupp kunde ej konstateras. Däremot fanns skillnader mellan storstäder och övriga delar av landet. Hälften av storstadsborna besökte tandläkare efter årsskiftet 1973/74 och utnyttjade därmed den fullständiga reformen. Motsvarande andel för övriga riket var 43–44 %.

Som framgår av tabellen ovan har ingen förändring skett i åldrarna 15–29 år. För åldrarna 30–55 år kan däremot en kraftig ökning konstateras, medan de äldsta av de intervjuade (56–75 år) inte har besökt tandläkare i lika stor omfattning 1974 som 1968. Här förefaller emellertid 1968 års siffra vara för hög, bl. a. i jämförelse med SCB:s material från 1975. Som framgår av tabellen har för de äldsta (56–75 år) andelen med regelbundna tandvårdsvanor ökat från 26 till 33 %.

Vad gäller civilstånd kan konstateras att gifta/sammanboende i större utsträckning sökt tandläkare 1974 än ogifta medan förhållandet var omvänt 1968. Tandvårdsförsäkringen kan här ha haft betydelse genom att ekonomiska hinder inte inverkar i samma utsträckning som tidigare.

Mellan socialgrupperna och regionalt finns fortfarande stora skillnader i fråga om tandvårdskonsumtion. En påtaglig utjämning har dock skett sedan 1968.

Av levnadsnivåundersökningen 1978 framgick att socialgrupp II och III har en betydligt större andel personer med akuta tandproblem än socialgrupp I. Detta motsvaras således ej av en högre tandvårdskonsumtion. När det gäller sjukvård kunde tidigare konstateras att personer och grupper med högre andel besvär i regel också var i tätare kontakt med sjukvården. För tandvården är det inte på det sättet. Här inverkar även attityder, utbildning m. m.

SOFI har också tittat på tandvård efter behov, varvid den grupp som har dåliga egna tänder, inga tänder alls, eller dåligt fungerande löständer specialstuderats. Gruppen omfattade 1968 9,1 % av undersökningspersonerna och 1974 8,9 %. Underlaget för jämförelser är mycket litet, t. ex. för socialgrupp I, men det kan konstateras att skillnaderna mellan socialgrupperna här är större och dessutom verkar ha förstärkts mellan 1968 och 1974. Något utjämning mellan olika regioner har ej heller skett.

Tandvårdsköer

Vi har ovan belyst tandvårdssituationen för vuxna genom att redovisa vissa undersökningar beträffande deras tandhälsa och tandvårdsutnyttjande. Även köerna inom tandvården kan sägas spegla tandvårdssituationen.

År 1975 begärde socialstyrelsen in uppgifter från tandvårdshuvudmännen om det antal personer som stod upptagna på folktandvårdens väntelistor. Enligt dessa uppgifter var det ca 600 000 personer som väntade på att få tid hos folktandvården. Vissa undersökningar visar dock att en mycket stor del av de

väntande, ca 30–40 %, lyckats få vård på annat håll, efter det att de anmält sig som vårdsökande, utan att meddela folktandvården detta.

Patienter som inte har någon tandläkare att vända sig till kan anmälas till samrådsgruppen för tandvårdsfrågor inom länet. Denna förmedlar patienter till tandläkare inom privat tandvård och folktandvården. På många håll har köer uppstått. Dessa är emellertid delvis inaktuella och ofullständiga. De kan därför inte sägas utgöra något rättvisande mått på antalet patienter som inte får tandvård. I stort visar de dock att det föreligger stora regionala skillnader mellan landstingen.

Medelbehandlingstid

Ytterligare ett sätt att studera vårdsituationen är att undersöka *medelbehandlingstiden* per patient och andelen behandlade patienter av samtliga försäkrade. Riksförsäkringsverket har tagit fram sådan statistik för 1977, vilken redovisas i nedanstående tabell.

Försäkringskasseområde	Tandläkartimmar per behandlad patient			Procentuella andelen behandlade patienter
	Privat tandvård	Folk-tandvård	Totalt	
01 Stockholms läns	2,82	2,73	2,81	53,6
03 Uppsala läns	2,21	2,34	2,23	43,0
04 Södermanlands läns	2,16	1,68	2,05	47,9
05 Östergötlands läns	2,27	1,97	2,21	47,8
06 Jönköpings läns	2,17	2,09	2,15	49,3
07 Kronobergs läns	2,28	1,84	2,15	44,6
08 Kalmar läns	2,00	1,40	1,80	46,5
09 Gotlands	2,25	. ^a	. ^a	. ^a
10 Blekinge läns	2,24	2,44	2,29	47,4
11 Kristianstads läns	2,51	1,99	2,36	53,5
12 Malmöhus	2,58	2,34	2,52	55,3
13 Hallands läns	2,29	2,09	2,25	53,4
14 Bohusläns	2,10	1,92	2,04	53,2
15 Älvsborgs läns	2,09	2,07	2,08	46,7
16 Skaraborgs läns	2,10	2,20	2,13	43,4
17 Värmlands läns	2,16	2,71	2,28	43,8
18 Örebro läns	2,14	2,19	2,15	48,9
19 Västmanlands läns	1,87	2,02	1,89	47,4
20 Kopparbergs läns ^b	2,04	1,93	2,00	46,0
21 Gävleborgs läns	2,14	2,06	2,11	41,9
22 Västernorrlands läns ^c	2,09	1,90	2,02	42,5
23 Jämtlands läns ^c	2,40	2,81	2,53	34,9
24 Västerbottens läns ^c	2,46	2,08	2,33	45,3
25 Norrbottens läns ^c	2,11	2,19	2,15	40,0
34 Malmö	3,63	2,50	3,42	55,0
38 Göteborgs ^b	3,36	2,66	3,25	53,8
Hela riket	2,51	2,20	2,44	48,1

^a Uppgiften är alltför osäker för att anges.

^b 17-åringar omfattas av organiserad barn- och ungdomstandvård och ingår ej här.

^c 17–19-åringar omfattas av organiserad barn- och ungdomstandvård och ingår ej här.

Det bör observeras att antalet tandläkartimmar redovisats på tandläkarens försäkringskassområde medan antalet behandlade patienter förts på patientens kassområde. Besök hos tandläkare utanför det egna kassområdet är inte ovanliga i vissa regioner. Detta torde vara en av förklaringarna till de höga medelbehandlingstider som redovisats för Göteborg och Malmö.

Variationer i medelbehandlingstiden kan bero på att tandhälsotillståndet inte är lika i alla kassområden.

Bland de 13 områden som har den kortaste medelbehandlingstiden återfinns 9 av de 13 områden som har lägsta tandläkartätheten mätt i timmar per försäkrad.

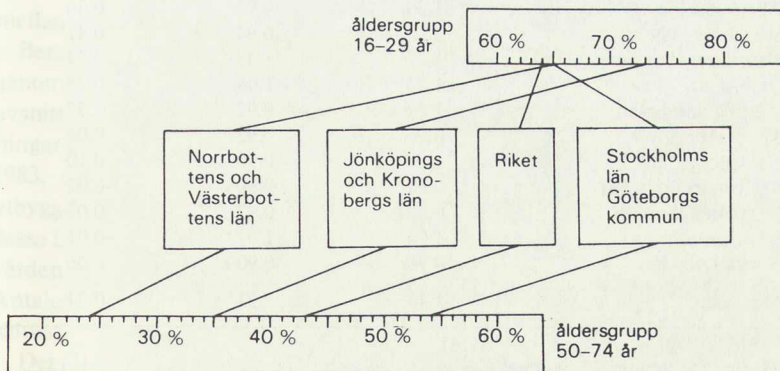
Ur statistiska centralbyråns undersökning om svenska folkets levnadsförhållanden (ULF) har följande uppgifter hämtats beträffande den andel av åldersgrupperna 16–29 år respektive 50–74 år som 1975 sökt tandläkare under året närmast före undersökningen. Resultatet för några olika landsting visas i nedanstående figur 7.

För de yngre är variationerna som synes inte så stora. Det är de däremot för de äldre. Här samvarierar besöksfrekvensen med tandläkartätheten.

Vi har ovan redovisat hur man kan studera tandvårdssituationen för vuxna genom att undersöka behov och efterfrågan (köer) och konsumtion (medelbehandlingstiden och andel behandlade). I detta sammanhang vill vi notera att tandvårdspersonalutredningen f. n. gör en analys av ökningen av den andel av tandläkarnas tid som tas i anspråk för fast protetik som förekommit sedan införandet av tandvårdsförsäkringen.

Av redovisningen framgår att vi saknar tillgång till dokumentation av de vuxnas vårdbehov. De försök som gjorts att mäta efterfrågan tyder på att man med sådana metoder endast kan åstadkomma grova skattningar. Vårdkonsumtionen däremot är genom riksförsäkringsverkets tandvårdsstatistik bättre känd. Sannolikt är dock att sambandet mellan konsumtion och behov/efterfrågan påverkats av tillgången på tandläkare. Det kan t. o. m. vara så att det är tillgången på tandläkare snarare än behov av vård som styr konsumtionen.

Då vi enligt direktiven skall föreslå åtgärder för en bättre regional fördelning av vården för vuxna behöver vi för planering och uppföljning



Figur 7 Andel försäkrade i två olika åldersgrupper som 1975 uppgett sig ha besökt tandläkaren under det senaste året.

tillgång till ett mått som belyser vuxnas behov/efterfrågan. Då sådan f. n. saknas synes det lämpligt att i stället välja mått som beskriver *tillgången* på tandvårdsresurser. Tandläkartätheten mätt som antalet tandläkartimmar inom folktandvård och privattandvård per försäkrad synes vara ett användbart mått. Då vi i fortsättningen utför beräkningar avseende tandvårdssituationen inom de olika landstingen används därför måttet tandläkartäthet definierat på nämnt sätt.

7.3 Beräkningar av hur den regionala fördelningen av tandvårdsresurser för vuxna förändras genom utbyggnaden av folktandvården

I avnittet 7.1 visas att tandläkartätheten uttryckt i tandläkartimmar per försäkrad är ojämnt fördelad i landet. Genomsnittssiffran för riket var 1977 1,21. Den högsta tandläkartätheten var 1,96 och den lägsta 0,85 vid jämförelse

Jämförelse mellan antal tandläkartimmar per försäkrad 1977 och beräknat antal tandläkartimmar per försäkrad 1983. Fördelning efter försäkringskassområde

Kassaområde	Tim/förs. ^a 1983	Tim/förs. 1977	Diff
Stockholms län	1,94	1,54	0,40
Uppsala län	1,16	0,97	0,19
Södermanlands län	1,19	1,01	0,18
Östergötlands län	1,30	1,08	0,22
Jönköpings län	1,30	1,09	0,21
Kronobergs län	1,22	0,99	0,23
Kalmar län	1,06	0,85	0,21
Gotlands kommun	1,19	1,03	0,16
Blekinge län	1,47	1,12	0,35
Kristianstads län	1,43	1,28	0,15
Malmö kommun	2,26	1,96	0,30
Malmöhus län i övr.	1,64	1,42	0,22
Hallands län	1,43	1,25	0,18
Göteborgs kommun	2,09	1,80	0,29
Gbg:s o. Bohus län i övr.	1,25	1,08	0,17
Älvsborgs län	1,35	0,99	0,36
Skaraborgs län	1,35	0,94	0,41
Värmlands län	1,27	1,03	0,24
Örebro län	1,33	1,08	0,25
Västmanlands län	1,29	0,92	0,37
Kopparbergs län	0,96	0,92	0,04
Gävleborgs län	1,00	0,90	0,10
Västernorrlands län	0,88	0,90	-0,02
Jämtlands län	0,95	0,92	0,03
Västerbottens län	1,06	1,07	-0,01
Norrbottens län	0,96	0,90	0,06
Hela riket	1,45	1,21	0,24

^a Enligt SoS regionala prognos.

Jämförelse mellan beräknat antal tandläkartimmar per försäkrad år 1983 med timmar inom folktandvård enligt LKELP-bearbetning (LKELP 78) och enligt socialstyrelsens regionala prognos^a

Kasseområde	Tandläkartimmar/försäkrad		Differens
	Enligt socialstyrelsens regionala prognos	Enligt LKELP-bearbetning	
Stockholms län	1,94	1,80	-0,14
Uppsala län	1,16	1,14	-0,02
Södermanlands län	1,19	1,25	+0,06
Östergötlands län	1,30	1,32	+0,02
Jönköpings län	1,30	1,43	+0,13
Kronobergs län	1,22	1,28	+0,06
Kalmar län	1,06	1,14	+0,08
Gotlands kommun	1,19	1,37	+0,18
Blekinge län	1,47	1,43	-0,04
Kristianstads län	1,43	1,37	-0,06
Malmö kommun	2,26	2,24	-0,02
Malmöhus län i övrigt	1,46	1,61	-0,03
Hallands län	1,43	1,39	-0,04
Göteborgs kommun	2,09	2,13	+0,04
Gbg:s o Bohus län i övrigt	1,25	1,29	+0,04
Älvsborgs län	1,35	1,25	-0,10
Skaraborgs län	1,35	1,23	-0,12
Värmlands län	1,27	1,23	-0,04
Örebro län	1,33	1,44	+0,11
Västmanlands län	1,29	1,29	±0,00
Kopparbergs län	0,96	1,10	+0,14
Gävleborgs län	1,00	1,15	+0,15
Västernorrlands län	0,88	1,00	+0,12
Jämtlands län	0,95	1,13	+0,18
Västerbottens län	1,06	1,23	+0,17
Norrbottens län	0,96	1,10	+0,14
Hela riket	1,45	1,45	±0,00

^a Tandläkartimmar inom privattandvård enligt riks försäkringsverkets statistik (1977 års utfall).

mellan försäkringskassområden.

Beräkningar av vid vilken tidpunkt de enskilda huvudmännen kan ha genomfört utbyggnaden av barn- och ungdomstandvården (redovisade i avsnitt 6.5) innefattar också vuxentandvårdens utveckling. Dessa beräkningar ger ett visst underlag för beräkning av tandläkartätheten för vuxna år 1983, det år då enligt beräkningarna folktandvården skulle kunna vara utbyggd. Sådana beräkningar har utförts och redovisas i tabell sid. 62. Vid dessa beräkningar har antagits att antalet tandläkartimmar inom privattandvården är detsamma som 1977 samt fördelat mellan regionerna som 1977. Antalet tandläkartimmar för vuxna kommer under perioden fram till 1983 sålunda att öka enbart som en följd av folktandvårdens utbyggnad.

Det framgår av tabellen att tandläkartätheten på riksnivå beräknas öka från

1,21 år 1977 till 1,45 år 1983. Högst tandläkartäthet år 1983 kommer Malmö kommun att ha med 2,26 och Västernorrland lägst med 0,88. I kolumn 3 visas skillnaden mellan kolumn 1 och kolumn 2, dvs. hur mycket tandläkartätheten ändras från 1977 till 1983. Det framgår att bl. a. Stockholms län och Malmö kommun enligt beräkningarna växer snabbast vad gäller tillgång till tandläkartimmar för vuxna under perioden.

Denna effekt är en följd av att utbyggnaden av vuxentandvården enligt riksdagsbeslutet förutsätts ske parallellt med utbyggnaden av vården för barn och ungdomar. Denna princip har tillämpats, som tidigare visats, i de utförda prognoserna såväl på riksnivå som på regionalnivå. Man kan alltså notera att om riksdagsbeslutet tillämpades fullt ut av varje landsting skulle det leda till en omfördelning av resurser för vuxna enligt den redovisade tabellen.

Landstingen har emellertid i sin planering tillämpat riksdagsbeslutet något olika. LKELP-planerna ger uttryck för detta. Innebörden av huvudmännens egen planering för utvecklingen av den regionala fördelningen är av stort intresse. I ovanstående tabell redovisas utvecklingen av tandläkartätheten om utbyggnaden av folktandvårdens distriktstandvård följer LKELP 1978. Jämförelse görs med den regionala prognosen och differensen redovisas.

Det framgår av tabellen att en viss omfördelning av tandläkartätheten äger rum under perioden fram till 1983 vid utbyggnad enligt LKELP 78 i förhållande till utbyggnaden enligt den regionala prognosen. Omfördelningen innebär att tandläkartätheten ökar långsammare i områden med hög tandläkartäthet och snabbare i områden i låg tandläkartäthet. Huvudmännens egen planering ger sålunda en bättre regional fördelning av tandvårdsresurser för vuxna än vad en direkt beräkningsteknisk tillämpning av riksdagsbeslutet visar.

7.4 Överväganden

Vi har visat att tandvårdsresurserna är ojämnt fördelade över landet. Antalet tandläkartimmar per försäkrad – den s. k. tandläkartätheten – i storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö var år 1977 betydligt högre än i landet i övrigt. En stor del av de privatpraktiserande tandläkarna är koncentrerade dit. Vi har vidare visat att en fortsatt tillämpning av de nuvarande grunderna för kvotering av tandläkartjänster till folktandvården skulle leda till en ytterligare ökning av tandläkartätheten i dessa storstadsregioner i förhållande till övriga landet. Tillgången på tandläkare skiftar ofta även inom de olika landstingsområdena.

Parallellt med denna utredning arbetar hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU). En utgångspunkt för deras arbete skall enligt direktiven vara att alla som bor i landet skall ha rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor. HSU:s arbete är ännu inte avslutat. Enligt vad vi erfarit avser HSU att avge sitt förslag under första halvåret 1979. Vi skall enligt våra direktiv beakta resultatet av HSU:s arbete. Vi avser därför att återkomma till denna fråga i vårt huvudbetänkande. Till dess räknar vi också med att kunna göra ytterligare analyser av tandvårdssituationen.

I syfte att i möjligaste mån förbättra den regionala fördelningen av

tandvårdsresurserna föreslår vi redan nu vissa ändringar vid tillämpningen av de nuvarande reglerna angående begränsning av etablering av privatpraktiserande tandläkare, och reglerna för kvotering av tandläkare inom folktandvården. Vi återkommer till dessa frågor i följande avsnitt.

