

Mot ett nytt tandvårdssystem

Lars G Petersson

Ingvar Westerberg

I denna artikel presenteras och belyses olika förutsättningar och förslag att förändra nuvarande försäkringssystem inom tandvården. Strävan att förändra tandvårdsförsäkringen hänger samman med den förbättrade tandhälsan och innehållet i den nya tandvårdslagen. Lars G Petersson är docent och klinikchef vid Odontologiska specialistkliniken i Halmstad och Ingvar Westerberg fil. dr. och högskolelektor, Ekonomiska institutionen, universitetet i Linköping.

Bakgrund

Hälso- och sjukvårdssektorn i Sverige har expanderat stadigt sedan början av 60-talet och utgör idag närmare 10 procent som andel av bruttonationalprodukten mot knappt 5 procent år 1960 (SCB, 1986, OECD, 1984). Även tandvården uppvisar i stort sett en likartad tillväxt. 1984 motsvarade tandvårdssektorn 9,6 procent av hälso- och sjukvårdssektorn. För finansieringen av tandvården samma år svarade det offentliga för hela 70 procent fördelat på 44 procent för staten och 26 procent för landstingen (Westerberg, 1986).

Tandvårdssektorn motsvarar ca 10 procent av hälso- och sjukvårdssektorn, ca 2/3 av kostnaderna finansieras av det offentliga och 1/3 av patienten.

Tandvårdstaxans historiska framväxt och utformning

Det var först i 1970 års utredning Allmän tandvårdsförsäkring (SOU 1982:81), man kom att pröva förutsättningar och skäl till ett ersättningsystem inom vuxentandvården som baserades på en kombination

av såväl prestation som arbetstid samt ett delersättningssystem baserat enbart på tid.

Dessförinnan hade man inom den privata tandvårdssektorn i princip tillämpat en arvodesersättning med mestadels styckepriser, även om tidsdebitering i viss utsträpning förekom. Inom den offentliga tandvården betalade patienten efter en fast taxa som i princip var styckeprisdefinierad.

Utredningen om Allmän tandvårdsförsäkring kom efterhand att fastna för ett system där i princip ersättningen till producenten (tandläkararvodet) grundades på prestation, uttryckt i tex antal utförda behandlingar eller sk åtgärdsmoment. Dessa kom att angivas i en ny tandvårdstaxa tillsammans med anvisningar och riktlinjer för dess tillämpning.

I samband med införande av den nya tandvårdsförsäkringen kom diskussionerna främst att handla om principer för debitering och regler för ersättning. Någon egentlig diskussion om vilka konsekvenser som den nya tandvårdstaxan skulle få för tandhälsan i befolkningen fördes inte. Det genomgripande målet för tandvårdsförsäkringens införande var främst att politiskt och ekonomiskt tillgodose vårdefterfrågan i befolkningen. Några krav på att tillgodose befolkningens tandhälsobehov medförde inte försäkringen.

Målet för tandvårdsförsäkringens införande var att stimulera till en ökad vårdefterfrågan för stora delar av befolkningen.

.....
Tandvårdssektorn motsvarar ca 10 procent av hälso- och sjukvårdssektorn. Ca 2/3 av kostnaderna finansieras av det offentliga och 1/3 av patienten
.....

.....
Målet för tandvårdsförsäkringens införande var att stimulera till en ökad vårdefterfrågan för stora delar av befolkningen
.....

Vissa röster, både inom de odontologiska och ekonomiska leden, framförde dock åsikten att taxans prestationsinriktning skulle få en begränsad effekt på befolkningens tandhälsa i framtiden relaterat till de kostnader som var förknippade med försäkringen.

Från början ersatte försäkringen 50% av tandvårdskostnaderna, utom för profylax och tandtekniskt arbete. 1980 ersattes dock försäkringens ersättning till patienterna för profylax och helproteser från 75 till 50 procent. Detta påverkade dock inte tandläkararvodet för dessa tjänster. Kostnaden för ädla metaller och annat tandtekniskt material kom vidare att 1981 betalas av patienten på samma sätt som övriga kostnader inom taxan.

