

Hvad danske tandlæger bør vide om den svenske tandpleje

Bengt Öwall og Olle Hultén

Den svenske »allmänna tandvårdsförsäkringen« har virket i mere end 20 år. Systemet med faste priser og krav til godkendelse af behandlingsplanen for større protetiske behandlinger har i høj grad påvirket de svenske tandlægers virksomhed. Der har været meget gode muligheder for at give patienterne et højt behandlingsniveau til rimelige priser. Systemets detaljer og prisniveau er svære for en ikke-svensker at forstå. Når svenske tandlæger og tandteknikere gennem annoncering vil tilbyde behandling til udenlandske kunder til samme pris, er der grund til en nærmere forklaring af principper, lovgivning etc. For tiden er de timehonorarer, som er retningsgivende, SEK 710 (ca. DKK 618) for tandlæger og SEK 324 (ca. DKK 282) for laboratorietandteknikere. De faste priser if. prislisten skal overholdes også for patienter, som ikke får tilskud fra forsikringen, dvs. eventuelt tilrejsende danske patienter. En MK-krone koster fx i alt ca. SEK 2.563 (DKK 2.231). Klagesystemerne er væsentlige. Den formelle svenske garantiordning gælder ikke for udlændinge. Klager efter mere end to år efter behandlingen bedømmes heller ikke i de eksisterende klagesystemer.

Artiklen er baseret på et aftenkursus afholdt af Kursusnævnet DTF ultimo 1995.

Hensigten med artiklen er at informere de danske tandlægekolleger korrekt om det svenske tandplejesystem og det svenske prisniveau for såvel kliniske som laboratorietekniske ydelser, så tandlægerne kan få tilstrækkelig viden til at kunne informere patienter, som tænker på at tage til Sverige for tandbehandling. De »større« problemer med at skifte tandlæge for et enkelt stykke arbejde, behovet for langsigtet planlægning og eftersyn og princippet med behandling i dens rigtige forstand i stedet for køb af enkelte ydelser diskuteres ikke, men må ligge i baggrunden som en selvfølgelighed for alle.

Det svenske tilskudssystem

Den svenske »allmänna tandvårdsförsäkringen« blev indført i 1974 og omfatter alle borgere over 19 år, dvs. dem, som ikke omfattes af den frie børne- og ungdomstandpleje, og stort set alle tandlæger, såvel den private halvdel som de offentligt ansatte. Der er mindre end én procent af tandlægerne, som står uden for forsikringsordningen. Prisniveauet skulle være det samme for privatpraktiserende tandlæger, som i hele landet dækker ca. 80% af voksentandplejen, og den offentlige sektor. Forsikringen har altså virket i mere end 20 år, hvilket betyder, at de allerfleste svenske tandlæger aldrig har oplevet en »fri« tandpleje og princippet med en fri prissætning. Tandlægerne har heller ikke mulighed for direkte at åbne en klinik og søge om tilslutning til forsikringssystemet. Man er nødt til at købe sig en etableringstilladelse fra en tandlæge, som går på pension eller holder op af andre grunde. Antallet af praktiserende inden for forsikringen styres således af myndighederne.

Den behandlingsmæssige og politiske baggrund for forsikringen var, at alle skulle have råd til den tandpleje og den tandbehandling, de havde behov for, uden at dette kunne præciseres nærmere end patientens ønske og tandlægens faglige diagnose. Visse behandlinger fik særligt tilskud, i begyndelsen profylakse, helproteser og omfattende behandlinger af alle typer gennem et økonomisk tilskud, som blev forholdsvis større, desto »sygere/mere behandlingskrævende/dyrere« patienten var. Man kaldte det højomkostningsbeskyttelse på samme måde, som fandtes fx for medicinforbrug. Der er løbende sket ændringer af detaljer; helprotesesatsningen blev hurtigt fjernet, den økonomiske satsning på profylakseydelser ligeledes, men princippet med forholdsvis større økonomisk tilskud til dem, som »behøver« omfattende behandling, er bevaret.

Der har hele tiden været én fast prisliste for tandlægearbejder (ekskl. evt. teknikpris) og én for tandtekniske arbejder (ekskl. ædelmetal, protesetænder og implantatdele) med en mængde særligt prissatte ydelser, men også visse typer ydelser, som honoreres efter tidsforbrug, fx tandrensning,

profylakse og oralkirurgiske operationer på tandlægesiden.