8 Begränsning av privatpraktiserande tandläkares etablering

8.1 Begränsningsregeln och dess tillämpning

I samband med beslutet om tandvårdsförsäkringens genomförande lade riksdagen, som nämnts, fast ett utbyggnadsprogram för folktandvården. Det innebar att folktandvården skulle byggas ut så att den vid utgången av 1970-talet svarade för all barn- och ungdomstandvård. Det förutsattes att den vid samma tidpunkt skulle svara för 30–35 % av vuxentandvården. Samtidigt fick folktandvården ett lagfäst vårdansvar för barn- och ungdomstandvården och för specialisttandvården.

För att säkerställa folktandvårdens behov av tandläkare infördes en bestämmelse som innebar att riksförsäkringsverket fick föreskriva att nya tandläkare inte fick föras upp på förteckning hos allmän försäkringskassa. Sådan föreskrift skulle meddelas om verket fann "anledning antaga att folktandvårdens behov av tandläkare skulle bli otillräckligt tillgodosett". Denna s. k. begränsningsregel infördes i punkt 9 övergångsbestämmelserna till lagen (1973:456) om ändring i lagen om allmän försäkring.

I samband med tandvårdsreformens genomförande skedde en övergång av tandläkare från folktandvården till privat tandvård. Den uppkomna situationen diskuterades i riksförsäkringsverkets tandvårdsdelegation, som vid årsskiftet 1973/74 tillsatte en särskild arbetsgrupp – den s. k. obs-gruppen – för att följa tandvårdssituationens utveckling. I obs-gruppen, som fortfarande är verksam, ingår representanter för riksförsäkringsverket, socialstyrelsen, landstingsförbundet och tandläkarförbundet.

Till en början prövades olika utvägar av frivillig natur för att hindra övergången av tandläkare till privat tandvård. Dessa ledde dock inte till avsett resultat, utan riksförsäkringsverket fann det nödvändigt att tillämpa den ovan nämnda begränsningsregeln. På begäran av landstingsförbundet och socialstyrelsen beslöt verket 1974-06-06 att nya tandläkare inte fick föras upp på förteckningarna. Anmälningar från tandläkare som avsåg påbörja verksamhet i enskild tandvård skulle vila. Verket kunde dock medge dispens om särskilda omständigheter undantagsvis förelåg. Detta skulle gälla t. o. m. utgången av 1974.

Även i fortsättningen har riksförsäkringsverket funnit det nödvändigt att tillämpa begränsningsregeln. För år 1975 föreskrev riksförsäkringsverket att tandläkare i princip fick föras upp på förteckning endast om ersättningsetablering förelåg, dvs. om verksamheten avsåg att ersätta tidigare verksamhet i enskild tandvård. Begränsningsregeln gällde ursprungligen till utgången av år

1975. Efter förslag av riksförsäkringsverket – i samförstånd med tandläkarförbundet – förlängdes den att gälla t. o. m. år 1979. Samtidigt uttalades att eventuella föreskrifter om etableringskontroll skulle omprövas årligen. Riksförsäkringsverkets föreskrift om ersättningsetablering har sedermera förlängts vid olika tillfällen. Den gäller nu t. o. m. utgången av år 1979. Från och med den 1 mars 1978 gäller även att tandläkare som avser överta tidigare verksamhet i enskild tandvård får föras upp på förteckning med verkan endast så länge han bedriver verksamheten uteslutande på den ort där den tidigare verksamheten bedrivits, om inte synnerliga skäl föranleder annat. Någon sådan ortsbundenhet gäller dock ej om ersättningsetablering sker i storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö. Härigenom avser man uppnå att tandläkarmottagningar utanför storstadsregionerna blir kvar på de orter där verksamhet i privat tandvård tidigare bedrivits av en annan privatpraktiserande tandläkare.

Enligt riksförsäkringsverkets föreskrifter får tandläkare, som avser att bedriva verksamhet i enskild tandvård vid sidan av heltidstjänstgöring inom folktandvården, föras upp på förteckningen med verkan så länge hans tjänstgöringstid inom folktandvården bibehålls oförändrad. Beslut i sådana ärenden fattas av försäkringskassorna. I övrigt avgör riksförsäkringsverket alla ärenden angående upptagande av tandläkare på förteckning efter utredning av försäkringskassan. Det kan nämnas att försäkringskassan i samtliga fall skall inhämta yttrande från den lokala samrådsgruppen för tandvårdsfrågor inom kasseområdet.

De riktlinjer som riksförsäkringsverket tillämpar i ärenden angående uppförande av tandläkare på förteckning hos allmän försäkringskassa har föreslagits av tandvårdsdelegationens obs-grupp i rapporterna nr 9 (sid. 13–16; se bilaga 13) och nr 10 (sid. 2–4; bilaga 13). Denna arbetsgrupp medverkar även vid handläggningen av dessa ärenden hos verket. I huvudsak tillämpas följande praxis.

För att ersättningsetablering skall anses föreligga bör följande tre förutsättningar vara uppfyllda.

1. Den tidigare verksamhet i enskild tandvård tandläkaren avser överta har bedrivits på heltid (minst 30 tim/vecka) sammanhängande minst ett år. Undantag härifrån kan medges pga särskilda skäl såsom sjukdom eller ålder.
2. Den tandläkare som bedrivit den tidigare verksamheten har avlidit, erhållit ersättningsetablering inom annan tandläkarmottagning eller begärt utträde ur försäkringen pga pensionering, övergång till anställning inom folktandvården etc. Tandläkaren (i förekommande fall dödsboet) måste vara införstådd med att ersättningsetablering sker efter honom i det aktuella fallet.
3. Den tidigare verksamheten bör i regel inte ha upphört för mer än ett år sedan.

Vidare får tandläkare föras upp på förteckning hos en försäkringskassa om de redan tidigare är verksamma som privatpraktiker och uppförda på förteckning hos annan försäkringskassa (flyttning mellan kasseområden). Detta gäller dock inte tandläkare som efter den 1 mars 1978 fått ersättningsetable-

ring efter privatpraktiserande tandläkare som varit verksamma utanför storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö. Som nämnts gäller för dessa tandläkare en regel som innebär att de är uppförda på förteckning med verkan endast så länge de bedriver verksamheten uteslutande på den ort den tidigare verksamheten bedrivits, om inte synnerliga skäl föranleder annat.

Som tidigare nämnts får folktandvårdständer bli uppförda på förteckning med verkan så länge han arbetar åt folktandvården på heltid. Även i vissa andra sammanhang medger riks försäkringsverket att tandläkare får bli uppförd på förteckning under omständigheter som i praktiken innebär en begränsning av tandläkarens verksamhet i privat tandvård. Under vissa förutsättningar får tandläkare också bli uppförd under viss begränsad tid, t. ex. för att vikariera för privatpraktiserande kollega, som är sjuk eller ledig i samband med barns födelse. Tandläkare kan också i andra fall bli uppförd på förteckningen – med eller utan begränsning – på grund av synnerliga skäl.

8.2 Effekterna av etableringsreglerna

Försäkringsutredningen räknade med att antalet privatpraktiserande tandläkare skulle vara oförändrat t. o. m. 1980. I sina prognoser räknade utredningen med 5 162 000 timmar/år¹ inom privattandvården.

Riks försäkringsverkets statistik visar att antalet arbetstimmar i privat tandvård under åren 1974–1977 varit följande.

År	Timmar
1974	6 053 000
1975	6 015 000
1976	6 022 000
1977	6 034 000

Antalet privatpraktiserande tandläkare anslutna till tandvårdsförsäkringen utan begränsning har sedan tandvårdsförsäkringens genomförande utvecklats på följande sätt.

Månad	År	Antal
Oktober	1973 ^a	3 510
Januari	1974	4 027
Juli	1974	4 157
Januari	1975	4 177
Juli	1975	4 192
Januari	1976	4 216
Juli	1976	4 175
Januari	1977	4 153
Juli	1977	4 170
Januari	1978	4 170
Juli	1978	4 170

^a Uppgifterna avser de tandläkare som frivilligt åtagit sig att följa taxans bestämmelser redan fr. o. m. den 1 oktober 1973.

¹ Försäkringsutredningen anger att enligt tandläkarförbundet uppgav många privattandläkare före försäkringen en bristande patienttillgång, och det ansågs därför sannolikt att privattandvården skulle kunna öka sin årliga arbetstid med minst 500 000 tandläkar-timmar.

Hur antalet privatpraktiserande tandläkare anslutna till försäkringen utan begränsning utvecklets per försäkringskasseområde framgår av bilaga 14.

Ytterligare ett antal tandläkare har förts upp på försäkringskassornas förteckningar med olika slag av begränsningar. I juli 1978 var 350 sådana tandläkare uppförda på förteckningarna – övervägande delen med verkan endast så länge de också är verksamma inom folktandvården. Mindre än 50 tandläkare beräknas f. n. vara verksamma i privat tandvård utanför försäkringen.

Den ökning av antalet tandläkare anslutna utan begränsning som skedde fr. o. m. juli 1974 till januari 1976 tillskrivs de regler som gäller vid begäran om utträde ur försäkringen. Dessa medför att en tandläkare kvarstår på förteckningen 6–9 månader efter det att ersättare anslutits. I tandvårdsförsäkringens första skede kan antalet utträden antas ha varit förhållandevis lågt. En ökning av antalet anslutna tandläkare har därför skett till dess balans uppnåtts mellan tandläkare som avförts respektive uppförts på försäkringskassornas förteckningar. För närvarande finns ett antal tandläkare uppförda på förteckningarna fastän de inte på länge varit verksamma i privat tandvård. Enligt vad vi erfarit avser riks-försäkringsverket utfärda närmare anvisningar till försäkringskassorna om avförande av sådana tandläkare från förteckningarna.

Riksförsäkringsverkets ärendestatistik för år 1977 visar att antalet avgjorda ärenden angående uppförande av tandläkare på förteckning fördelar sig på följande sätt:

medgivande utan begränsning	222
medgivande med begränsning	187
avslag	47
	—
Summa	456

Av de 222 fall medgivande lämnades utan begränsning avsåg 44 privatpraktiserande tandläkares flyttning mellan kasseområden.

8.3 Överväganden och förslag

Som framgår av avsnitt 6.8 förutsätter vi att det mål för utbyggnaden av folktandvården som riksdagen beslöt år 1973 skall ligga fast även efter år 1979. De nya planer och prognoser som vi har redovisat pekar på att denna utbyggnad skulle kunna bli klar någon gång under åren 1982–1984. En förutsättning för detta är att privatpraktikerkåren inte ökar utöver nuvarande nivå. Vi har tidigare föreslagit att möjligheterna att använda etableringsbegränsningar av privatpraktiserande tandläkare skall förlängas till utgången av 1982. Vi räknar med att statsmakterna vid denna tidpunkt skall ha hunnit ta ställning till våra förslag i huvudbetänkandet.

I samband med tandvårdsförsäkringens genomförande vid årsskiftet 1973/74 skedde en övergång av tandläkare från folktandvård till privat tandvård. Övergången uppskattades av riks-försäkringsverket till ca 200 tandläkare. Sedan 1974-06-06 har riks-försäkringsverket föreskrivit begränsningar av rätten för tandläkare att få bli uppförda på försäkringskassornas förteckningar

med stöd av begränsningsregeln i punkt 9 övergångsbestämmelserna till lagen (1973:456) om ändring i lagen om allmän försäkring. Fr. o. m. 1975 gäller att tandläkare i princip får föras upp på förteckning endast om ersättningsetablering föreligger.

Begränsningsregeln infördes i syfte att motverka en överströmning av tandläkare från folktandvården till den privata sektorn. Sedan etableringsbegränsningen av privatpraktiserande tandläkare infördes har antalet tandläkare i privat tandvård i stort sett varit oförändrat. Fr. o. m. 1 mars 1978 medverkar etableringsreglerna också till en viss regional utjämning av tandvårdsresurserna för vuxna. Från nämnda tidpunkt gäller i princip att tandläkare som övertar en privatpraktik utanför storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö blir ortsbundna dvs. de får inte flytta verksamheten från orten. Tandläkare som övertar privat verksamhet i storstadsregionerna kan däremot flytta sin verksamhet från dessa områden.

Vi anser att etableringsbegränsningsregler inte kan undvaras i dagens tandvårdssituation. Vi föreslår därför en förlängning t. o. m. år 1982 av den nuvarande begränsningsregeln i punkt 9 övergångsbestämmelserna till lagen (1973:456) om ändring i lagen om allmän försäkring.

Vi vill erinra om att vi i detta delbetänkande valt att redovisa de förslag till åtgärder som erfordras på kort sikt. Under utredningsarbetet har vi även diskuterat tänkbara långsiktiga åtgärder rörande utformningen av reglerna omkring tandvårdsförsäkringen. Vi har emellertid nu avstått från att lägga långsiktiga förslag i dessa frågor.

Vi skall enligt våra direktiv överväga om det behövs en regel som möjliggör begränsningar i anslutningsrätten även i framtiden och hur en eventuell sådan regel skall utformas. Om vi vid denna prövning finner att en etableringsregel även framgent kommer att vara nödvändig, avser vi att överväga om den i fortsättningen liksom f. n. bör vara bunden till individ eller om den kan knytas till t. ex. tandläkarpraktiken.

Vi återkommer till dessa frågor i vårt huvudbetänkande i vilket vi även avser att närmare gå in på hur de offentliga och privata tandvårdsresurserna gemensamt skall kunna utnyttjas för att bättre tillgodose tandvårdsbehovet i de olika delarna av landet.

Enligt gällande bestämmelser ankommer det på riks försäkringsverket att följa utvecklingen av tandläkartillgången inom folktandvården. Om folktandvården inte får tillräckligt med tandläkare får verket, som tidigare nämnts, föreskriva etableringsbegränsning av privatpraktiserande tandläkare. Vi utgår från att verket härvid inte vidtar strängare åtgärder än vad som är nödvändigt för att folktandvårdens utbyggnadsprogram inte skall äventyras.

Vi har tidigare visat att tandvårdsresurserna är mycket ojämnt fördelade över landet. För att i möjligaste mån förbättra den regionala fördelningen anser vi att vissa begränsningar bör företas för att förhindra att fler tandläkare etablerar sig i områden med en relativt sett god tillgång på tandläkare. Dessa begränsningar berör såväl de privatpraktiserande tandläkarna som tandläkarna inom folktandvården. Vi återkommer i det följande till de begränsningar som vi anser kan vidtas på folktandvårdssidan. Beträffande begränsningarna på privatsidan vill vi anföra följande.

Enligt riks försäkringsverkets praxis får verksamma privatpraktiserande tandläkare, som inte är ortsbundna, bli uppförda på förteckning hos annan försäkringskassa, om de så önskar (s. k. flyttning mellan kasseområden). Vi anser att det skulle medverka till en bättre regional fördelning av tandvårdsresurserna om sådan flyttning mellan kasseområden inte medgavs i de fall tandläkare utanför storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö önskar flytta in till dessa områden. För att tandläkaren skall få flytta till storstadsregionerna bör enligt vår mening ersättningsetablering föreligga.

9 Kvotering till folktandvården

9.1 Socialstyrelsens uppdrag

Då folktandvårdslagen infördes 1974 hade huvudmännen kommit olika långt i sin utbyggnad av distriktstandvården. År 1980 skulle alla huvudmän vara klara med utbyggnaden av den organiserade barn- och ungdomstandvården. Denna utbyggnad förutsatte att tillkommande tandläkarresurser fördelades mellan huvudmännen så att de minst utbyggda landstingen under perioden fram till 1980 skulle tillförsäkras huvuddelen av de utökade resurserna. För att åstadkomma detta övervägdes under utarbetandet av reglerna för nuvarande etableringskontroll under hösten 1974 ett kvoteringssystem, varigenom tillkommande tandläkarresurser skulle fördelas mellan huvudmännen så att alla huvudmän kunde vara klara med sin utbyggnad 1980.

Ett kvoteringssystem på folktandvårdssidan skulle tjänstgöra som ett medel att fördela nytillkommande tandläkarresurser på ett sådant sätt *att* uppbyggnadsgraden i de olika landstingen styrs mot en större likformighet landstingen emellan samt *att* huvudmännen tillsammans inte inrättar fler tjänster per år än vad nettotillskottet av tandläkare medger.

Sådana överväganden ledde fram till att socialstyrelsen och riksförsäkringsverket – efter samråd med landstingsförbundet – i en gemensam skrivelse 1974-12-05 till socialdepartementet hemställde att sådana bestämmelser utfärdades att inrättandet av tjänst för tandläkare i folktandvården skedde efter socialstyrelsens medgivande och i enlighet med ett av styrelsen upprättat fördelningsprogram. Kungl. Maj:t uppdrog därefter åt socialstyrelsen att för åren 1975 och 1976 meddela föreskrifter beträffande ianspråktagande av tjänst för tandläkare i tandvårdande verksamhet hos landstingskommun eller kommun. Uppdraget att fördela tandläkarresurser inom folktandvården har senare av regeringen förlängts att omfatta också åren 1977, 1978 och 1979.

9.2 Kvoteringssystemet

9.2.1 Utgångspunkter

I anslutning till att socialstyrelsen första gången erhöll regeringens uppdrag att fördela tandläkarresurser ägde överläggningar rum mellan socialstyrelsen och landstingsförbundet. Övergripande diskussioner om avsikter och

metoder fördes liksom en mera i detalj gående penetrering av metodproblemen. Vid överläggningarna kunde vissa gemensamma utgångspunkter för kvoteringen fastläggas. Dessa redovisas nedan.