Försäkringen ersätter från 1 juli 1984 40 procent av patienternas tandvårdskostnader inkl kostnader för tandbehandlingsarbeten upp till 2500 kr. För kostnader över 2500 ersätter försäkringen 75%.

Utöver regelbundna justeringar av taxenivån efter förhandlingar mellan olika intressenter i Riksförsäkringsverkets regi har ändringarna i tandvårdstaxan varit mycket begränsade. Regeringen har nyligen uppdragit åt Riksförsäkringsverket att med utgångspunkt i tandvårdsutredningens förslag till förenklingar och vissa förbättringar gällande tandvårdstaxa, bla lägre arvode för bla fast protetik samt ökad debitering av förebyggande vård (RFV 1986).

Principerna bakom tandvårdstaxans ersättningssystem

* Ersättningssystemet bygger på ersättning efter utförd prestation, dvs ett fee-for-service-system.

Den generella utgångspunkten inom allmän tandvård har varit att åstadkomma en taxa som ger tandläkaren i genomsnitt samma timintäkt oberoende av vilken typ av behandling som utföres, sk taxeneutralitet. Som grund för taxenivån ligger uträknade genomsnittskostnader för de olika åtgärderna i tandvårdstaxan.

Tandvårdsreformens ersättningssystem bygger på principen om ersättning efter prestation, dvs ett sk fee-for-service-system samt sk taxeneutralitet, dvs producenten (tandläkaren) ska i genomsnitt erhålla samma ersättning per tidsenhet oberoende typ av behandling. Nuvarande taxekonstruktion styr i alltför hög grad en reparativ produktionsinriktning inom tandvården, något som icke står i överensstämmelse med målsättningarna i den nya tandvårdslagen.

Av de 82 åtgärderna inom allmäntandvården debiteras 22 efter tidsåtgång och 60 med styckpris.

Beträffande ambitionerna om taxeneutraliteten mellan olika åtgärder har stora ansträngningar gjorts att studera vårdpanoramats utveckling i relation till det ekonomiska utfallet per timme arbetad tid. De bristfälligheter som tycks föreligga härvidlag för de sk arvodesrelationerna* är svåra att komma till rätta med eftersom tidsåtgången kan förändras av så många orsaker, tex ändrade arbetsmetoder, ändrade produktivitetsförhållanden genom tekniska innovationer, diagnostiska beslutsnivåer, uppföljning av tidigare åtgärder osv. Känsligheten för kompensation för en åtgärd i förhållande till en annan är beroende av kvantitativt utfall, vilket i sin tur beror på tidigare vårdprofil, sjukdomsutveckling, vårdbehov, vårdefterfrågan etc.

Undersökningar av den allmänna tandhälsoutvecklingen i Sverige bland vuxna är begränsad till regionala studier, såsom de sk Kockums-studierna (Björn, 1974 och Söderholm, 1979), Jönköpingsstudierna (Hugosson et al, 1986), Gävleborgsstudien (Holm mfl, 1982), Kopparbergsstudien (Uhrbom mfl, 1984) samt till specialstudier av institutionsbundna och äldre patienter (Nordenram & Böhlén, 1981, Österberg, 1981, Palmqvist, 1986). Detta har lett till att den grupp inom Riksförsäkringsverket som har till uppgift att följa den odontologiska utvecklingen och skall justera åtgärdsrutinerna och gällande anvisningar för taxan har begränsade möjligheter att via tillgängliga epidemiologiska data följa tandhälsoutvecklingen i

* De arbetstidsstudier som genomfördes av utredningen Reviderad tandvårdstaxa (SOU 1982:50) konstaterade bla att åtgärdsgruppen fast protetik var överbetald och åtgärdsgruppen fyllningar underbetald i relation till den tillämpade principen om taxeneutralitet.

.....
Tandvårdsreformens ersättningssystem bygger på principen om ersättning efter prestation

landet. Man har dock indirekt genom att studera åtgärdsstatistiken i viss utsträpknig kunna spegla trender av tandhälsoutvecklingen (Sundberg, 1984).