Kun laboratorier, som er anerkendt af Socialstyrelsen (Sundhedsstyrelsen), må benyttes, og der betales kun for protetiske materialer, som er optaget på NIOM's sertifiseringsliste. Prislister revideres ca. en gang om året for såvel tandlæge- og tandteknikerarbejder som timehonoraret for tandlæger, tandteknikere, tandplejere og klinisk arbejdende klinikassistenter (fx profylaksearbejde og information). Visse specialister kan på deres tandlægedel af prisen forlange et tillæg på 30%. Der findes for tiden formelle specialer i ortodonti, oral kirurgi, børnetandpleje, parodontologi, endodonti, protetik, radiologi og bidfunktion. Priserne for alle personalekategorier er maksimerede, hvilket betyder, at tandlægen, tandplejeren og klinikassistenten ikke har lov til at fakturere et højere beløb end det, som står i prislisterne. Tandteknikeren har formelt ret til at tage en højere pris af tandlægen, som dog ikke må kræve det af patienten, hvorfor prislisterne i virkeligheden gælder også for laboratoriearbejderne. Princippet er, at prisen skal være behandlingsneutral, dvs. tandlægen og tandteknikeren skal have nogenlunde den samme timeindtægt for alle typer af behandlinger.

Faktureringsmåden er altid den samme. Følgende summeres, alt efter prislisterne: 1) tandlægeligt arbejde inkl. materialer for fyldninger, aftryk etc., 2) tandteknisk arbejde inkl. materialer som voks, gips etc., 3) protetiske materialer, fx protesetænder og implantatdele (her faktureres depotprisen), guld og ædelmetaldele, fx attachments, 4) tandplejerarbejde, og 5) klinikassistentarbejde på patient (ikke klinisk assistance).

Patienten får alle detaljer på sin regning, og patientens del af prisen regnes ud med forskellige procenter i forhold til totalpriseniveau. Tandlægen får patientdelen af betalingen direkte af patienten og resten fra forsikringskassen, når regningerne månedsvis sendes ind. Laboratordelen betales altid direkte til laboratoriet fra forsikringskassen. Tandlægen har således ikke noget direkte økonomisk forhold til tandteknikeren. Laboratoriet er derfor altid garanteret sin betaling, og tandlægen også altid sin betaling fra forsikringen. Tandlægen løber således kun en økonomisk risiko for patientdelen af behandlingen.

For tiden er der intet tilskud på de første 700 SEK, derefter 25% op til 3.000 SEK, 40% mellem 3.000-7.000 SEK, og 70% på beløb over 7.000 SEK. Denne procentberegning udregnes på totalen af tandlæge-, tandtekniker-, tandplejer- og klinikassistenthonorar samt protetiske materialer. For guld er tilskuddet altid 50%.

Hvad må man udføre?

Al behandling, som er »odontologisk motiveret«, kan udføres, inkl. æstetiske aspekter, dog ikke rent kosmetisk tandpleje og visse typer af implantatbehandlinger.

Hvis en protetisk behandling per kæbe overskrider fire led, to kroner og én partiel protese eller inkluderer implantater, skal et behandlingsforslag (en »förhandsprövning«) sammen med røntgenbilleder indsendes til forsikringskassens lokale amtskontor. »Förhandsprövningen« er en simpel blanket, som tandlægen bliver honoreret for at udfylde (195 SEK). Der er sjældent problemer hermed, og inden for en måned har tandlægen svar, som meget sjældent går denne imod.

Hvis tandlægen og patienten bliver enige om en behandling, der ikke gives tilskud til, fx udskiftning af gode amalgamfyldninger, uden at der foreligger et medicinsk behov, kosmetisk tandpleje eller implantater i ikke godkendte regioner, skal en »förhandsprövning« altid indsendes, til trods for at patienten skal betale 100% af prisen i prislisterne, som ikke må overskrides. Udskiftning af amalgamfyldninger, som er defekte eller af odontologiske grunde bør skiftes, kan laves som indlæg i guld, porcelæn eller plastfyldninger efter de sædvanlige erstatningsregler.