1. Kvoteringen skall reglera *tillväxten* för respektive huvudman. Uppnådd volym av besatta tandläkartjänster inom ett landsting får ej reduceras.
2. Tillväxten regleras genom att socialstyrelsen anger hur många nya tandläkare huvudmännen får anställa under en kvoteringsperiod. Kvoteringen ger sålunda huvudmännen rätt att anställa ett visst antal nya tandläkare.
3. Landstingen behandlas som enheter, dvs. det är landstinget som skall tilldelas kvot, ej enskilda kliniker. Landstinget bestämmer sålunda självt *var* nya tandläkare skall anställas. Kvoteringen avser ej tjänster utan möjligheter att anställa nya tandläkare, "anställningsmöjligheter".
4. I samråd med landstingsförbundet fastställdes att vid kvotering fler "anställningsmöjligheter" skulle fördelas än vad nettotillskottet av tandläkare till folktandvården vid fördelningstillfället uppgick till. Vid varje kvoteringsstillfälle behövs sålunda en värdering av förväntat nettotillskott under kvoteringsperioden som underlag för fastställande av den totala kvotens storlek.
5. Kvoten skall fördelas till huvudmännen i förhållande till deras utbyggnadsgrad, varvid främst hänsyn tas till utbyggnadsgraden av den organiserade barn- och ungdomstandvården. Kriterier som beskriver utbyggnadsgraden tillämpas vid fördelningen av kvoten huvudmännen emellan.

Till skillnad från läkarfördelningsprogrammen anger socialstyrelsen vid fördelning av medgivanden att ianspråktaga tjänster för tandläkare – som påpekats – endast hur *många* tandläkare landstinget under kvoteringsperioden får anställa men *ej vilka tjänster som får besättas*. Landstinget bestämmer sålunda självt på vilka tjänster det vill placera den tilldelade kvoten av tandläkare.

9.2.2 Hur tillväxten reglerats

Inom varje landsting finns dels distriktstandvård, (allmäntandvård), dels specialiststandvård samt några rent administrativa tjänster. Barn- och ungdomstandvården utförs nära nog helt inom distriktstandvården. Då kvoteringssystemet avsågs påverka främst utbyggnaden av barn- och ungdomstandvården kunde regleringen av tillväxten begränsas till distriktstandvårdssektorn. Eftersom endast tillväxten skulle regleras fick huvudmännen fritt disponera tjänster inom ramen för uppnådd omfattning av distriktstandvård. Omfattningen då systemet infördes hos resp. huvudman fastställdes genom en enkät till huvudmännen. Vidare fick huvudmännen i princip fritt disponera specialisttjänster samt rent administrativa tjänster.

Uppnått antal besatta tjänster kan ej reduceras av socialstyrelsen. Inom ramen för uppnått antal tjänster äger huvudmannen sålunda återbesätta tjänst. Därmed avses tjänst som blir till ansökan ledig p. g. a. tjänsteinnehavarens

- a) dödsfall
- b) pensionering
- c) avflyttning till annat huvudmannaområde
- d) avflyttning till utlandet
- e) övergång till privattandvård
- f) fakultetstjänstgöring.

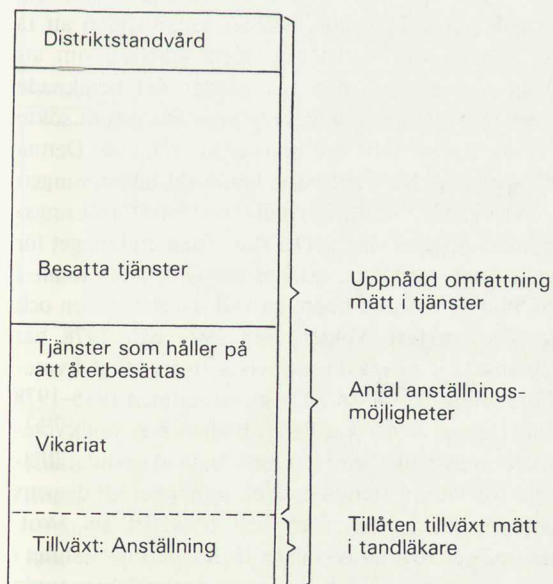
Ej uppehållna tjänster på grund av tjänstledigheter förorsakade av sjukdom, graviditet, militärtjänst eller av annan orsak som överstiger 1 månad och omfattar minst 50 % av tjänstgöringstiden får besättas med vikarierande tandläkare till motsvarande antal tandläkare som erhållit tjänstledighet. Ej uppehållna tjänster på grund av tjänstledigheter av mindre omfattning får inte besättas med vikarierande tandläkare. Ovan redovisade regler kan belysas med figur 8.

Genom ovanstående beskrivning har redovisats på vilket sätt huvudmannen givits möjligheter att upprätthålla uppnådd volym av distriktstandvård. *Tillväxten* av distriktstandvården styrs, som nämnts, genom socialstyrelsens kvotering av *antal tjänster som får tas i anspråk*, "anställningsmöjligheter", under en kvoteringsperiod.

9.2.3 Fastställandet av totalkvot samt kvotens fördelning

Fördelningen av nytillkommande tandläkarresurser på ett sådant sätt att utbyggnadsgraden i de olika landstingen styrs mot en större likformighet landstingen emellan förutsätter beslut i två olika delar.

1. Beslut avseende kvotens storlek.
2. Beslut avseende fördelningen av fastställd kvot.



Figur 8.

Beslut avseende kvotens storlek

Distriktstandvårdens tillväxt regleras genom fastställande av kvotens storlek. För de enskilda huvudmännen bestäms tillväxten genom fördelning av den fastställda kvoten. Som nämnts var landstingsförbundet och socialstyrelsen överens om att fördela fler anställningsmöjligheter än vad nettotillskottet av tandläkare fordrade. Avsikten härmed synes ha varit att skapa en viss valfrihet för nylegitimerade tandläkare vad gäller tillgång på tjänster. Från huvudmännens sida synes man ha velat undvika ett kvoteringssystem som av nylegitimerade tandläkare upplevs som alltför starkt dirigerande. Erfarenheter från 1940-talet av obligatorisk tjänstgöring för tandläkare visar att folktandvården därigenom kan få dåligt rykte. Ytterligare skäl för ett visst "spelrum" i systemet är att medge huvudmännen ett utrymme för den fortsatta utbyggnaden av distriktstandvården.

Eftersom kvotens storlek sålunda ansetts behöva vara större än nettotillskottet av tandläkare föreligger behov av att kunna ange nettotillskottets storlek vid varje kvoteringstillfälle. Det har visat sig vara utomordentligt svårt att beräkna nettotillskottet för närmast framförliggande 6-månadersperiod, den tidperiod kvoteringarna som regel avser. Skälen härtill är flera:

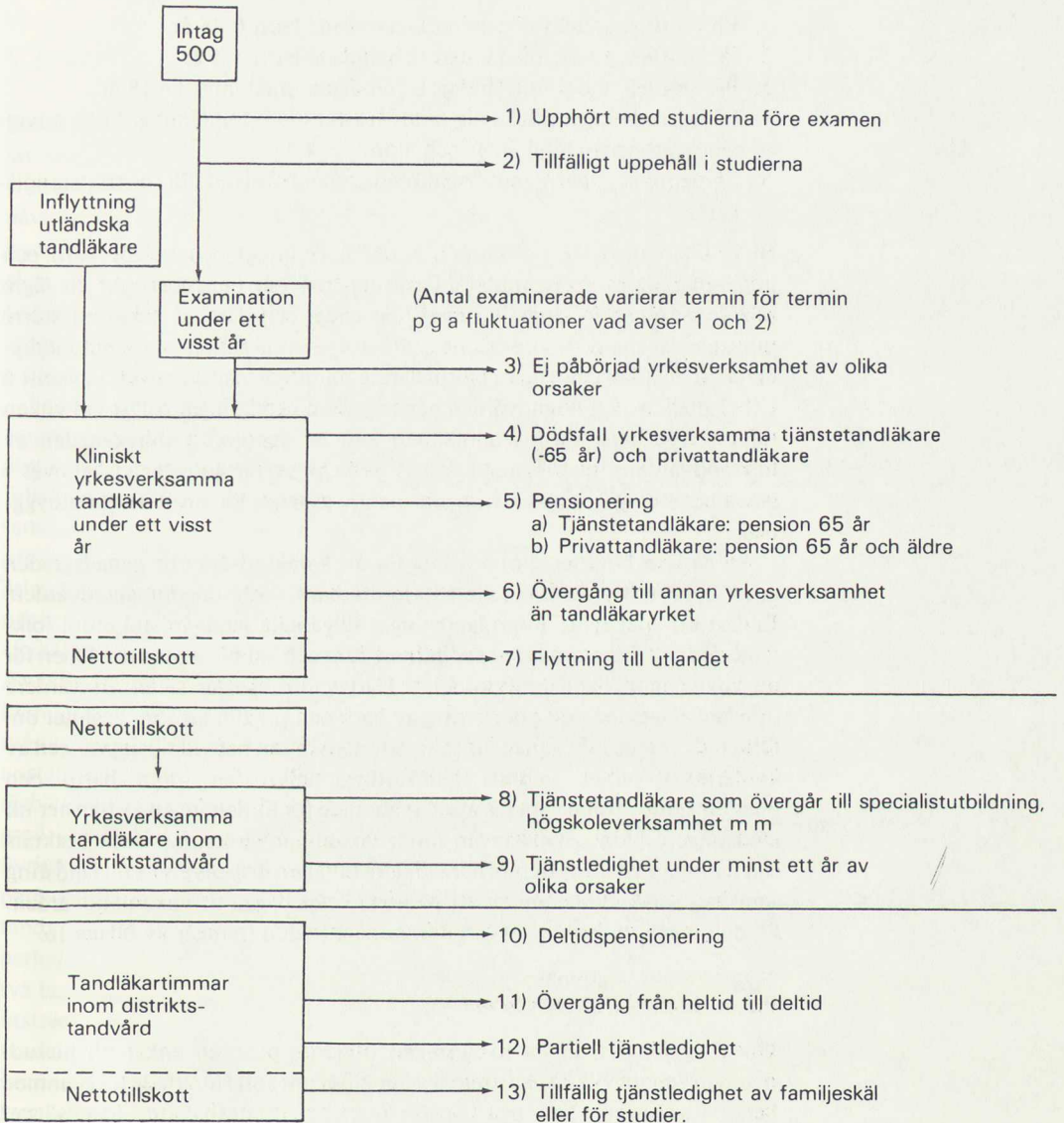
- Nettotillskottet är resultat av en hel serie förändringar (se figur 9).
- Statistik avseende dessa förändringar är dels ej fullständig, dels delvis osäker.
- Beräkning av nettotillskottet för närmaste 6-månadersperiod är prognoser där variationerna under så kort period som 6 månader kan avvika väsentligt från värden från tidigare perioder. Alla sådana beräkningar måste sålunda bli mycket osäkra.

Under den tid kvoteringssystemet varit i kraft har tillväxten av distriktstandvården reglerats genom fastställande av kvotens storlek för kvoteringsperioden varvid bl. a. skattad storlek av nettotillskottet varit vägledande. Då socialstyrelsen för första halvåret 1975 skulle fördela medgivanden att ta tjänst i anspråk enades landstingsförbundet och socialstyrelsen om att kvotera anställningsmöjligheter motsvarande två gånger det beräknade nettotillskottet. Detta innebär att de nyexaminerade tandläkare som sökte tjänst i folktandvården skulle i princip ha två tjänster att välja på. Denna uppfattning om lämpligt "spelrum" har varit vägledande vid tillämpningen av systemet. Då kvoten i oktober 1975 skulle fastställas hade riks försäkringsverkets tandläkarregister ännu ej tagits i bruk. Det statistiska underlaget för beslutet var därför mindre gott. Antalet anställningsmöjligheter totalt i folktandvården blev som följd av beslutet högre än vad socialstyrelsen och landstingsförbundet egentligen avsett. Under åren 1977 och 1978 har spelrummet avsevärt begränsats. I bilaga 15 redovisas översiktligt kvoteringsbeslut 1975-1978. Fördelningen av kvot till resp. huvudman 1975-1978 framgår av bilaga 16. Under dessa år har vid flera tillfällen s. k. nollkvoteringar skett, dvs. inga anställningsmöjligheter har fördelats vid beslutstillfället. Sådana nollkvoteringar har kompletterats med en möjlighet till dispens under kvoteringsperioden för huvudmän som helt utnyttjat sin kvot. Dispenser medgivna efter ansökan redovisas i bilaga 16. Kvoteringsbeslutet i september 1978 innebär att i december 1978 nylegitimerade tandläkare torde ha endast i stort sett en tjänst per tandläkare att välja på.

Figur 9. Faktorer som påverkar nettotillskottet av tandläkare.

Tillskott:

Avtappning:



Fördelningen av fastställd kvot

Huvudavsikten med kvoteringssystemet är som nämnts att påverka landstingens utbyggnad av folktandvården så att de som har lägre utbyggnadsgrad – främst inom barn- och ungdomstandvården – bygger ut snabbare och de som har den högsta utbyggnadsgraden bygger ut långsammare. Denna påverkan avses ske genom tilldelningen av tandläkarresurser. Kvoteringen

av anställningsmöjligheter till huvudmännen sker därför i relation till utbyggnadsgraden för respektive landsting. Därvid har utbyggnadsgraden värderats med hjälp av följande kriterier.

1. Procentuell andel fullständigt behandlade barn 6–16 år.
2. Procentuell andel fullständigt behandlade barn 3–5 år.
3. Procentuell andel fullständigt behandlade ungdomar 17–19 år.
4. Inom landstinget tillgänglig tandvårdstid inom folktandvård och privat-tandvård per individ 20 år och äldre.
5. Fördelningen barntandvårdstid/vuxentandvårdstid för distriktstandläkare.

Huvudmän med låg procentuell andel fullständigt behandlade barn och ungdomar inom de nämnda åldersgrupperna har uppenbarligen en lägre utbyggnadsgrad än landsting med hög andel och därmed också ett större utbyggnadsbehov. Huvudmännen tilldelas sålunda genom systemet möjligheter att anställa tandläkare i förhållande till utbyggnadsbehovet. I avsnitt 6 Utbyggnaden av folktandvården har vi genom beräkningar belyst vid vilken tidpunkt de enskilda huvudmännen kan ha genomfört utbyggnaden av folktandvårdens distriktstandvård. I princip svarar utbyggnadsbehovet i dessa beräkningar mot landstingens behov av kvot för sin fortsatta utbyggnad.

Av de fem kriterier som använts för att karakterisera utbyggnadsgraden avser fyra utbyggnadssituationen inom barn- och ungdomstandvården. Endast kriteriet fyra "Inom landstinget tillgänglig tandvårdstid inom folktandvård och privattandvård per individ 20 år och äldre" avser situationen för de vuxna inom landstingsområdet. Härigenom speglar sättet att värdera utbyggnadsgraden den prioritering av barn och ungdomar som beslutet om folktandvårdens utbyggnad innebar. Socialstyrelsen har vid tillämpningen av kvoteringssystemet sålunda låtit utbyggnadsgraden inom barn- och ungdomstandvården vara närmast avgörande för fördelningen av tjänster till landstingen. Utbyggnadsgraden inom vuxentandvården har dock beaktats och inom ramen för systemet har vid flera tillfällen dispens givits till landsting som haft särskilda behov av att på vissa orter bygga ut vuxentandvården. Fördelningen av kvot efter huvudmannaområden framgår av bilaga 16.

9.2.4 Administrativt system

Underlag för den första kvoteringen utgjorde bl. a. en enkät till huvudmännen genom vilken registrerades uppgifter om antal inrättade tjänster med befattningshavare. Samtliga tjänster utan befattningshavare "frystes" per 1975-01-15. Det bestämdes därefter hur många tjänster varje huvudman fick ta i anspråk fram till 1975-08-31.

Under perioden 1975-02-07–1975-08-31 följdes huvudmännens ianspråktagande av tjänster av socialstyrelsen genom skyldighet för huvudmännen att anmäla varje utannonsering av tjänst till socialstyrelsen.

I oktober 1975 infördes ett nytt administrativt system för uppföljning av huvudmännens utnyttjande av tilldelad kvot. Uppgifter om tandläkarsituationen erhålls genom månadsvis rapportering av entlediganden och anställningar, tjänstledigheter och vikariat. Dessa uppgifter är personbundna genom

redovisning på personnummer. Härigenom erhålles kontinuerligt besked om hur många av medgivna anställningsmöjligheter landstingen kunnat utnyttja.

9.3 Värdering av kvoteringsystemet

Socialstyrelsen har i skrivelser till regeringen 1976 och 1978 redovisat försök att statistiskt utvärdera effekten av kvoteringsförfarandet. Då den först studerade tidsperioden 1975 till 1976 är kort och ett stort antal faktorer påverkar landstingens utbyggnadstakt kunde några säkra slutsatser om kvoterings påverkan inte dras. Enligt vad socialstyrelsen uppgett i skrivelsen till regeringen 1976 kan kvoteringen dock ha påverkat landstingens utbyggnad av folktandvården så att de som vid kvoterings införande hade den högsta utbyggnadsgraden har byggt ut något långsammare och de som hade en lägre utbyggnadsgrad byggt ut snabbare.

I den promemoria som bifogats socialstyrelsens skrivelse 1978 till regeringen belyses utvecklingen för de olika huvudmännen. Delar därav återfinnes i bilagorna 17–19. I bilaga 17 redovisas den procentuella andelen fullständigt behandlade 3–19-åringar under år 1976 samt förändring av antal tandläkartimmar 1976/77. Huvudmännen har rangordnats med avseende på utbyggnadsgrad mätt som procentuell andel fullständigt behandlade 3–19-åringar. Det framgår av bilagan att av de fem landstingen med lägst utbyggnadsgrad har tre kunnat öka antalet tandläkartimmar med mer än 10 000 timmar. Utöver dessa tre har endast två landsting nått så stor ökning. Av bilaga 16 framgår att bl. a. dessa tre landsting erhållit störst tilldelning av kvot under perioden oktober 1975 till oktober 1978. Av bilaga 18 framgår hur många nya tandläkare som huvudmännen under samma period kunnat anställa. Också i detta avseende har de lägst utbyggda landstingen kunnat förbättra sin situation. Fyra av de fem landsting som har lägst utbyggnadsgrad har kunnat öka antalet anställda tandläkare under perioden mer än övriga landsting. Av bilaga 19 framgår översiktligt hur huvudmännen under perioden 1974 till 1977 förbättrat sina prestationer inom barn- och ungdomstandvården. Samtliga huvudmän utom en har kunnat göra det under perioden. År 1974 hade sex landsting en utbyggnadsgrad under 60 %. Endast två landsting har år 1977 en så låg utbyggnadsgrad. – Det kan således i viss utsträckning visas att huvudmän som haft lägre utbyggnadsgrad erhållit flest tandläkare och tandläkartimmar. Effekterna härav på produktionsresultaten inom distriktstandvården är emellertid oenhetliga. Det kan konstateras att kvoteringen avser fördelning av tandläkarresurser medan vårdresultaten inom distriktstandvården även påverkas av en rad andra faktorer.

Genom kvoteringsystemet medverkar socialstyrelsen till en viss regional omfördelning av resurser för utbyggnaden av folktandvården. Resurserna har främst avsett utbyggnaden av barn- och ungdomstandvården men i samband härmed har genom att tjänstetandläkarna som regel arbetar både inom barntandvård och vuxentandvård en viss förstärkning av vuxentandvården ägt rum. Någon från vuxentandvårdens behov utgående omfördelning av tandvårdsresurserna kan dock knappast sägas ha kommit till stånd.

9.4 Vikariattjänstgöringens omfattning

9.4.1 Nuvarande regler

Som redovisats under avsnitt 9.2.2 får tjänster som ej är uppehållna på grund av tjänstledighet förorsakad av sjukdom, graviditet, militärtjänst besättas med vikarierande tandläkare. Även vid tjänstledighet av annan orsak som överstiger en månad och omfattar minst 50 % av tjänstgöringstiden får vikarie anställas. Denna regel har lett till att många tandläkare stannat på fakultetsorterna för att där tjänstgöra som vikarier inom folktandvården i stället för att söka anställning på annan ort.

9.4.2 Socialstyrelsens undersökning

Socialstyrelsen har genomfört en undersökning av nylegitimerade tandläkares vikariatsförhållanden m. m. inom folktandvårdens distriktstandvård. Underlaget för denna undersökning har utgjorts av dels huvudmännens fortlöpande rapportering av tandläkare som anställts, entledigats, erhållit vikariat etc, dels uppgifter om nylegitimerade tandläkare. Studien avser tandläkare med svensk odontologisk examen som legitimerats under tiden december 1975 t. o. m. april 1977 (3 legitimationsomgångar).

Antal tandläkare som börjat i distriktstandvården

Under perioden 1975-12-1977-04 legitimerades 419 tandläkare med svensk examen. Tandläkarnas fördelning efter fakultetsort framgår av nedanstående tabell.

Av de 419 nylegitimerade tandläkarna hade t. o. m. december 1977 207 (49,4 %) börjat i distriktstandvården som anställda och 119 (28,4 %) börjat som vikarier, dvs. sammanlagt började 77,8 % av de nylegitimerade tandläkarna. Av samtliga nylegitimerade tandläkare som började i distriktstandvården utgjorde de som började som vikarier 36,5 %.

Av följande tabell framgår antal och procentuell andel av de nylegitimerade tandläkarna från resp. fakultetsort som börjat i distriktstandvården.

Fakultet	Antal nyleg. tandl.	Antal som börjat i distrdv.	% av nyleg.	Antal som börjat som vikarier	% av nyleg.
Stockholm	100	53	53,0	26	26,0
Göteborg	136	113	83,1	41	30,1
Malmö	117	102	87,2	44	37,6
Umeå	66	58	87,9	8	12,1
Hela riket	419	326	77,8	119	28,4

Anmärkningsvärt är att endast 53 % av stockholmsfakultetens tandläkare börjat i distriktstandvården jämfört med riksgenomsnittet på ca 78 % samt att ca 38 % av de nylegitimerade tandläkarna från malmöfakulteten började som vikarier medan endast ca 12 % av tandläkarna från umeåfakulteten gjorde detta.

Inom "fakultetslandstingen" var förhållandena följande beträffande de tandläkare som börjat som vikarier:

- av de 26 som börjat i Stockholms län kom 22 från stockholmsfakulteten
- av de 29 som börjat i Malmöhus län i övrigt och de 7 som börjat i Malmö kommun kom samtliga från malmöfakulteten
- av de 26 som börjat i Göteborgs kommun kom samtliga från göteborgsfakulteten
- av de 7 som börjat i Göteborgs- och Bohus län i övrigt kom 5 från göteborgsfakulteten
- av de 9 tandläkare som börjat i Västerbottens län kom 6 från umeåfakulteten.

Första vikariatets längd

Av de 119 tandläkare som börjat som vikarier t. o. m. dec. 1977 har 106 avslutat sitt första vikariat under perioden fram till 1978-03-31.

Medelvärde för de 106 avslutade vikariaten var 7,4 månader. Medelvärde för de 13 oavslutade vikariaten var t. o. m. mars 1978 14,0 månader.

Av följande tabell framgår vikariatens längd etc. för de tre legitimationsomgångarna.

Tidsperiod	Antal tandläkare som börjat som vikarier	Därav antal avslutade vikariat	Medellängd på avslutade vikariat (mån)
75-12-76-04	37	35	8,7
76-05-76-11	45	43	7,1
76-12-77-04	37	28	6,1
Hela perioden	119	106	7,4

Över medelvärdet för avslutade vikariats längd i hela riket (7,4 mån) ligger t. ex. Göteborgs kommun (11,2 mån), Göteborgs och Bohus län i övr. (9,3 mån) och Västerbottens län (11,0 mån).

Förhållanden efter avslutat vikariat

De 106 tandläkare som avslutat sitt första vikariat fördelar sig på följande förhållanden närmast efter avslutat första vikariat.

Anställdes i samma landsting	35
Erhöll vikariat i samma landsting	9
Anställdes i annat landsting	13
Erhöll vikariat i annat landsting	11
Ej erhållit nytt vikariat eller anställning (t. o. m. 1978-04)	40
Summa	106

Av de 40 tandläkare som efter avslutat första vikariat ej fortsatt inom distriktstandvården kom 15 från Stockholms län, 7 från Malmöhus län i övrigt och 8 från Göteborgs kommun.

Sammanfattningsvis kan sålunda noteras att av de nylegitimerade tandläkare som började i distriktstandvården var det 37 % som började som vikarier. Genomsnittligt stannade de 7,4 månader på vikariatet. Av de 68 som efter avslutat första vikariat fortsatte i distriktstandvården var det 24 som flyttade till annat landsting.

9.4.3 *Antalet vikarierande tandläkare*

Utredningen har genom en enkät till huvudmännen införskaffat uppgifter om antalet vikariatsförordnanden i de olika landstingen per den 1 april, 1 augusti och 1 november 1978. En sammanställning av denna enkät visar att det totalt i riket fanns 148 vikariatsförordnade tandläkare den 1 april 1978. Den 1 augusti 1978 var antalet 176 och den 1 november 1978 var antalet 185.

Vidare framgår av enkäten att antalet vikarierande tandläkare var störst inom Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Göteborgs kommun och Göteborgs och Bohus läns landsting, Malmö kommun och Malmöhus läns landsting samt Västerbottens läns landsting. Dessa landsting hade också den högsta andelen vikariatsförordnade tandläkare i förhållande till antalet uppehållna tjänster inom respektive landsting.

I bilaga 20 redovisas antal tandläkare med vikariatsförordnande den 1 april, 1 augusti och 1 november 1978 inom distriktstandvård i procent av antal uppehållna tjänster 1978-04-01 enligt socialstyrelsens statistik. Det framgår av bilagan att i nämnda landsting antal tandläkare med vikariatsförordnande den 1 november 1978 i procent av antal uppehållna tjänster 1978-04-01 varierar mellan ca 8 och 16 procent.

9.5 Överväganden och förslag

Kvoteringen av tandläkare till folktandvården har enligt socialstyrelsens skrivelser till regeringen 1976 och 1978 medverkat till en något jämnare fördelning av tandvårdsresurserna mellan landstingen. Under avsnittet 9.3 redovisad statistik avseende perioden 1975-1978 talar också för att en sådan utveckling kan ses som resultat av kvoteringssystemet. Vi anser oss därför kunna utgå från att kvoteringssystemet har avsedd verkan och då skillnaden i utbyggnadsgrad de olika huvudmännen emellan alltjämt är betydande synes sålunda grunden för kvoteringen kvarstå. Enligt vår mening är det från dessa utgångspunkter lämpligt att behålla kvoteringssystemet åtminstone till dess en väsentlig utjämning av skillnaden i utbyggnadsgrad landstingen emellan kunnat uppnås.

Vi föreslår att den principiella uppbyggnaden av nuvarande kvoterings-system bibehålles. Avsikten skall också i fortsättningen vara att enbart reglera tillväxten för de olika huvudmännen och därvid ta hänsyn till hela folktandvården. Vi utgår från att socialstyrelsen därvid vid fastställandet av det totala antalet anställningsmöjligheter, som vid varje beslutstillfälle skall fördelas mellan huvudmännen, begränsar fördelningen så att avsedda styreffekter lättare kan uppnås. Några förslag avsedda att verka i denna riktning har vi under utredningsarbetet övervägt. De tas upp i det följande. I vårt huvudbe-

tänkande avser vi närmare gå in på hur de offentliga och privata tandvårdsresurserna gemensamt skall kunna utnyttjas för att tillgodose tandvårdsbehovet i de olika delarna av landet. I syfte att påbörja omfördelningen av tandläkarresurser föreslår vi att möjligheterna till arbete i folktandvården skall begränsas inom de tandläkartätaste områdena i landet. Förslagen avseende etableringsbegränsande åtgärder innebär att även på privattandläkarsidan får tandläkarna vidkännas vissa begränsningar.

Vad gäller fördelningen av resurser för barn- och ungdomstandvården synes enligt utredningens beräkningar behov av fortsatt kvotering föreligga fram till och med år 1982. Enligt vår mening är det lämpligt att socialstyrelsen får fortsatt uppdrag att fördela anställningsmöjligheter mellan huvudmännen för folktandvården till utgången av år 1982. Vi räknar vid denna tidpunkt med att statsmakterna skall ha hunnit ta ställning till våra förslag i huvudbetänkandet.

Enligt våra direktiv skall vi föreslå åtgärder för en jämnare fördelning av tandvårdsresurserna inom landet också för den vuxna befolkningen. Kvoteringssystemet synes därvid även kunna vara ett medel för omfördelning av tandvårdsresurser för vuxna. Detta skulle innebära att kvoteringssystemet utnyttjas dels för en snabbare utjämning av tandvårdsresurserna för den prioriterade utbyggnaden av barn- och ungdomstandvården, dels för en något förbättrad fördelning av tandvårdsresurser för vuxna.

Socialstyrelsen har vid tillämpningen av kvoteringssystemet låtit utbyggnadsgraden inom barn- och ungdomstandvården vara närmast avgörande för fördelningen av tjänster till landstingen. Utbyggnadsgraden inom vuxentandvården har dock beaktats och inom ramen för systemet har vid flera tillfällen dispens givits till landsting som haft särskilda behov av att på vissa orter bygga ut vuxentandvården. Socialstyrelsen bör allteftersom utbyggnaden av barn- och ungdomstandvården fortskrider i högre grad än hittills kunna beakta behovet av en jämnare fördelning av tandvårdsresurser för vuxna.

Genom att metod skapats för regionala prognoser finns förutsättningar att ange behovet av ytterligare tandläkare inom de enskilda landstingen för att nå fram till en enligt riksdagsbeslutet fullt utbyggd folktandvård. Eftersom kvoteringen avser att fördela tandläkarresurser i relation till de enskilda landstingens utbyggnadsbehov kan detta mätt i behov av ytterligare tandläkare övervägas som ett kriterium vid fördelningen av tandläkarresurser huvudmännen emellan. Därvid bör dock konsekvenserna av nuvarande principiella grunder för utbyggnaden av folktandvården beaktas. Dessa har vi demonstrerat i avsnittet 7.3, där vi visat att de huvudmannaområden som har störst tandläkartäthet för vuxna får en snabbare tillväxt av tandläkartätheten än andra områden om utbyggnaden sker enligt de regionala prognoserna. Emellertid framgår av redovisningen av LKELP-planerna att huvudmän i områden med den största tandläkartätheten för vuxna inte bygger ut folktandvården på det sätt som de teoretiska beräkningarna utgår från. Vi förutsätter därför att socialstyrelsen vid fördelning av anställningsmöjligheter inte medger huvudmän med den största tandläkartätheten för vuxna en större tilldelning än vad som är nödvändigt för att dessa huvudmän skall kunna omhänderta barn och ungdomar enligt i folktandvårdslagen fastställt vårdansvar. En sådan begränsad utbyggnad inom dessa områden innebär att

en något bättre regional fördelning av vårdresurser för vuxna uppkommer under perioden fram till 1982. I detta sammanhang vill vi påminna om möjligheten att genom vårdavtal med privatpraktiserande tandläkare klara av en del av omhändertagandet av barn och ungdomar.

Reglerna för anställande av vikarierande tandläkare inom distriktstandvården har varit föremål för granskning inom vår utredning. Socialstyrelsens undersökning och vår enkät till huvudmännen visar att vikariaten främst är orienterade till fakultetsorterna. Enligt vår bedömning bör det vara möjligt att avsevärt begränsa antalet vikariat inom folktandvården och då främst inom fakultetslandstingen. En lämplig avvägning synes vara att andelen vikariat inte utgör mer än ca 5 % av antalet uppehållna tjänster inom ett landsting. En begränsning av vikariaten främst inom nämnda områden skulle innebära att en något bättre regional fördelning av tandvårdsresurserna uppkom. En förutsättning härför är att omfattningen av vikariat på den privata sektorn inte tillåts öka.

10 Ersättning till folktandvårdens huvudmän

10.1 Bakgrund

Enligt våra direktiv skall vi som ett led i översynen av tandvårdsförsäkringens ersättningssystem pröva hur de särskilda bestämmelserna i tandvårdstaxans §§ 16–19 om ersättning till folktandvårdens huvudmän fallit ut.

Utgångspunkten vid utformningen av detta ersättningssystem var att huvudmännens nettokostnader för folktandvården inte skulle stiga till följd av den i samband med reformen planerade utbyggnaden. Med det ersättningssystem som infördes ville man stimulera huvudmännen till en snabb utbyggnad av barn- och ungdomstandvården. I prop. 1973:45 anförde dåvarande socialministern att ersättningsreglerna bör gälla under hela den utbyggnadsperiod som utredningen redovisat; alltså till slutet av 1970-talet.

Utredningen om tandvårdsförsäkringen beräknade nettokostnaderna för folktandvården 1971 till 330 miljoner kronor. För att säkerställa att flertalet landsting med högre kostnadsnivå än den genomsnittliga skulle få kostnads-täckning nedräknades detta belopp till 290 miljoner kronor. Landstingens samlade nettokostnader för folktandvården efter försäkringens införande skulle således vid oförändrat penningvärde ej överstiga detta belopp.

Vid införandet av försäkringen behandlades inom folktandvården/skoltandvården i genomsnitt omkring 70 % av barnen i åldern 6–16 år. Försäkringsutredningens förslag var därför att huvudmännen även i fortsättningen själva skulle svara för kostnaden för vård av denna omfattning. Detta blev även statsmakternas beslut. Kostnaden för därutöver behandlade barn och ungdomar skulle täckas av försäkringen.

Ersättningsreglerna, som i princip varit oförändrade sedan försäkringens införande återfinns i tandvårdstaxans §§ 16–19.

10.2 Ersättning för vuxentandvård (§§ 16–17)

Folktandvårdens vuxentandvård ersätts efter samma regler som gäller för privattandvården. Vissa skillnader finns dock. Folktandvården har för att få tillämpa förenklade redovisningsrutiner frivilligt avstått från att använda de två högre latitudarvodena som finns i tandvårdstaxan. En annan skillnad är att folktandvården har möjlighet att reducera patientavgiften utan att

försäkringsersättningen påverkas. Ytterligare en skillnad är att folktandvården inte får tillämpa specialisttaxan.

Från summan av försäkringsersättningen för vuxentandvård avräknades från början ett karensbelopp för varje vuxen försäkrad (20 år och äldre) bosatt inom huvudmannområdet. Karensbeloppet avvecklades successivt och upphörde i och med 1978 års utgång. Karensbeloppet infördes för att huvudmännen inte skulle överkompenseras de första åren.

10.3 Ersättning för barn- och ungdomstandvård (§ 18)

Ersättningen för barn- och ungdomstandvården utgår med ett fast belopp för fullständigt behandlat barn i åldrarna 3–5 år och ett annat fast belopp för barn och ungdom i åldrarna 6–19 år. Ersättningsbeloppen fastställs för ett år i taget med hänsyn till den genomsnittliga timkostnaden för barn- och ungdomstandvård i riket och den likaledes beräknade genomsnittstiden för fullständig behandling.

Från denna ersättning avräknas ett belopp för varje barn 6–16 år som är bosatt inom huvudmannområdet. Detta belopp är ca 70 % av ersättningsbeloppet för 6–16-åringar och motsvarar de kostnader som huvudmännen hade för barntandvården/skoltandvården före försäkringens införande.

Samma belopp som för 6–16-åringar utgår för varje fullständigt behandlad 17–19-åring, under förutsättning att samtliga inom huvudmannområdet bosatta ungdomar födda samma år erbjuds fullständig, avgiftsfri vård. För den vård som 17–19-åringar erhåller inom ramen för försäkringen får tas ut högst hälften av den avgift de enligt taxan skulle erlagt som vuxna patienter. Full ersättning utgår dock från försäkringen.

Den genomsnittliga behandlingstiden har sedan försäkringens införande schablonmässigt beräknats till en timme för barn i åldern 3–6 år och två timmar för barn och ungdom i åldern 7–19 år.