For implantatbehandling gælder, at der gives tilskud, hvis den bruges i helt tandløse kæber, ved unilateral tandløshed inkluderende alle tænder bag den centrale incisiv, bilateral tandløshed bag hjørnetænderne, frontal tandløshed inkluderende incisiver og hjørnetænder samt enkelttandsmellemrum med intakte nabotænder. Udføres implantatbehandlingen uden for disse regler, skal patienten betale kirurgidelen selv, mens protetikdelen går ind under tilskudsreglerne. Desuden gælder, at implantatkirurgien skal udføres af en specialist i oral kirurgi eller parodontologi og protetikdelen af en specialist i protetik eller en tandlæge, som har gennemgået et specielt af Sundhedsstyrelsen godkendt kursus omfattende to uger og kontrolleret behandling af tre kæber. Disse tandlæger findes registreret hos amtets forsikringskassekontor. Implantatbehandlingerne skal også laves med godkendte implantatsystemer, som for tiden er Astra, Brånemark, Frialit-2, Implanmed og IMZ.

Visse patienter får behandlingen helt gratis (tilsvarende § 58), hvilket også administreres gennem forsikringskassen efter samme principper for »förhandsprövning«. Det gælder fx misdannelser, defekter i ansigt eller kæbeområdet pga. sygdom, afvigende reaktioner på dentale materialer (fx amalgam, hvis en medicinsk sammenhæng kan vises), skader ved epileptisk anfald, skader pga. mundtørhed (inkl. caries) efter strålebehandling eller Sjögrens syndrom. Disse patienter får gennem hele livet gratis omlavninger eller udvidelser af deres behandling, når der er indikation for dette.

Den svenske annoncering

I Sverige er det frit for alle læger, tandlæger, tandplejere og tandteknikere (der findes ikke kliniske tandteknikere, idet al ►

protetik udføres af tandlæger) etc. at annoncere i telefonbog, presse og andre medier. Man er underkastet de generelle regler om korrekthed og god konsumentoplysning. Det eneste, der er klart udtalt, er, at en tandlæge eller læge ikke må betegne sig som specialist, hvis han ikke har den formelle specialistanerkendelse. Den svenske type annoncer, man kan se i den danske presse, er helt i overensstemmelse med, hvad man ser i svenske aviser.

Garanti og klagesystemer

Inden for forsikringen er man forpligtet til at give garanti for aftagelig protetik på ét år og for fast protetik på to år regnet fra dagen for udlevering eller cementering. Patienten får på sin regning en særlig information om garantiordningen og en notering af de aktuelle udleverings- respektive cementeringsdatoer. Garantien gælder, hvis arbejdet skal laves om, dvs. hvis tandlægen selv eller en anden tandlæge finder, at det skal gøres. Grunden kan være fx dårligt udført arbejde, løsning af kroner eller broer, frakturer af tænder, rødder, metaldele eller porcelæn, caries etc. Et vigtigt princip er, at patienten kan gå til en ny tandlæge, som sender en »förhandsprövning« ind til forsikringskontoret, som vurderer sagen, og hvis den godkendes, får tandlægen betalt hele regningen gennem forsikringen, og modsvarende beløb trækkes fra den første tandlæges næste månedsudbetaling. Tandlægerne har oftest en privat forsikring til at dække denne risiko. Grundpræmien for denne forsikring er 4.010 SEK per år med 1.000 SEK som selvrisikobeløb. Der findes flere såkaldte malusklasser, og har man flere omlavninger bliver præmien dyrere.

Visse typer af skader henføres helt til laboratoriet som tandteknikerfejl som fx porcelænsfrakturer, metalbrud i broer og stelfrakturer i unitorer. Laboratorierne laver arbejdet om gratis og betaler tandlægehonorar for det kliniske arbejde. De fleste laboratorier har en særlig forsikring for dette i et privat forsikringselskab.

Ud over garantien findes der i princippet to klagesystemer, et uofficielt inden for tandlægeforeningerne eller den offentlige tandplejes organisation, og et formelt. De lokale tandlægeforeninger (kredsene) har alle deres klagenævn, som behandler klager over medlemmer og derved vurderer behandlingerne, afviser klagen eller foreslår forlig eller tilbagebetaling samt hjælper med at finde en ny tandlæge. De er dog ikke retslige instanser og har ikke andre magtmidler end de kollegiale.