Ersättningsbeloppens storlek (kronor) framgår av följande tablå

	1974	1975	1976	1977	1978
3–5 år	130	200	240	250	390
6–19 år	260	400	480	500	780
Avdrag för varje barn 6–16 år	182	275	330	345	545

Beloppen innefattar även ersättning för specialiststandvård.

10.4 Garantiregeln (§ 19)

Har landstingskommuns kostnader för folktandvård under ett visst år, räknade i det pris- och löneläge som rådde år 1973, överstigit de kostnader landstingskommunen haft för vården år 1973, utgår ersättning med överskjutande belopp.

Riksförsäkringsverket skall göra beräkningen av denna ersättning efter samråd med socialstyrelsen.

Försäkringsutredningen beräknade att garantiregeln skulle få en begränsad användning och i första hand omfatta åren 1974 och 1975. I propositionen nämns dock inte någon tidsbegränsning eller begränsad användning och garantiregeln återfinns fortfarande i tandvårdstaxan.

Riksförsäkringsverket har enligt denna garantiregel utbetalat följande belopp

för år 1974 sammanlagt 11,7 mkr till 5 landsting
 för år 1975 sammanlagt 5,4 mkr till 3 landsting och
 för år 1976 sammanlagt 9,2 mkr till 4 landsting

10.5 Utfallet av ersättningsregeln

Uppgifter om hur mycket ersättning som utbetalas till tandvårdshuvudmännen kan hämtas dels från riksförsäkringsverket, dels från tandvårdshuvudmännen. Det går emellertid inte att ur någon redovisning på ett enkelt sätt avläsa hur stor den samlade ersättningen till tandvårdshuvudmännen är för ett givet kalenderår.

Riksförsäkringsverket redovisar följande utbetalningar till folk tandvårdens huvudmän (mkr).

1974	1975	1976	1977
109	175	271	315

Av dessa belopp utgörs ungefär hälften av ersättning för barn- och ungdomstandvård. De avser de faktiska totala utbetalningar som gjorts under respektive kalenderår och visar således ej ersättningen för under kalenderåret meddelad tandvård. Ersättningen för barntandvård utbetalas till omkring 80 % av det beräknade beloppet under året. Slutlig reglering av ersättningen sker i februari påföljande år. Beloppen inkluderar även ersättning för tandteknisk verksamhet. Utöver denna ersättning uppbär tandvårdshuvudmännen patientavgifter för utförd vuxentandvård.

Tandvårdshuvudmännens redovisning av kostnader och intäkter i folk tandvården finns sammanställda i Sveriges officiella statistik, Kommunernas finanser. Ur denna har följande uppgifter hämtats (mkr).

	1974	1975	1976	1977
Kostnader	681	844	1 021	1 246
Intäkter	223	310	403	495
Nettokostnader	458	534	618	751

I intäkterna är såväl patientavgifter som ersättning från försäkringskassan medräknade. Någon specifikation finns ej i den officiella statistiken.

I kostnadsposterna ingår även kostnader för specialisttandvård, oralkirurgisk vård och tandteknisk verksamhet.

Vill man utan ett omfattande utredningsarbete följa upp hur utfallet av ersättningen till folktandvården blivit kan man från följande utgångspunkter kalkylera fram ersättningens storlek.

För *barn- och ungdomstandvården* utgår man från ersättningsbeloppets storlek, antalet barn i olika åldersgrupper, antalet fullständigt behandlade barn och avdragspostens storlek.

För folktandvårdens *vuxentandvård* känner man till den genomsnittliga intäkten per tandläkare och antalet timmar i distriktstandvården samt karensbeloppets storlek.

När det gäller *specialiststandvården för vuxna* kan man göra det antagandet att intäkterna per timma är desamma som i övrig vuxentandvård eftersom den särskilda specialisttaxan inte tillämpas i folktandvården.

Med dessa utgångspunkter har landstingsförbundet beräknat ersättningen från den allmänna försäkringen till tandvårdshuvudmännen jämte patientavgifter till följande.

	1974		1975		1976		1977	
	Belopp Kr	Totalt Mkr	Belopp Kr	Totalt Mkr	Belopp Kr	Totalt mkr	Belopp Kr	Totalt Mkr
<i>Intäkter</i>								
3-5 år	130	18	200	31	240	41	250	46
6-16 år	260	262	400	412	480	500	500	530
17-19 år	260	-	400	-	480	13	500	20
Genomsnittlig timin- täkt vuxentandvård	114	168	127	200	136	225	150	253
Summa	-	448	-	643	-	779	-	849
<i>Avdrag</i>								
6-16 år	182	226	275	343	330	414	345	437
Karensbelopp	11,25	67	7	42	4,75	29	2,20	13
Nettointäkt	-	155	-	258	-	336	-	399

I ovanstående kalkyl har hänsyn ej tagits till ersättning enligt den s. k. garantiregeln. Ej heller har intäkter för oralkirurgisk vård och tandteknisk verksamhet medräknats.

Landstingens bruttokostnader kan på samma sätt kalkyleras med ledning av genomsnittlig timkostnad och antal arbetade timmar i folktandvården. En av landstingsförbundet på detta sätt gjord kalkyl redovisas i följande tabell. Från bruttokostnaderna har dragits de ovan kalkylerade nettointäkterna (mkr).

	1974	1975	1976	1977
Bruttokostnader	573	767	878	1 112
Avgår nettointäkter enl. ovan	155	258	336	399
Nettokostnader	418	509	542	713

Dessa kalkylerade nettokostnader skall jämföras med 290 miljoner kronor i 1971 års penningvärde.

Landstingsförbundet har undersökt den faktiska kostnadsutvecklingen inom folktandvården. Om kostnaderna 1971 sätts till 100 har enligt denna undersökning kostnaderna utvecklats på följande sätt.

1971	1974	1975	1976	1977
100	135	171	192	220

Med utgångspunkt från att folktandvården 1971 kostade huvudmännen 290 miljoner kronor blir nettokostnaderna 1974–1977 enligt ovanstående serie följande (miljoner kronor). Inom parentes anges de teoretiskt kalkylerade nettokostnaderna.

1971	1974	1975	1976	1977
290	392	497	558	639
290	(418)	(509)	(542)	(713)

Betydande osäkerhet föreligger i de ovan redovisade kalkylerna. Vidare har som nämnts vissa intäkter ej medräknats i kalkylerna. Jämförelser mellan kostnader som framräknats med hänsyn till den observerade kostnadsutvecklingen och de teoretiskt kalkylerade kostnaderna visar emellertid att den ersättning som landstingen fått genom försäkringen i genomsnitt täckt merkostnaderna för folktandvårdens utbyggnad och att ersättningsreglerna därför haft avsedd effekt.

10.6 Överväganden och förslag

Tandvårdstaxans §§ 16–19 innehåller särskilda bestämmelser om ersättning från försäkringen till landsting och kommun som ej tillhör landsting för kostnader för folktandvård. Dessa bestämmelser infördes med den avsikten att huvudmännens nettokostnader för folktandvården inte skulle stiga till följd av den i samband med tandvårdsreformens genomförande planerade utbyggnaden. Riksdagsbeslutet 1973 innebar att ifrågavarande ersättningsregler skulle gälla under hela den utbyggnadsperiod som försäkringsutred-

ningen redovisade dvs. till och med år 1979.

Vår analys visar att tandvårdshuvudmännen genomsnittligt fått täckning för sina utbyggnadskostnader och att ersättningsreglerna haft avsedd effekt. Samtidigt har vi konstaterat att den planerade utbyggnaden på grund av tandläkarbrist inte kommer att bli klar förrän någon gång under perioden 1982–1984. Under avsnitt 6.8 har vi därför föreslagit förlängd tillämpning av de medel som för närvarande används för att möjliggöra utbyggnaden av folktandvården – däribland ersättningen till huvudmännen.

Vi föreslår i linje härmed att §§ 16–19 i tandvårdstaxan får gälla till och med 1982. Vid denna tidpunkt räknar vi som tidigare framhållits med att statsmakterna skall ha tagit ställning till vårt slutbetänkande i vilket vi återkommer till frågan om ersättning till folktandvårdens huvudmän.

Bilaga 1 Uppgifter ur socialstyrelsens personalstatistik

	Inrättade tjänster	Uppehållna tjänster	Tjänstgörings-tid omräknad till heltid ^a	Tjänster uppehållna av timavlön ^b
<i>Distriktstandvård – heltidstjänster</i>				
73-07-22	2 493	2 295	2 250	8
74-04-01	2 646	2 247	2 182	7
75-04-01	2 870	2 344	2 245	17
76-04-01	2 926	2 350	2 242	11
77-04-01	2 949	2 443	2 298	14
78-04-01	2 994	2 513	2 374	16
<i>Förändring</i>				
74-04/73-07	+ 153	- 48	- 68	+ 1
75-04/74-04	+ 224	+ 97	+ 63	+ 10
76-04/75-04	+ 56	+ 6	- 3	- 6
77-04/76-04	+ 23	+ 93	+ 56	+ 3
78-04/77-04	+ 45	+ 70	+ 76	+ 2
Hela perioden	+ 501	+ 218	+ 124	+ 8
<i>Distriktstandvård – deltidstjänster</i>				
73-07-02	207	188	92	4
74-04-01	272	243	114	16
75-04-01	344	292	140	13
76-04-01	396	350	168	15
77-04-01	412	373	182	9
78-04-01	448	403	196	12
<i>Förändring</i>				
74-04/73-07	+ 65	+ 55	+ 22	+ 12
75-04/74-04	+ 72	+ 49	+ 26	- 3
76-04/75-04	+ 52	+ 58	+ 28	+ 2
77-04/76-04	+ 16	+ 23	+ 14	- 6
78-04/77-04	+ 36	+ 30	+ 14	+ 3
Hela perioden	+ 241	+ 215	+ 104	+ 8
<i>Specialiststandvård – heltidstjänster</i>				
73-07-02	341	304	296	4
74-04-01	372	336	324	3
75-04-01	421	356	347	2
76-04-01	466	399	390	-
77-04-01	488	420	410	2
78-04-01	531	454	445	1

	Inrättade tjänster	Uppehållna tjänster	Tjänstgörings-tid omräknad till heltid ^a	Tjänster uppehållna av timavlön ^b
<i>Förändring</i>				
74-04/73-04	+ 31	+ 32	+ 28	- 1
75-04/74-04	+ 49	+ 20	+ 23	- 1
76-04/75-04	+ 45	+ 43	+ 43	- 2
77-04/76-04	+ 22	+ 21	+ 20	+ 2
78-04/77-04	+ 43	+ 34	+ 35	- 1
Hela perioden	+ 190	+ 150	+ 149	- 3
<i>Specialisttandvård – deltidstjänster</i>				
73-07-02	19	17	8	1
74-04-01	25	20	10	-
75-04-01	23	20	10	1
76-04-01	30	22	11	1
77-04-01	32	23	11	2
78-04-01	33	30	14	2
<i>Förändring</i>				
74-04/73-04	+ 6	+ 3	+ 2	- 1
75-04/74-04	- 2	0	0	+ 1
76-04/75-04	+ 7	+ 2	+ 1	0
77-04/76-04	+ 2	+ 1	0	+ 1
78-04/77-04	+ 1	+ 7	+ 3	0
Hela perioden	+ 14	+ 13	+ 6	+ 1
<i>Folk tandvården – totalt</i>				
73-07-02	3 060	2 804	2 646	17
74-04-01	3 315	2 846	2 630	26
75-04-01	3 658	3 012	2 742	33
76-04-01	3 818	3 121	2 811	27
77-04-01	3 881	3 259	2 901	27
78-04-01	4 006	3 400	3 029	31
<i>Förändring</i>				
74-04/73-07	+ 255	+ 42	- 16	+ 9
75-04/74-04	+ 343	+ 166	+ 112	+ 7
76-04/75-04	+ 160	+ 109	+ 69	- 6
77-04/76-04	+ 63	+ 138	+ 90	0
78-04/77-04	+ 125	+ 141	+ 128	+ 4
Hela perioden	+ 946	+ 596	+ 383	+ 14

^a Timanställda tandläkares arbetsvolym ingår ej här. Vidare har tandläkare som arbetat på deltidstjänst ansetts arbeta 50 % av heltid.

^b Tjänster uppehållna av timavlönade ingår i kolumnen "Uppehållna tjänster" men ej i omräkningen till tjänstgöringstid.

Bilaga 2 Privattandläkare och distriktstandläkare fördelade efter kön och ålder 1977

	Privattandläkare ^a			Distriktstandläkare ^b		
	Män	Kvinnor	Summa	Män	Kvinnor	Summa
Antal tandläkare	2 971	548	3 519	1 035	1 295	2 330
Proc könsfördelning	84,4	15,6	100,0	44,4	55,6	100,0
Medianålder	45,8	43,7	45,5	37,9	35,8	36,1
Procentuell könsfördelning efter ålder						
–24	–	–	–	0,1	0,1	0,1
25–29	4,1	6,0	4,4	18,6	18,5	18,5
30–34	11,7	15,5	12,3	25,0	28,7	27,1
35–39	13,8	17,0	14,3	20,8	18,4	19,4
40–44	18,1	15,7	17,8	11,1	8,5	9,7
45–49	13,5	13,7	13,5	7,4	7,3	7,3
50–54	11,6	8,9	11,2	7,3	7,2	7,3
55–59	9,0	10,9	9,3	4,9	7,5	6,4
60–64	6,3	4,7	6,1	2,8	3,2	3,0
65–69	6,4	5,3	6,3	1,2	0,6	0,9
70–74	4,3	1,1	3,8	0,7	0,1	0,3
75–	1,1	1,1	1,1	0,1	–	0,0
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

^a Tandläkare som varit anslutna till försäkringen som privattandläkare under hela året och därvid utövat någon verksamhet och som ej haft anställning inom folktandvård eller försvarstandvård

^b Tandläkare som haft anställning som tjänstetandläkare under hela året och därvid tjänstgjort enbart inom distriktstandvård och som under året inte haft tillfällig legitimation, anslutning som privattandläkare eller anställning som försvarstandläkare.

Bilaga 3 Årsarbetstid för tandläkare

Aritmetiska medelvärdet för arbetad tid i timmar under 1977 för tandläkare vars anslutning/anställning varat *hela* året efter ålder och kön samt kategori

Ålder	Privattandläkare ^a			Tjänstetandläkare ^b		
	Män	Kvinnor	Summa	Män	Kvinnor	Summa
-24	-	-	-	.. ^c	.. ^c	^c
25-29	1 605	1 271	1 535	1 484	1 139	1 293
30-34	1 717	1 163	1 608	1 434	896	1 117
35-39	1 725	1 182	1 624	1 376	925	1 139
40-44	1 799	1 219	1 719	1 337	999	1 172
45-49	1 841	1 265	1 750	1 240	1 116	1 172
50-54	1 742	1 306	1 687	1 356	1 067	1 197
55-59	1 670	1 196	1 584	1 425	1 113	1 220
60-64	1 567	1 274	1 532	1 344	1 009	1 146
65-69	1 162	1 011	1 142	955	684	846
70-74	1 035	902	1 029	759	.. ^c	.. ^c
75-	757	937	785	.. ^c	-	.. ^c
Genomsnitt	1 659	1 204	1 588	1 386	1 002	1 173

^a Tandläkare verksamma enbart inom privattandvård.

^b Tandläkare verksamma enbart inom distriktstandvård.

^c Uppgiften avser enstaka tandläkare och har utelämnats.

Bilaga 4 TPU:s prognos angående tandläkartillgång

Antal yrkesverksamma tandläkare och antal arbetstimmar år 1975 och prognosåren (avrundade tal) fördelade på offentlig och privat verksamhet enligt TPU:s grundantagande

	1975	1980	1985
<i>Antal yrkesverksamma tandläkare</i>			
Grundantagande off verksamhet	3 229	4 820	6 400
Privat verksamhet	3 326	3 320	3 325
Tandläkare över 64 år, ofördelade	500	500	500
Summa	7 055	8 640	10 225
<i>Antal arbetstimmar (1 000-tal)</i>			
Grundantagande off verksamhet	4 069	6 054	7 948
Privat verksamhet	5 476	5 476	5 476
Tandläkare över 64 år, ofördelade	500	500	500
Summa	10 045	12 030	13 924

Bilaga 5 Försäkringsutredningens prognoser

Tabell 1 Fördelning av tandläkartid inom folktandvårdens barn- och ungdomstandvård vid en teoretisk utbyggnadsmodell, tusental timmar^a

År	3-5 år				6-16 år				17-19 år				
	Totalt vårdbehov	Meddelad vård	Därrav ökning under året	Ytterligare vårdbehov	Totalt vårdbehov	Meddelad vård	Därrav ökning under året	Ytterligare vårdbehov	Totalt vårdbehov	Meddelad vård	Därrav ökning under året	Ytterligare vårdbehov	
1971	343	70	-	273	2 192	1 814	-	378	378	533	87	-	446
1972	330	70	-	260	2 226	1 966	152	260	260	529	97	10	432
1973	318	70	-	248	2 258	2 115	149	143	143	527	107	10	420
1974	320	70	-	250	2 283	2 253	138	30	30	530	117	10	413
1975	328	156	86	172	2 298	2 298	45	-	-	528	127	10	401
1976	335	287	131	48	2 309	2 309	11	-	-	525	137	10	388
1977	338	338	51	-	2 331	2 331	22	-	-	519	255	118	264
1978	340	340	2	-	2 355	2 355	24	-	-	519	472	217	47
1979	340	340	-	-	2 376	2 376	21	-	-	524	524	52	-
1980	340	340	-	-	2 386	2 386	10	-	-	543	543	19	-

^a I tabellen har införts det ytterligare vårdbehov som beräknats för åldersgrupperna 3-5, 6-16 och 17-19 år. Genom att för varje år efter 1971 tillföra halva nettotillskottet av tandläkartimmar till barn- och ungdomstandvården har prövats hur lång tid utredningens modell för utbyggnad (dvs. att först tillgodose vårdbehovet för 6-16, sedan 3-5 och sist 17-19 år) kommer att ta i anspråk. Denna teoretiska modell återspeglar inte i alla avseenden de enskilda huvudmännens utbyggnad, då man i många fall redan under 1973 och 1974 måste tillföra småbarnstandvården ett tillskott av tandläkartimmar.

Tabell 2 Antal prognostiserade tandläkartimmar i tusental timmar fördelade på barn- resp. vuxentandvård och privattandvård

År	Antal tand- läkartim- mar totalt ^a	Folktandvård				Specialist- tandv. + övr. tandv. inkl. adm.	Privat- tandvård	Procent vuxen- tandvård i folk- tandvård av total vuxentandvård ^b
		3-16 år	17-19 år	Vuxna				
1971	9 041	1 884	87	1 289	533	5 162	20,0	
1972	9 346	2 036	97	1 381	583	5 162	21,1	
1973	9 644	2 185	107	1 470	633	5 162	22,2	
1974	9 919	2 323	117	1 548	683	5 162	23,0	
1975	10 181	2 454	127	1 619	733	5 162	23,8	
1976	10 467	2 596	137	1 702	783	5 162	24,9	
1977	10 835	2 669	255	1 829	833	5 162	26,1	
1978	11 314	2 695	472	2 015	883	5 162	28,0	
1979	11 778	2 716	524	2 356	933	5 162	31,3	
1980	12 244	2 726	543	2 743	983	5 162	34,7	

^a Exkl. militärtandvård och fakultetstandvård.

^b Exkl. specialisttandvården.

Bilaga 6 Jämförelse prognos - utfall beträffande tandläkartimmar

Jämförelse mellan prognos över antal tandläkartimmar enligt försäkringsutredningen och utfall åren 1974-1977
(1 000-tal timmar)

År Prognos/ utfall	Folktandvård			Specialist- tandv. + övr.	Summa Folktand- vård	Privat- tandvård	Summa folktand- vård + privat- tandv.	Procent vuxentand- vård i folktandvård av total vuxentandv. exklusive specialist- tandvård
	Barn 3-16 år	Ungdom ^a 17-19 år	Vuxna 20- år					
1971	1 884	87	1 289	533	3 793	5 162	8 955	20,0
1974	2 323	117	1 548	683	4 671	5 162	9 833	23,0
Utfall	2 092	147 ^b	1 293	524	4 056	6 053	10 109	17,6
Differens	- 231	+ 30	- 255	- 159	- 615	+ 891	+ 276	- 5,4
1975	2 454	127	1 619	733	4 933	5 162	10 095	23,8
Utfall	2 106	213 ^b	1 307	562	4 188	6 015	10 203	17,8
Differens	- 348	+ 86	- 312	- 171	- 745	+ 853	+ 108	- 6,0
1976	2 596	137	1 702	783	5 218	5 162	10 380	24,9
Utfall	2 096	247 ^b	1 361	579	4 283	6 022	10 305	18,4
Differens	- 500	+ 110	- 341	- 204	- 935	+ 860	- 75	- 6,5
1977	2 669	255	1 829	833	5 586	5 162	10 748	26,1
Utfall	2 105	269 ^b	1 396	603	4 372	6 034	10 406	18,8
Differens	- 564	+ 14	- 433	- 230	- 1 214	+ 872	- 342	- 7,3

^a I andra sammanhang brukar den organiserade tandvården för 17-19 åringar räknas till barn tandvården, medan tandvården i övrigt för denna åldersgrupp redovisas under vuxentandvården. Här har ett schablonmässigt beräknat antal timmar överförts till kolumnen ungdom 17-19 år.

^b Beräknat som antalet fullständigt behandlade enl. SoS:s statistik gånger 2 timmar per behandlad.

Bilaga 7 Jämförelse prognos – utfall beträffande tandläkare

Antal legitimerade tandläkare i åldrarna t. o. m. 69 år enligt socialstyrelsens statistik för åren 1971–1977, och försäkringsutredningens prognos för åren 1971–1980

	Statistik, SoS		Prognos, förs-utr.		Differens
	Den 31/12	Nettoförändr. under året	Den 31/12	Nettoförändr. under året	
1971	7 019	..	7 047	..	28
1972	7 361	342	7 264	217	97
1973	7 636	275	7 465	201	171
1974	7 835	199	7 657	192	178
1975	7 988	153	7 835	178	153
1976	8 198	210	8 023	188	175
1977	8 442	244	8 264	241	178

Bilaga 8 Beräkning av tandläkartimmar som saknas i barn- och ungdomstandvård 1980–1983

Tabell 1 Antal tandläkartimmar som saknas för att 17–19-åringarna skall kunna klaras inom den organiserade vården. Prognosår: 1980

Huvudmannaområde	Brist på tandläkartimmar				Brist 17–19 år omräknad till antal tandl ^a
	17 år	18 år	19 år	Summa 17–19 år	
Stockholms län			26 215	26 215	21,8
Uppsala län		596	3 137	3 733	3,1
Södermanlands län		2 207	3 399	5 606	4,7
Östergötlands län		2 787	5 492	8 279	6,9
Jönköpings län			3 408	3 408	2,8
Kronobergs län	783	2 719	2 573	6 075	5,1
Kalmar län	2 688	3 884	3 615	10 187	8,5
Gotlands kommun		894	897	1 791	1,5
Blekinge län	1 158	3 374	3 133	7 665	6,4
Kristianstads län	1 166	4 578	4 449	10 193	8,5
Malmö kommun			2 710	2 710	2,3
Malmöhus län i övr		9 393	9 257	18 650	15,5
Hallands län					
Göteborgs kommun					
Gbg:s o Bohus län i övr			3 669	3 669	3,1
Älvsborgs län	2 158	8 291	7 951	18 400	15,3
Skaraborgs län		586	5 727	6 313	5,3
Värmlands län	891	5 756	5 518	12 165	10,1
Örebro län					
Västmanlands län		4 796	4 954	9 750	8,1
Kopparbergs län		638	3 924	4 562	3,8
Gävleborgs län		1 737	4 174	5 911	4,9
Västernorrlands län			114	114	0,1
Jämtlands län		5	1 970	1 975	1,6
Västerbottens län					
Norrbottens län					
Hela riket	8 844	52 241	106 286	167 371	139

^a Vid 1 200 tim/tandläkare och år.

Tabell 2 Antal tandläkartimmar som saknas för att 18-19-åringarna skall kunna klaras inom den organiserade vården. Prognosår: 1981

Huvudmannaområde	Brist på tandläkartimmar			Brist 18-19 år omräknad till antal tandl ^a
	18 år	19 år	Summa 18-19 år	
Stockholms län				
Uppsala län				
Södermanlands län		1 830	1 830	1,5
Östergötlands län				
Jönköpings län				
Kronobergs län	220	2 679	2 899	2,4
Kalmar län	1 215	3 847	5 062	4,2
Gotlands kommun		897	897	0,7
Blekinge län		2 946	2 946	2,5
Kristianstads län	848	4 500	5 348	4,5
Malmö kommun				
Malmöhus län i övr		8 269	8 269	6,9
Hallands län				
Göteborgs kommun				
Gbg:s o Bohus län i övr				
Älvsborgs län		3 749	3 749	3,1
Skaraborgs län				
Värmlands län		5 596	5 596	4,7
Örebro län				
Västmanlands län				
Kopparbergs län		2 373	2 373	2,0
Gävleborgs län		2 978	2 978	2,5
Västernorrlands län		7	7	0,0
Jämtlands län		1 016	1 016	0,8
Västerbottens län				
Norrbottnens län				
Hela riket	2 283	40 687	42 970	36

^a Vid 1 200 tim/tandläkare och år.

Tabell 3 Antal tandläkartimmar som saknas för att 19-åringarna skall kunna klaras inom den organiserade vården. Prognosår: 1982

Huvudmannaområde	Brist på tandläkartimmar 19 år
Stockholms län	
Uppsala län	
Södermanlands län	
Östergötlands län	
Jönköpings län	
Kronobergs län	
Kalmar län	
Gotlands län	49
Blekinge län	
Kristianstads län	310
Malmö kommun	
Malmöhus län i övr	
Hallands län	
Göteborgs kommun	
Gbg:s o Bohus län i övr	
Älvsborgs län	
Skaraborgs län	
Värmlands län	
Örebro län	
Västmanlands län	
Kopparbergs län	136
Gävleborgs län	165
Västernorrlands län	
Jämtlands län	58
Västerbottens län	
Norrbottnens län	
Hela riket	718 ^a

^a Dvs 0,6 tandläkare vid 1 200 tim/tandläkare och år.

**Tabell 4 Överskott på tandläkartimmar inom folktandvårdens distriktstandvård.
Prognosår: 1983**

Huvudmannaområde	Överskott på tandläkartimmar
Stockholms län	107 155
Uppsala län	8 418
Södermanlands län	5 701
Östergötlands län	13 992
Jönköpings län	8 931
Kronobergs län	5 888
Kalmar län	8 676
Gotlands kommun	1 343
Blekinge län	7 711
Kristianstads län	8 875
Malmö kommun	9 349
Malmöhus län i övr	17 421
Hallands län	6 517
Göteborgs kommun	14 043
Gbg:s o Bohus län i övr	7 076
Älvsborgs län	24 070
Skaraborgs län	17 753
Värmlands län	10 968
Örebro län	9 277
Västmanlands län	15 782
Kopparbergs län	3 818
Gävleborgs län	4 580
Västernorrlands län	1 932
Jämtlands län	1 622
Västerbottens län	3 130
Norrbottnens län	43 168
Hela riket	367 196

Bilaga 9 Tandläkartimmar 1983 enligt LKELP 78 och socialstyrelsens regionala prognos

Jämförelse mellan beräknat antal tandläkartimmar inom distriktstandvården år 1983 enligt LKELP-bearbetning (LKELP 78) och enligt socialstyrelsens regionala prognos över folktandvårdens utbyggnad

Huvudmannaområde	Timmar enl. LKELP-bearbetning	Timmar enl. SoS regionala prognos	Differens
Stockholms län	1 036 500	1 339 795	- 303 295
Uppsala län	131 250	136 197	- 4 947
Södermanlands län	148 500	128 352	+ 20 148
Östergötlands län	240 000	227 481	+ 12 519
Jönköpings län	259 500	203 532	+ 55 968
Kronobergs län	129 000	112 864	+ 16 136
Kalmar län	174 000	145 724	+ 28 276
Gotlands kommun	48 000	34 433	+ 13 567
Blekinge län	117 000	127 902	- 10 902
Kristianstads län	163 500	188 811	- 25 311
Malmö kommun	186 000	198 763	- 12 763
Malmöhus län i övr.	373 500	399 055	- 25 555
Hallands län	142 500	158 451	- 15 951
Göteborgs kommun	336 000	314 300	+ 21 700
Gbg:s o. Bohus län i övr.	216 000	205 072	+ 10 928
Älvsborgs län	219 000	347 221	- 56 221
Skaraborgs län	196 500	239 797	- 43 297
Värmlands län	198 000	218 358	- 20 358
Örebro län	222 000	181 509	+ 40 491
Västmanlands län	201 000	195 521	+ 5 479
Kopparbergs län	207 000	152 351	+ 54 649
Gävleborgs län	216 000	156 876	+ 59 124
Västernorrlands län	175 500	132 961	+ 42 539
Jämtlands län	109 500	77 208	+ 32 292
Västerbottens län	181 500	127 181	+ 54 319
Norrbottnens län	267 000	178 264	+ 88 736
Hela riket	5 966 250	5 927 979	+ 38 271

Bilaga 10 Tandläkartätheten 1975–1976

Antal tandläkartimmar 1975 per försäkrad vid utgången av året inom privat tandvård och distriktstandvård för vuxna. Redovisning på kasseområde

Försäkringskasseområde	"Tandläkartäthet" tandläkartim ^a /försäkrad ^b		
	Privattdv.	Distriktstdv.	Totalt
01 Stockholms län	1,37	0,18	1,55
03 Uppsala län	0,81	0,25	1,06
04 Södermanlands län	0,83	0,20	1,04
05 Östergötlands län	0,91	0,18	1,09
06 Jönköpings län	0,84	0,21	1,05
07 Kronobergs län	0,54	0,16	0,70
08 Kalmar län	0,62	0,25	0,88
09 Gotland	0,62	0,34	0,96
10 Blekinge län	0,84	0,21	1,05
11 Kristianstads län	1,02	0,26	1,28
12 Malmöhus	1,07	0,30	1,38
13 Hallands län	1,01	0,24	1,25
14 Bohuslän	0,73	0,28	1,01
15 Älvsborgs län	0,76	0,21	0,97
16 Skaraborgs län	0,74	0,20	0,94
17 Värmlands län	0,74	0,26	1,01
18 Örebro län	0,89	0,22	1,11
19 Västmanlands län	0,78	0,13	0,91
20 Kopparbergs län	0,63	0,27	0,90
21 Gävleborgs län	0,66	0,25	0,90
22 Västernorrlands län	0,58	0,35	0,93
23 Jämtlands län	0,58	0,31	0,89
24 Västerbottens län	0,72	0,28	0,99
25 Norrbottens län	0,39	0,49	0,88
34 Malmö	1,57	0,29	1,86
38 Göteborg	1,54	0,23	1,77
Hela riket	0,96	0,24	1,20

^a För privattandläkare all redovisad arbetad tid enligt rfv:s tandläkarregister. För distriktstandvård arbetad tid inom vuxentandvården enligt tandläkarregistret samt ett beräknat tillskott avseende den organiserade tandvård som bedrivits bland ungdomar i åldern 17–19 år i Västernorrlands och Norrbottens läns landsting.

^b Antal tandvårdsförsäkrade vid årets utgång.

Antal tandläkartimmar 1976 per försäkrad vid utgången av året inom privattandvård och distriktstandvård för vuxna. Redovisning på kasseområde

Försäkringskasseområde	"Tandläkartäthet" tandläkartim ^a /försäkrad ^b		
	Privattdv.	Distriktstdv.	Totalt
01 Stockholms län	1,36	0,18	1,54
03 Uppsala län	0,80	0,22	1,02
04 Södermanlands län	0,81	0,20	1,01
05 Östergötlands län	0,93	0,19	1,12
06 Jönköpings län	0,83	0,25	1,07
07 Kronobergs län	0,77	0,25	1,01
08 Kalmar län	0,61	0,26	0,87
09 Gotland	0,61	0,37	0,98
10 Blekinge län	0,87	0,27	1,14
11 Kristianstads län	1,01	0,27	1,27
12 Malmöhus	1,10	0,32	1,41
13 Hallands län	0,98	0,25	1,23
14 Bohuslän	0,71	0,31	1,02
15 Älvsborgs län	0,74	0,24	0,99
16 Skaraborgs län	0,73	0,22	0,95
17 Värmlands län	0,73	0,28	1,03
18 Örebro län	0,87	0,21	1,08
19 Västmanlands län	0,77	0,14	0,91
20 Kopparbergs län	0,63	0,30	0,93
21 Gävleborgs län	0,62	0,26	0,88
22 Västernorrlands län	0,57	0,35	0,92
23 Jämtlands län	0,59	0,31	0,90
24 Västerbottens län	0,70	0,34	1,03
25 Norrbottens län	0,39	0,53	0,92
34 Malmö	1,66	0,27	1,93
38 Göteborg	1,53	0,24	1,77
Hela riket	0,95	0,25	1,21

^a För privattandläkare all redovisad arbetad tid enligt rfvs tandläkarregister. För distriktstandvård arbetad tid inom vuxentandvården enligt tandläkarregistret samt ett beräknat tillskott avseende den organiserade tandvård som bedrivits bland ungdomar i följande områden:

Västernorrlands och Norrbottens läns landsting (17-19-åringar)

Västerbottens läns landsting (17-18-åringar).

^b Antal tandvårdsförsäkrade vid årets utgång.