Den formelle klageinstans er en speciel domstol, »Hälsö och Sjukvårdens Ansvarsnämnd« (HSAN), der er landsdækkende. Den vurderer klager over alt helse- og plejepersonale og idømmer »næser« (påtale eller advarsel), trækker autorisationen tilbage eller begrænser receptretten. Denne kla-

geinstans vurderer ikke økonomi og kan ikke idømme økonomisk kompensation. Den er dog meget vigtig for tandlægerne, og det er for de fleste en meget alvorlig sag at få en »næse«, som bliver offentliggjort i avisen og hurtigt kendt blandt patienterne. HSAN bedømmer ikke behandlinger, som er mere end to år gamle, og det gør de fleste lokale klagenævne heller ikke. Det står selvfølgelig alle patienter frit for at gå til en almindelig domstol. Dette sker dog stort set aldrig. I virkeligheden har en patient således efter to år ingen mulighed for at klage og ingen mulighed for at få økonomisk kompensation. Ud over dette har alle tandlæger en forsikring for skader på patienter, som kan løbe op til 10 år efter behandling.

En dansk patient i Sverige

De svenske tandlæger, som er knyttet til forsikringen, både de private og de offentligt ansatte, har lov at tage patienter fra hele landet og udlandet. De skal dog holde sig til prislisten for alle patienter. De, som bor i Sverige, får tilskud som beskrevet oven for, og de udenlandske må selv betale hele beløbet. Regningen skal skrives på den officielle forsikringsblanket, og kopi skal sendes til forsikringskontoret, også selv om tandlægen ikke får nogen betaling derfra. Når det gælder implantatbehandlinger og mere omfattende protetiske behandlinger, er det uklart, om »förhandsprövning« skal sendes ind, før behandlingen påbegyndes. Man får ikke et entydigt svar på dette fra myndighederne. En dansk patient kan imidlertid altid konsultere det lokale forsikringskass kontor og kontrollere regningen, eller om den pågældende tandlæge er kvalificeret til at behandle med implantater inden for forsikringen. Det er nemlig muligt for enhver tandlæge at udføre implantatbehandlinger i henhold til sin autorisation, men i realiteten udføres de fleste implantatbehandlinger inden for forsikringen og af godkendte tandlæger med godkendte implantatsystemer.

Den udenlandske patient har ingen garanti gennem forsikringskassen og må i fornødent omfang træffe aftale om garanti med tandlægen og tandteknikeren direkte. Patienten bør være klar over, at den klageinstans, som findes, og som kan løse økonomiske kontroverser, er den lokale forening af Sveriges Tandläkareförbundet, og en dansk patient bør således sikre sig, at privattandlægen er medlem. Henvender en dansk patient sig til den offentlige tandpleje, Folk tandvården, findes et internt klagesystem inden for organisationen.

Nogle priseksempler fra prisliste gældende fra juli 1996

Man kan ikke svare på spørgsmålet, hvad en krone eller en treleddet bro koster for en svensk patient. Den er nemlig

afhængig af den øvrige behandlings omfang og det tilskuds-niveau, patienten befinder sig i. For udenlandske patienter kan man derimod følge prislisen direkte både for tand-lægearbejde og tandteknikerarbejde. Guld, protesetænder, implantatdele etc. faktureres efter forbrug.

Prislisen er ikke helt let at forstå, og derfor gives i Tabel 1-7 nogle eksempler, som muligvis kan være relevante for danske patienter. Kursen i eksemplerne er 0,87.

Tabel 1. Timehonorarer for tidsbetalte ydelser i SEK og omregnet til DKK, som optælles i rater a 5 min. Disse timehonorarer er i princippet, hvad man mener en tandlæge eller tandtekniker skal have i bruttoindtægt pr. time. Prisen for stykprishonorerede ydelser er beregnet nogenlunde ud fra den tid, de tager, og relaterer på denne måde til timehonoraret.

	SEK	ca. DKK
Tandlæge	710	618
Specialtandlæge	924	804
Tandplejer	431	375
Laboratorietandtekniker	324	282
Klinikass. (eget klin.arb.)	258	224

Tabel 2. Nogle eksempler på faste priser på ikke-protetiske ydelser.

	SEK	ca. DKK
Undersøgelse	163	142
Intraoralt røntgenbillede	22	19
Ekstraktion én tand	195	170
Yderligere tand i samme region	73	64
Rodfyldning én kanal	650	566
Rodfyldning to kanaler	911	793
Rodfyldning tre kanaler	1.171	1.019
Amalgamfyldning én flade	131	114
Amalgamfyldning to flader	216	188

Tabel 3. Pris for støbt opbygning i SEK og omregnet til DKK. Prisen er den samme for alle tænder, uanset antal af rodstifter. Divergerende stifter og todelte opbygninger må faktureres ekstra fra tandtekniker, ikke af tandlægen.