Bilaga 11 Vårdsituationen för barn och ungdomar 1977

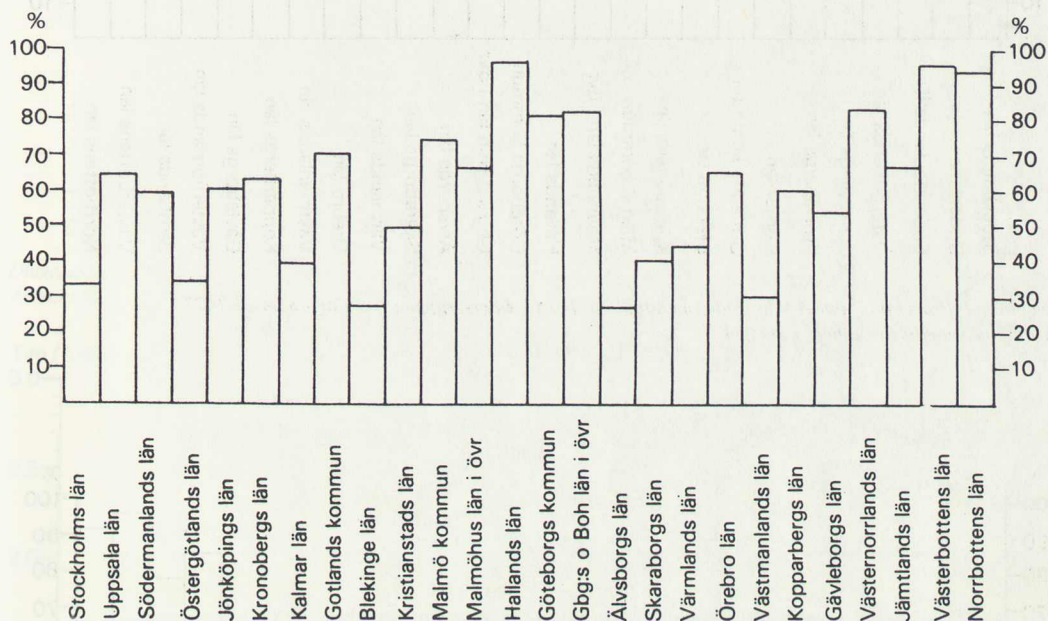


Diagram 1 Procentuell andel fullständigt behandlade barn i åldersgruppen 3-5 år under år 1977.
Aritmetiskt medelvärde hela riket: 55 %

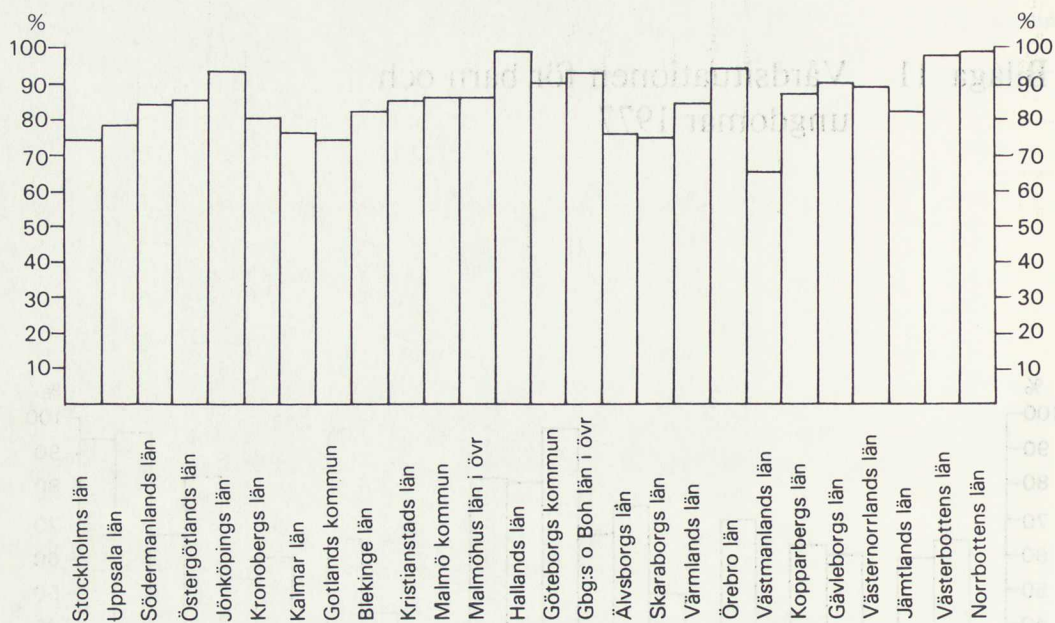


Diagram 2 Procentuell andel fullständigt behandlade barn i åldersgruppen 6-16 år under år 1977.
Aritmetiskt medelvärde hela riket: 84 %

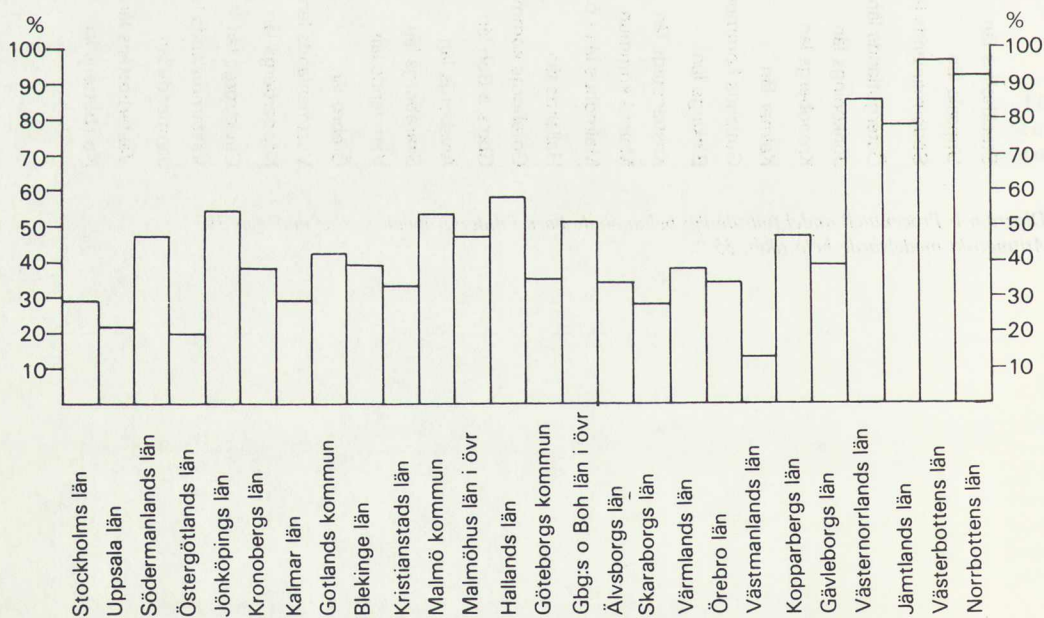


Diagram 3 Procentuell andel fullständigt behandlade ungdomar i åldersgruppen 17-19 år under år 1977.
Aritmetiskt medelvärde hela riket: 42 %

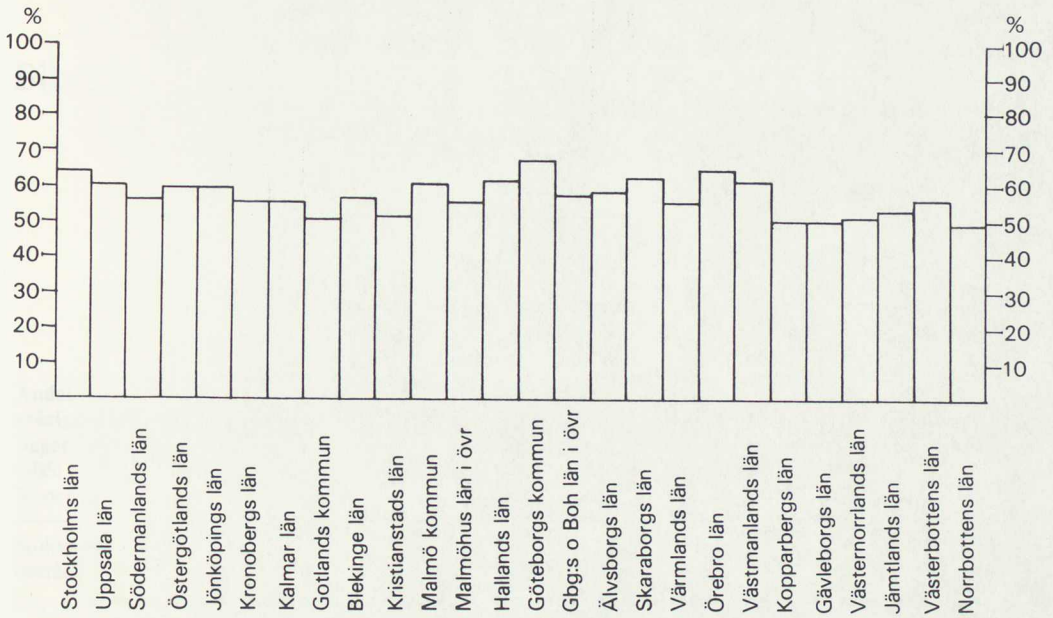


Diagram 4 Procentuell andel barn- och ungdomsvård av total vårdtid under år 1977.
Aritmetiskt medelvärde hela riket: 58 %

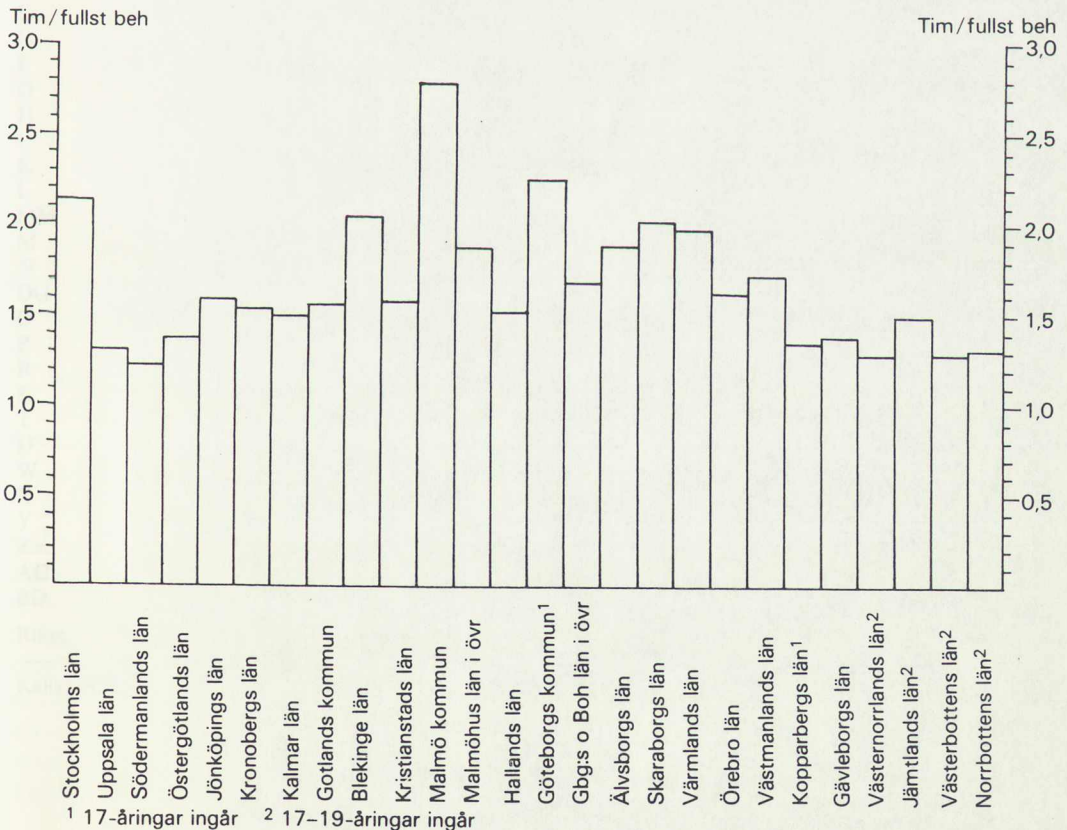


Diagram 5 Antal tandläkartimmar per fullständig behandlad i åldern 3-16 år under 1977.
Aritmetiskt medelvärde hela riket: 1,71 timmar.

Bilaga 12 Andel personer med god tuggförmåga

Andel personer i procent som kan tugga hårda saker som hårt bröd eller äpplen utan svårighet. Procentavvikelser från riksgenomsnittet på 2-3 procent i resp. åldersklass ligger inom felmarginalen

OBS! När antalet intervjuade understiger 30 markeras 2 punkter. När antalet är mellan 30 och 49 sätts resultaten inom parentes

Sjukvårds- område	Totalt 16-74 år	Åldersklass				Andel födda i utlandet	Andel av totalbef. i åldern 55-74 år
		30-39	40-49	50-59	60-69		
AB	91	96	95	89	80	11,5	20,4
C	97	100	(91)	100	(88)	6,4	18,9
D	94	96	(95)	93	89	9,1	21,4
E	95	100	97	88	91	5,0	22,1
F	89	97	97	80	80	5,1	22,2
G	84	(100)	(93)	(74)	(67)	4,9	21,5
H	87	94	(90)	81	78	3,1	23,8
I	77	2,3	21,9
K	85	(95)	(91)	..	(56)	4,7	22,3
L	92	96	96	87	82	4,0	22,6
MM	90	94	93	86	78	8,0	24,7
M	90	95	90	84	75	8,0	20,0
N	94	97	(96)	(90)	(82)	5,1	20,8
OG	90	98	96	82	77	8,9	23,0
O	90	95	93	(90)	79	8,9	19,4
P	89	95	92	93	74	7,5	21,4
R	91	100	91	94	(63)	4,0	22,0
S	93	100	94	86	85	4,5	24,0
T	93	98	88	88	96	5,8	23,4
U	93	97	92	94	88	10,9	20,4
W	94	100	96	92	83	4,8	24,0
X	91	98	93	87	83	3,6	23,5
Y	95	100	96	(95)	83	2,8	23,4
Z	94	..	(93)	(95)	(90)	2,4	24,5
AC	95	100	(95)	(96)	80	2,3	21,5
BD	92	100	94	(88)	77	5,4	18,9
Riket	91,3	97,0	93,5	87,9	80,3	6,9	21,7

Källa: SCB:s ULF-material 1975.

Bilaga 13 Utdrag ur obs-gruppens rapporter nr 9 och 10

Rapport nr 9

3.2 Förslag till regler för ersättningsetablering m. m.

3.2.1 Uppförande på förteckning utan begränsning

Ersättningsetablering

För uppförande på förteckning utan begränsning krävs att ersättningsbehovet inte ligger längre tillbaka i tiden än tolv månader från ansökningstillfället. Vidare skall verksamheten för att betraktas som ersättningsbar ha bedrivits på *heltid* sammanhängande minst ett år. Med heltid menas verksamhet i genomsnitt minst 30 timmar/vecka; lämnade uppgifter till försäkringskassan skall därvid vara avgörande. *Undantag* härifrån kan medges på grund av särskilda skäl såsom sjukdom eller uppnådda 65 år.

Utredning om bakgrunden till att den tandläkare som skall ersättas upphör med sin verksamhet i enskild tandvård skall göras. För att verksamheten skall betraktas som ersättningsetablering bör någon av följande förutsättningar vara uppfyllda:

- a) Övergått till folktandvården eller fakultetsverksamhet.
- b) Övergått till annan yrkesverksamhet.
- c) Avflyttat till utlandet.

Detta skäl kan endast åberopas under tid då in- och utflyttning av tandläkare i stort sett tar ut varandra eller inflyttningen är större än utflyttningen.

- d) Pensionering.
- e) Avliden.
- f) Erhållit ersättningsetablering inom annan tandläkarmottagning (kedja).

I de fall som avses i punkterna a)–d) skall den tandläkare som tidigare varit verksam i praktiken ha undertecknat blanketten "Utredning om ersättningsetablering". Han bör också ha begärt utträde ur försäkringen. Beträffande dödsbon gäller att företrädare för dödsboet skall vara införstådd med ersättningsetableringen genom undertecknandet av samma blankett. I ärende angående tillämpningen av punkt f) kommer tandläkare som tidigare ersatts i kedjan redan att ha avförts från förteckningen. Det tillses att sådan tandläkare är införstådd med att ersättningsetablering sker i det aktuella ärendet.

3.2.2 Uppförande på förteckning med begränsning

I vissa fall bör tandläkare även kunna föras upp på förteckning med villkor i form av begränsning till viss tid och/eller beträffande verksamhetens omfattning t. ex.

- a) Vikariat för privattdandläkare under minst en månad på grund av dennes sjukdom. Krav på sjukskrivning och läkarintyg samt att den sjuke tandläkaren helt avhåller sig från arbete (enl. AFL). Vikariat kan medges så länge dessa två villkor uppfylls.
- b) Vikariat för graviditets- och föräldraledighet. Vikariatets längd följer bestämmelserna i AFL om föräldrapenningtidens längd och det krävs av den föräldralediga/e tandläkaren att hon/han helt avhåller sig från förvärvsarbete.
- c) Verksamhet i privat tandvård vid sidan av heltidstjänst i folktandvården.
- d) Tandläkare, som under militärtjänstgöring avser att bedriva verksamhet i enskild tandvård vid sidan härav, skall behandlas som tandläkare med heltid vid folktandvården enligt punkt c).
- e) Verksamhet i privat tandvård vid sidan av heltidstjänst vid fakultet, såsom t. ex. professor.
- f) Verksamhet i privat tandvård vid sidan av tjänstgöring vid fakultet kan medges då arbete hos folktandvården inte kan erhållas vid sidan härom. Begränsning sker till den tid vederbörande kan visa att han/hon har en avlönad och av konsistoriet beviljad tjänst, såsom t. ex. assistent.
- g) Verksamhet i enskild tandvård vid sidan om medicinska studier kan medges då arbete hos folktandvården inte kan beredas vid sidan om studierna. Bevis om inskrivningen vid medicinsk fakultet samt avlagda tentamina krävs.
- h) Studenttandläkare medges upptagande på förteckning med begränsning till den verksamhet han utför vid studentkårens mottagning. Detta innebär att ersättning från försäkringen för tandvård meddelad i enskild verksamhet av ifrågakvarande tandläkare endast utgår om den utförs vid studenttandläkarmottagningen. Tandläkare som redan tidigare är verksam i privat tandvård medges upptagande på förteckning utan sådan begränsning om han avser övergå till verksamhet vid studenttandläkarmottagning.
- i) Tandläkare som har uppnått pensionsåldern. Dessa föres upp med begränsning att deras verksamhet inte kan bli föremål för ersättningsetablering, när de en gång upphör helt med verksamheten (tandläkaren erhåller meddelande härom).

Ovan har angetts de förutsättningar som bör föreligga för att tandläkare skall kunna upptas på förteckning utan begränsning resp. med särskilda begränsningar. Härutöver bör tandläkare kunna medges upptagande på förteckning – med eller utan begränsning – på grund av speciella omständigheter i det enskilda fallet. Prövningen bör i dessa fall ske restriktivt.

Rapport nr 10

A Remissyttrandena över obs-gruppens rapport nr 9

1 Obs-gruppens genomgång av remissyttrandena

Obs-gruppen har gått igenom de remissyttranden som avgetts över obs-gruppens rapport nr 9. Obs-gruppen har därvid funnit att rapporten i stort sett mottagits mycket positivt. Vissa synpunkter har dock framförts på obs-gruppens förslag till regler för behandling av etableringsregler vad avser den privata tandläkarsektorn. I det följande redovisas obs-gruppens uppfattning om hur dessa olika frågor bör lösas om det befinns att etableringsbegränsning av privattandläkare även i fortsättningen bör ske enligt systemet med ersättningsetablering.