	SEK	ca. DKK
Tandlægehonorar	601	523
Tandteknikerhonorar, model	237	206
Tandteknikerhonorar, opmodellering og støbning	288	251
Guld efter forbrug (her 2 g)	212	182
Totalpris ca.	1.338	1.162

Tabel 4. Pris for kroner (her MK-krone) i SEK og omregnet til DKK. Tandlægen får samme honorar for MK-kroner, porcelænskroner, guld-/plastkroner, finérkroner, stiftkroner, broanker og kroner på enkelttandsimplantater uafhængigt af, hvilken tand det gælder. Partielle kroner, onlays og indlæg har en speciel pris, som er lavere. Prisen her gælder første krone i en kvadrant. Prisen for anden og følgende kroner i samme kvadrant er for tandlægen SEK 776 (675 DKK). Skal en gammel krone fjernes, må tandlægen fakturere ekstra for det, fx ca. 20 min. timehonorar.

	SEK	ca. DKK
Tandlægehonorar, krone	1.076	936
Tandlægehonorar, temporær krone	119	104
Tandteknikerhonorar, model	237	206
Tandteknikerhonorar, opmodellering og støbning	419	365
Tandteknikerhonorar, porcelænsarbejde	317	276
Guld efter forbrug (her 3 g)	395	344
Totalpris ca.	2.563	2.231

Tabel 5. Pris for fireleddet MK-bro (to ankertænder, to mellemed) i SEK og omregnet til DKK. Tandlægen må fakturere det første broanker som den første krone i kvadranten, og det andet broanker som den anden krone i kvadranten. For provisoriske broer må kun ankertænderne faktureres med tandlægehonorar. Tandteknikerer må fakturere »sammenlodninger«, også selv om delene er støbt sammen.

	SEK	ca. DKK
Tandlægehonorar, provisorisk bro	238	207
Tandteknikerhonorar, provisorisk bro	750	653
Tandlægehonorar, 1. broanker	1.076	936
Tandlægehonorar, 2. broanker	776	675
Tandlægehonorar, to mellemed	556	484
Tandteknikerhonorar, model 1. krone	237	206
Tandteknikerhonorar, model 2. krone	80	70
Tandteknikerhonorar, fire led MK opmodellering og støbning	1.676	1.458
Tandteknikerhonorar, tre sammenlodninger	192	167
Tandteknikerhonorar, fire led porcelænsarbejde	1.268	1.103
Guld efter forbrug (her 10 g)	1.316	1.145
Totalpris ca.	8.165	7.104

Tabel 6. Implantatretineret hel overkæbebro (specialistbehandling). Implantatbehandlingen i en tandløs kæbe honoreres for kirurgidelen efter princippet 1-3 implantater (6.936 SEK) og fire eller flere implantater (10.103 SEK). Protetikdelen for en hel bro faktureres efter en standardpris uafhængig af, hvor mange implantater der er, og hvor mange tænder der bliver i broen. Materialet i broen, fx protesetænder på guldskeletet eller metalkeramik, giver ingen forskel i honorar for tandlægen, men en prisforskel på laboratoriesiden. Der er en standardpris, også for tandteknikeren, som er beregnet på guldskelet/protesetænder eller akrylat. Hvis der laves MK, kan teknikeren beregne et ekstra tillæg af SEK 317 per led. Guld og implantatdele faktureres separat. Tilsvarende behandling i underkæben er noget billigere. I denne pris indgår ikke evt. temporær protese eller korrigeringer af en tidligere protese, heller ikke efterfølgende røntgenundersøgelse eller andre kontroller.

	SEK	ca. DKK
Røntgenundersøgelse OP	260	226
Oral kirurgi (specialtandlæge), fire eller flere implantater	10.103	8.790
Protetik, specialtandlægehonorar	14.905	12.967
Tandteknikerhonorar	10.129	8.812
Tandteknikerhonorar, tillæg MK	3.804	3.309
MK guld (her 50 g)	6.580	5.725
Seks stk. guldhætter	2.475	2.153
Seks stk. skruer	900	783
Seks stk. Brånemark fikstur 13 mm	11.436	9.949
Seks stk. Esthetic Cone abutments	6.936	6.034
Totalpris ca.	67.528	58.748

Tabel 7. Implantatbehandling i delvis betandet kæbe. Protetikhonorarer efter samme regler som for kroner og broer på naturlige tænder. Prisseksempl for enkelttandsimplantat Cera One Brånemark.

	SEK	ca. DKK
Røntgenundersøgelse OP	260	226
Oral kirurgi (specialtandlæge), 1-3 implantater	6.936	6.034
Protetik, specialtandlægehonorar	1.399	1.217
Brånemark fikstur 15 mm	1.525	1.237
Cera One abutment	1.418	1.234
Tandteknikerhonorar	1.677	1.459
Totalpris ca.	13.215	11.497

Forsikringsordningen gennem 20 år

Den første reaktion i 1974 var for de fleste tandlæger og tandteknikere en irritation over at skulle følge de administrative regulativer med faste priser, regninger og godkendelse af større behandlinger og en følelse af at være overvåget af myndighederne ind i mindste detalje. Forholdsvis hurtigt blev de dog klar over, at der var store gevinster ved systemet, både behandlingsmæssigt og forretningsmæssigt. Man fik simpelthen meget arbejde, spændende arbejde med større behandlinger og en stor sikkerhed for, at størstedelen af betalingen skete direkte, når regningen blev sendt ind, samtidig med at man fik tilfredsstillelsen ved at kunne hjælpe flere patienter bedre.

Der blev i begyndelsen en forholdsvis stærk modsætning mellem tandlægerne og visse af myndighedspersonerne, som mente, at tandlægerne »solgte« for meget fast protetik, men med årene blev der en forståelse for, at når de økonomiske muligheder er til stede, hvilket var hensigten med forsikringen, så vælger patienterne også gerne den faste protetik frem for den aftagelige, hvis der findes behandlingsmæssige forudsætninger derfor. Behandlingsplanlægningen blev sikrere, mere velovervejet, og røntgenbillederne bedre, når man skulle sende dem ind til en konsulent/kollega for vurdering og eventuelt kunne argumentere for sine synspunkter. Det viste sig dog, at en stor del af udvidelsen af den faste protetik ikke alene var ved de helt store behandlinger, men snarere, at den kan forklares ved i, at flere stærkt destruerede tænder blev bevaret med rodfyldning og kronebehandling, og at kronebehandling blev brugt i stedet for store og tvivlsomme fyldninger. Man kan godt påstå, at den restaurative behandlingskvalitet øgedes dramatisk.

Tandlægerne blev med tiden mere og mere socialt engagerede og brugte samfundsodontologiske aspekter på tandplejen i deres diskussioner og forhandlinger med myndighederne.

Efterhånden var det dog svært at holde det forholdsvis acceptable økonomiske niveau, der blev tiltrådt i starten, og i de seneste år har tandlæger og tandteknikere ikke fået den forhøjelse af prisniveauet, som den øvrige omkostningsudvikling i samfundet burde have udløst. Der er også planlagt drastiske ændringer i tilskudssystemet af myndighederne. For mindre end et år siden blev det klart, at forslaget om den præmietandpleje, hvor tandlægerne skulle træffe en aftale med patienten om en årlig præmie, som skulle betales, uanset om behandling var nødvendig eller ej, men at tandlægen, når behandling var nødvendig, skulle udføre denne uden yderligere honorar, ikke kunne gennemføres pga. tandlægernes meget stærke negative reaktioner. Det var imidlertid tæt på at blive gennemført, hvilket viser, hvor udsatte tandlæger og

tandteknikere er, når de én gang er blevet »socialiserede«. Det kostede selvfølgelig enorme arbejdsindsatser og penge at gå ind i den politiske strid.

Den samfundsmæssige interesse fra tandlægerens side sammen med de muligheder for statistiske analyser, som forsikringen selv havde givet, var en meget vigtig faktor i argumentationen dengang. For tiden er der også store politiske planer om at reducere eller helt afvikle tilskuddet til tandpleje for den almindelige borger. Alt selvfølgelig begrundet i den vanskelige økonomiske situation i Sverige. Sådanne ændringer vil formentlig ikke påvirke forholdene for danske patienter, som tager til Sverige, i væsentlig grad, eftersom de i forvejen betaler hele behandlingen uden tilskud.