1.1 Flyttningar

Under arbetet med rapporten nr 9 diskuterade obs-gruppen i vad mån flyttning av en privattandläkarverksamhet kan ske från ett försäkringskasseseområde till ett annat utan att ersättningsetablering föreligger på den nya orten. Obs-gruppen var ense om att man liksom tidigare borde tillåta förflyttning mellan kassaområden av tandläkare som är verksamma som privatpraktiserande och uppförda på förteckning inom försäkringen. Med anledning av remissyttrandena över rapporten nr 9 har obs-gruppen ånyo tagit upp dessa flyttningar till diskussion. En genomgång har gjorts av de beslut avseende sådana flyttningar mellan olika kassaområden som meddelats av riks försäkringsverket åren 1975 och 1976. I bilagorna 1 och 2¹ redovisas privattandläkare som under 1975 respektive 1976 flyttat sin verksamhet från ett försäkringskasseseområde till ett annat samt tandläkare som påbörjat verksamhet i annat försäkringskasseseområde än där de tandläkare de åberopat ersättningsetablering efter varit verksamma. Sistnämnda tandläkare har i bilagorna 1 och 2¹ utmärkts med asterix i kolumnen "Särskilda anmärkningar". De är till antalet sex. I enskilda fall har dessa flyttningar – åtminstone temporärt – medfört olägenheter för den bygd tandläkaren lämnat. Någon egentlig förändring av antalet tandläkare per kassaområde har dock dessa flyttningar inte medfört. Inte heller har de orsakat någon överströmning av tandläkare från mindre orter till större.

För övrigt har antalet privatpraktiserande tandläkare som flyttar mellan kassaområden varit relativt lågt (cirka 1,5 % av hela privatpraktikerkåren under tvåårsperioden 1975–1976). Uppgifter om antalet flyttningar inom kassaområden saknas. Utformningen av gällande bestämmelser beträffande tandläkare uppförda på försäkringskassornas förteckningar medger nämligen att dessa tandläkare utan vidare kan flytta inom en ort och mellan orter inom kassaområdet.

Obs-gruppen har diskuterat olika möjligheter att i vissa avseenden reglera flyttningarna mellan kassaområden. Med hänsyn till att konsekvenserna av en reglering ansetts svåra att överblicka, har gruppen stannat för att inte föreslå några sådana åtgärder för närvarande. Obs-gruppen kommer dock att

¹ Ej med här

följa utvecklingen med uppmärksamhet och vid behov överväga förslag till åtgärder.

1.2 Försvarstandläkare m. fl.

I avsnitt 3.2.1 "Uppförande på förteckning utan begränsning" i rapporten nr 9 heter det bl. a:

"Vidare skall verksamheten för att betraktas som ersättningsbar ha bedrivits på heltid sammanhängande minst ett år. Med heltid menas verksamhet i genomsnitt minst 30 timmar/vecka; lämnade uppgifter till försäkringskassan skall därvid vara avgörande. Undantag härifrån kan medges på grund av särskilda skäl såsom sjukdom eller uppnådda 65 år."

Det har framhållits att denna regel kan medföra svårigheter för tandläkare med vissa typer av tjänster att överlåta den verksamhet i enskild tandvård de bedrivit vid sidan av tjänsten. Detta gäller vissa tandläkare inom försvarets tandvård och vid de äldre odontologiska fakulteterna (Malmö och Holländargatan i Stockholm) med tjänster som omfattar en tjänstgöringstid på cirka 20–21 timmar/vecka. Dessa tandläkare har ofta bedrivit verksamhet i enskild tandvård i icke obetydlig omfattning fastän arbetstiden i denna verksamhet inte uppgår till 30 timmar/vecka.

Riksförsäkringsverket har hittills haft att pröva tre ärenden av ifrågavärande slag. I två fall har verksamheten funnits grunda rätt till ersättnings-etablering, medan avslag meddelats i ett fall. Enligt obs-gruppens mening bör detta slag av ärenden även i fortsättningen avgöras från fall till fall.

1.3 1-årsregeln

I rapporten nr 9 (sid. 13) heter det: "För uppförande på förteckning utan begränsning krävs att ersättningsbehovet inte ligger längre tillbaka i tiden än tolv månader från ansökningstillfället." Obs-gruppen har aldrig avsett att en ovillkorlig 1-årsgräns skall tillämpas. Obs-gruppen anser därför att den ovan citerade meningens istället bör ha följande lydelse: "För uppförande på förteckning utan begränsning krävs att ersättningsbehovet i regel inte ligger längre tillbaka i tiden än tolv månader från ansökningstillfället."

1.4 Medicinska studier

Obs-gruppen har stannat för att inte föreslå någon ändring beträffande punkten g) i avsnittet 3.2.2 "Uppförande på förteckning med begränsning" i rapporten nr 9. Enligt nämnda punkt kan verksamhet i enskild tandvård vid sidan om medicinska studier medges då arbete hos folk tandvården inte kan beredas vid sidan om studierna. Denna praxis har alltsedan etableringsbegränsningen infördes 1974-06-06 tillämpats av riksförsäkringsverket. Eftersom det har varit frågan om ett ytterst litet antal tandläkare (9 tandläkare har under åren 1975 och 1976 medgett upptagande på förteckning med verkan så länge de bedriver medicinska studier) saknas bärande skäl att nu ändra denna praxis.

Bilaga 14 Antal privattandläkare anslutna till försäkringen

Antal privattandläkare anslutna till försäkringen utan begränsning i januari månad åren 1974–1978

Kasseområde	1974	1975	1976	1977	1978
Stockholms län	1 138	1 183	1 200	1 177	1 173
Uppsala län	105	109	111	108	113
Södermanlands län	97	100	101	100	99
Östergötlands län	168	173	174	171	169
Jönköpings län	154	180	177	173	173
Kronobergs län	59	61	64	63	63
Kalmar län	78	79	79	79	84
Gotlands kommun	15	17	17	16	17
Blekinge län	64	66	65	67	67
Kristianstads län	132	132	136	128	135
Malmö kommun	219	237	246	240	241
Malmöhus län i övr.	276	288	296	297	305
Hallands län	98	198	110	109	111
Göteborgs kommun	380	395	401	403	411
Gbg:s o. Bohus län i övr.	107	111	113	112	119
Älvsborgs län	154	160	162	163	160
Skaraborgs län	88	94	95	97	98
Värmlands län	108	110	111	106	106
Örebro län	131	135	139	136	133
Västmanlands län	94	98	95	95	94
Kopparbergs län	95	93	96	95	94
Gävleborgs län	96	98	95	92	95
Västernorrlands län	78	79	80	79	81
Jämtlands län	42	44	44	42	43
Västerbottens län	96	101	106	100	101
Norrbottnens län	46	46	46	44	42
Summa	4 118	4 297	4 359	4 292	4 327
Hela riket (utan dubbelräkning avseende kasseområde) ^a	4 027	4 177	4 216	4 152	4 170

^a Som synes är antalet anslutna tandläkare redovisade per försäkringskassaområde högre än motsvarande antal för hela landet. Detta beror på att en tandläkare kan vara uppförd på förteckning hos mer än en kassa. Antalet sådana dubbelräkningar har ökat under tiden 1974–1978, från 91 i januari 1974 till 157 i januari 1978. I de flesta fall sådant dubbelt uppförande föreligger torde tandläkaren endast vara verksam i det ena kassaområdet. En tandläkare har exempelvis flyttat och blivit uppförd på förteckning hos en ny kassa, men inte blivit avförd från förteckningen hos den kassa, där han tidigare var verksam. Detta gör att det kan vara svårt att avgöra vad en förändring i antalet anslutna tandläkare i en enskild försäkringskassa reellt betyder för tandläkartillgången inom kassaområdet.

Bilaga 15 Kvoteringsbeslut 1975–1978

En sammanfattande beskrivning av kvoteringen från år 1975 t. o. m. 1978 lämnas nedan punktvis.

1. Genom enkät per 1975-01-15 fastställdes hur många tandläkartjänster inom respektive landsting och landstingsfri kommun som hade befattningshavare.
2. Genom beslut 1975-02-07 fördelades (kvoterades) det antal tjänster som landstingen utöver befintliga tjänster med befattningshavare fick ianspråktaga och ledigförklara fram till 1975-08-31. Tidigare inrättad tjänst utan befattningshavare eller under 1975 nyinrättad tjänst utöver tilldelad kvot fick ej tas i anspråk utan särskilt medgivande av socialstyrelsen.
3. Från 1975-02-07 följdes landstingens nyanställningar av tandläkare med hjälp av det fastställda utannonseringsförfarandet fram till 1975-10-01.
4. Genom beslut 1975-10-07 tilldelades landstingen ytterligare anställningsmöjligheter. Ett nytt administrativt system för att månadsvis kunna följa entlediganden och nyanställningar, tjänstledigheter och vikariat inom landstingen fastställdes.
5. Genom beslut 1976-03-03 och 1976-10-25 meddelades landstingen att de enligt sammanställningarna av rapporterna från 1975-10-01 alltjämt i kraft av beslutet 1975-10-07 hade möjlighet att anställa tandläkare. Någon ytterligare tilldelning av anställningsmöjligheter skedde därför inte under 1976.
6. Genom beslut 1977-05-13 tilldelades landstingen ytterligare 64 tjänster och 1978-02-16 39 tjänster. Beslutet 1978-09-22 innebar s. k. nollkvotering. Genom dispenser fördelades 1978 ytterligare 30 anställningsmöjligheter.

Bilaga 16 Fördelning av kvot efter huvudmannaområde

Sammanställning över socialstyrelsens kvoteringar av tjänster för tandläkare inom folktandvården

Huvudmannaområde	1975-02-07 Kvot	1975-10-06 Kvot	Dispenser t. o. m. 1976	1977-05-13		1978-02-16 Kvot	1978 Dispenser	Summa
				Kvot	Dispenser			
Stockholms län	17	3		3		10		33
Uppsala län	2	1		1		0		4
Södermanlands län	5	1		1		0		7
Östergötlands län	8	2		4		2		16
Jönköpings län	—	3	1	2		2	5	13
Kronobergs län	3	2		1		0		6
Kalmar län	8	4		1		0		13
Gotlands kommun	—	2		1		0		3
Blekinge län	3	4		3		0		10
Kristianstads län	5	3		3		2		13
Malmö kommun	—	1		1		0		2
Malmöhus län i övrigt	2	2	1	4	1	0	1	11
Hallands län	—	1		2	1	0	1	5
Göteborgs kommun	—	3		1		0		4
Gbg; s o. Bohus län i övrigt	—	1	1	3		0		5
Älvsborgs län	5	3	3	5		2	16	34
Skaraborgs län	6	4		2		9		21
Värmlands län	2	1		1		2		6
Örebro län	—	2		3		0		5
Västmanlands län	9	5		3		10		27
Kopparbergs län	8	2		3		0	2	15
Gävleborgs län	8	3		4	1	0	5	21
Västernorrlands län	3	2		3		0		8
Jämtlands län	3	3		1		0		7
Västerbottens län	5	2		4		0		11
Norrbottnens län	3	2		1		0		6
Hela riket	105	62	6	61	3	39	30	306

Anm.: Utöver ovanstående kvoteringar har s. k. nollkvoteringar beslutats 1976-03-03, 1976-10-25, 1977-10-27 och 1978-09-22.

Bilaga 17 Barn- och ungdomstandvård 1976

Procentuell andel fullständigt behandlade 3-19-åringar under år 1976 samt förändring av antal tandläkartimmar 1977/76^a

Huvudområde	% fullständigt behandlade	Rangnummer	Förändring av antal tandläkartimmar 1977/76 ^a
Västmanlands län	50,82	1	+ 12 748
Älvsborgs län	58,58	2	+ 11 126
Stockholms län	59,61	3	+ 3 128
Kalmar län	61,00	4	- 7 666
Skaraborgs län	61,70	5	+ 11 674
Blekinge län	61,90	6	+ 3 053
Kristianstads län	64,41	7	+ 9 963
Östergötlands län	66,52	8	- 8 471
Värmlands län	67,34	9	+ 6 050
Uppsala län	69,14	10	- 1 912
Gävleborgs län	69,36	11	+ 12 024
Göteborgs kommun	69,44	12	+ 2 154
Södermanlands län	69,86	13	+ 5 832
Kronobergs län	71,05	14	- 1 270
Malmöhus län i övr.	71,51	15	+ 7 831
Jämtlands län	71,90	16	+ 3 008
Kopparbergs län	72,08	17	+ 1 578
Malmö kommun	74,64	18	+ 1 621
Jönköpings län	76,09	19	- 4 541
Örebro län	77,31	20	+ 989
Gotlands kommun	77,48	21	- 3 226
Västernorrlands län	81,11	22	- 1 347
Gbg:s o. Bohus län i övr.	81,23	23	- 1 908
Hallands län	92,69	24	+ 3 059
Västerbottens län	94,30	25	+ 10 867
Norrbottnens län	96,29	26	+ 4 890
Hela riket	69,63		+ 81 264

^a Avser barn- och ungdomstandvård, avgiftsbelagd tandvård samt efterutbildning.

Bilaga 18 Tandläkare – distriktstandvård

Skillnad mellan antal tandläkare som anställts resp. entledigats under tiden oktober 1975–oktober 1978. Fördelning efter huvudmannaområde

Huvudmannaområde	Skillnad	
	+	-
Stockholms län	49	
Uppsala län	1	
Södermanlands län	13	
Östergötlands län	13	
Jönköpings län	10	
Kronobergs län	3	
Kalmar län	2	
Gotlands kommun	2	
Blekinge län	2	
Kristianstads län	11	
Malmö kommun	1	
Malmöhus län i övr.	15	
Hallands län	6	
Göteborgs kommun	3	
Gbg:s o. Bohus län i övr.	6	
Älvsborgs län	32	
Skaraborgs län	17	
Värmlands län	7	
Örebro län		6
Västmanlands län	25	
Kopparbergs län	10	
Gävleborgs län	17	
Västernorrlands län	10	
Jämtlands län	7	
Västerbottens län	8	
Norrbottnens län	10	
Hela riket	280	6

Bilaga 19 Barn- och ungdomstandvård 1974-1977

Procentuell andel fullständigt behandlade barn och ungdomar i åldersgruppen 3-19 år
1974-1977. Fördelning efter huvudmannområde

Huvudmannområde	1974	1975	1976	1977
Stockholms län	51,34	56,99	59,61	59,29
Uppsala län	71,28	72,05	69,14	67,07
Södermanlands län	67,59	68,75	69,86	74,05
Östergötlands län	61,69	61,39	66,52	64,94
Jönköpings län	56,97	67,57	76,09	80,97
Kronobergs län	64,56	71,53	71,05	70,41
Kalmar län	63,33	66,52	61,00	62,14
Gotlands kommun	69,87	69,07	77,48	67,90
Blekinge län	55,73	64,69	61,90	65,91
Kristianstads län	61,39	67,73	64,41	70,37
Malmö kommun	70,26	74,58	74,64	77,33
Malmöhus län i övr.	67,65	70,93	71,51	76,25
Hallands län	81,32	86,90	92,69	91,68
Göteborgs kommun	56,38	59,33	69,44	78,06
Gbg:s o. Bohus län i övr.	72,81	79,09	81,23	84,48
Älvsborgs län	55,69	57,41	58,58	60,90
Skaraborgs län	60,84	59,79	61,70	61,06
Värmlands län	67,63	67,55	67,34	69,43
Örebro län	70,01	74,95	77,31	79,50
Västmanlands län	55,29	55,68	50,82	50,31
Kopparbergs län	69,11	69,76	72,08	75,76
Gävleborgs län	66,52	65,98	69,36	75,10
Västernorrlands län	84,77	83,87	81,11	87,35
Jämtlands län	61,73	70,97	71,90	78,50
Västerbottens län	73,83	88,14	94,30	97,61
Norrbottens län	93,33	92,67	96,29	96,93
Hela riket	64,06	67,71	69,63	71,79

Bilaga 20 Andel vikarierande tandläkare

Antal tandläkare med vikariatsförordnande den 1 april, 1 augusti och 1 november 1978 inom distriktstandvård i procent av antal uppehållna tjänster 1978-04-01^a

Huvudmannaområde	1/4 1978	1/8 1978	1/11 1978
Stockholms län	7,2	9,1	10,4
Uppsala län	7,4	13,2	16,2
Södermanlands län	6,0	7,5	10,4
Östergötlands län	2,8	3,8	2,8
Jönköpings län		0,9	
Kronobergs län		3,9	3,9
Kalmar län			
Gotlands kommun	10,5	36,8	
Blekinge län			
Kristianstads län	3,3	7,7	6,6
Malmö kommun	9,6	6,1	8,7
Malmöhus län i övr	8,6	9,5	11,8
Hallands län	3,7	6,1	8,5
Göteborgs kommun	12,4	10,8	8,1
Gbg:s o Bohus län i övr	11,2	12,8	13,6
Älvsborgs län	2,3		0,8
Skaraborgs län			
Värmlands län			
Örebro län	1,2	1,2	1,2
Västmanlands län	2,7	1,3	
Kopparbergs län	3,5	4,7	7,1
Gävleborgs län	3,3	1,1	2,2
Västernorrlands län		1,0	
Jämtlands län	4,0	4,0	6,0
Västerbottens län	8,4	13,7	12,6
Norrbottens län			
Hela riket	5,1	6,0	6,3

^a Hel- och deltidstjänster enligt socialstyrelsens statistik.

Statens offentliga utredningar 1979

Kronologisk förteckning

1. Utbyggt skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader. S.
2. Naturmedel för injektion. S.
3. Regional laboratorieverksamhet. Jo.
4. Avskildhet och gemenskap inom kriminalvården. Ju.
5. Konsumentinflytande genom insyn? H.
6. Polisen. Ju.
7. Tandvården i början av 80-talet. S.



Statens offentliga utredningar 1979

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Avskildhet och gemenskap inom kriminalvården. [4]

Polisen. [6]

Socialdepartementet

Utbyggt skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader. [1]

Naturmedel för injektion. [2]

Tandvården i början av 80-talet. [7]

Jordbruksdepartementet

Regional laboratorieverksamhet. [3]

Handelsdepartementet

Konsumentinflytande genom insyn? [5]

KUNGL. BIBL.
1979-02-16
STOCKHOLM



LiberFörlag
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-04607-5
ISSN 0375-250X