Forsikringen har givet en fin mulighed for videnskab omkring tandplejen, som ikke havde været til stede uden den, og som på flere fronter har haft betydning for både den svenske tandpleje og for den mere internationalt orienterede forskning. Nogle eksempler er doktorafhandlingerne af *Håkansson J* (1) og *Håkansson R* (2) om tandplejevaner, tandstatus og attituder til tandsundhed, en serie arbejder over produktionen af tandplejeydelser af *Sundberg & Öwall* (3-5), sammenligninger mellem privat og offentlig voksentandpleje (6, 7) og nogle studier om behandlingstyper og behandlingsresultater i almen praksis, fx i endodonti (8) og fast protetik (9-11).

English summary

What Danish dentists should know about the Swedish Dental Care System

The Swedish »National Dental Insurance Scheme« (»allmänna tandvårdsförsäkringen«) has been in operation for over 20 years, and through its system of fixed prices and its requirement for prior approval of treatment plans for major prosthodontic treatment it has greatly influenced the practice pattern of Swedish dentists. The scheme has enabled the patients to be given a high level of restorative treatment at reasonable prices. The details and price levels in this system are difficult for a non-Swede to understand. As Swedish dentists and laboratory dental technicians advertise, offering their services to foreign customers at the Swedish prices, it is necessary to explain the principles, legislation etc., in more detail. At the present time the maximum hourly fees are SEK 710 (abt. DKK 618) for dentists and SEK 324 (abt. DKK 282) for laboratory dental technicians. It is mandatory to charge the fixed list prices, also to patients who are not eligible for refunds from the National Dental Insurance Scheme, e.g. visiting Danish patients. The total cost of a metal-ceramic crown is some SEK 2,563 (DKK 2,231) and of a 4-unit metal-ceramic bridge is about SEK 8,165 (DKK 7,104). The complaint system is a very

important aspect to bear in mind. A foreign patient is in a much weaker position than a Swedish patient, because the formal guarantee scheme does not apply to those who are not living in Sweden. Furthermore, any complaints made more than two years after the completion of a treatment are not accepted in the existing complaint system. ■

Litteratur

1. Håkansson J. Dental care habits, attitudes towards dental health and dental status among 20-60-year-old individuals in Sweden. (Thesis). Malmö, 1978.
2. Håkansson R. Tandvårdsvanor och tandstatus bland vuxna i Sverige 1974-1985. (Thesis). Malmö, 1991.
3. Sundberg H, Öwall B. Försäkringstandvården under åren 1974-1981. Tandvårdens inriktning inom privattandvården. Tandläkartidningen 1984a; 76: 9-30.
4. Sundberg H, Öwall B. Försäkringstandvården under åren 1974-1981. Vårdinnehållet inom olika åldersgrupper behandlade i privattandvården. Tandläkartidningen 1984b; 76: 376-91.
5. Sundberg H, Öwall B. Försäkringstandvården under åren 1981-1985. Tandvårdens inriktning inom privattandvården. Tandläkartidningen 1987; 79: 1396-406.
6. Sundberg H, Öwall B. Försäkringstandvården under åren 1974-1981. Tandvårdens inriktning inom folktandvård och privattandvård i tre försäkringskassområden under åren 1976, 1978 och 1981. Tandläkartidningen 1984c; 76: 837-48.
7. Sundberg H, Lindblom Ch, Randver L. Vuxentandvården i Kalmar län år 1991. Tandläkartidningen 1993; 85: 236-45.
8. Petersson K. Studies on endodontic status in Swedish populations in the years 1974 to 1995. (Thesis). Malmö, 1993.
9. Randow K, Glantz P-O, Zöger B. Technical failures and some related clinical complications in extensive fixed prosthodontics. An epidemiological study of long-term clinical quality. Acta Odontol Scand 1986; 44: 241-55.
10. Glantz P-O, Ryge G, Jendresen MD, Nilner K. Quality of extensive fixed prosthodontics after five years. J Prosthet Dent 1984; 52: 475-9.
11. Karlsson S. Failures and length of service in fixed prosthodontics after long-term function. A longitudinal clinical study. Swed Dent J 1989; 13: 185-92.

Forfattere

Bengt Öwall, professor, odont.dr.

Afdeling for Protetik, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Olle Hultén, direktør, examinator, laboratorietandtekniker
Teknodont Malmø, Sverige.