Vi bedömer det dock som synnerligen svårt att rättmätigt och i efterhand justera en tandvårdstaxa utifrån regionala epidemiologiska data som inte är riksrepresentativa och icke överensstämmer med den reella tandhälsan och dess aktuella utveckling i samhället.

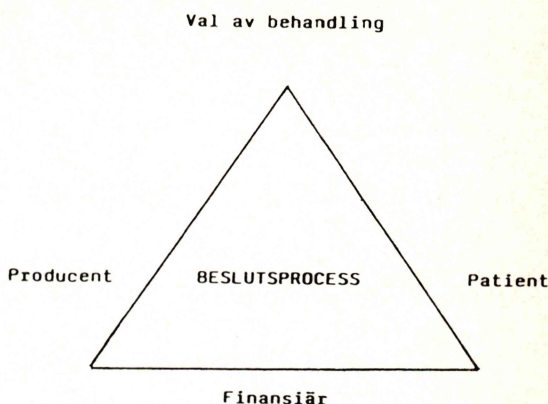
Uppföljningen av taxans ekonomiska utfall är där till starkt begränsad till den statistik som finns tillgänglig på Riksförsäkringsverket. Bland annat saknas ett kontinuerligt uppföljningssystem för omkostnaderna, vilket medför att speciella omkostnadsstudier har måst genomföras för vissa år. De kostnadsuppgifter som finns tillgängliga omfattar enbart bokförda kostnader vilket bla medför vissa svårigheter att genomföra samhällsekonomiska analyser.

Svagheter med nuvarande taxekonstruktion.

Principerna bakom nuvarande taxekonstruktion kan sammanfattas i följande 3 punkter, nämligen 1. taxeneutralitet per tidsenhet; 2. ersättning enligt ett sk *fee-for-service system*, dvs ersättning efter prestation och 3. en ersättningsnivå som bygger på uträkningar om genomsnittskostnaden för att producera åtgärden ifråga. Vi har redan påpekat problemen med taxeneutraliteten. Låt oss därför något närmare studera de övriga punkterna. Ett ersättningssystem enligt *fee-for-service* principen innebär att ju mer man presterar, desto högre ersättning. Systemet är alltså starkt prestationsorienterat och är en dominerande princip för belöning i de flesta sektorer i västerlandet (WHO, 1985).

När det gäller hälso- och sjukvårdssektorn finns det dock vissa faktorer som talar emot ett *fee-for-service system*. Beslutsprocessen i ett hälso- och sjukvårdssystem av bla svensk modell kan beskrivas utifrån en 3-agentmodell, med producenter, patienter och finansierare som agerande parter (figur 1). Beslut om produktion till storlek och innehåll sker i regel mellan producent och patient på klinisknivå eller motsvaran-

Figur 1: Tandvårdens 3 agent-modell



de. Genom sin överlägsna kunskap får producenten ett starkt inflytande över valet av behandling, sk *supplier-induced demand*. Eftersom en 3:e part betalar behandlingen (oftast genom skattefinansiering) finns få incitament till att finna den behandling som ger den önskade hälsoeffekten till lägsta kostnad (Carlsson/Westerberg, 1985). Genom att ersättningen per åtgärd bygger på genomsnittskostnaderna frestas dessutom producenterna att öka sin produktion så länge som kostnader för att producera ytterligare en åtgärd (marginalkostnaden) understiger genomsnittskostnaden (= ersättningen). Risker med en sådan taxo- och finansieringsmodell blir lätt en alltför kostnadskrävande behandling i relation till uppställda hälsomål inom hälso- och sjukvårdsmodellen.

Beslutssituationen om val av vård kan beskrivas med hjälp av den sk 3-agentmodellen. Beslut om vårdens inriktning och omfattning bestäms av producent och patient där producenten genom sina överlägsna kunskaper har ett avgörande inflytande, medan en 3:e part står för finansieringen. I en sådan situation saknas kostnadsansvar och incitament för producent och patient att välja adekvat vård till lägsta möjliga kostnad.

Låt oss återgå till innebörden av det svenska tandvårdssystemet. Taxekonstruktionen stimulerar till ökad produktion, främst av reparativ och rehabiliterande inriktning. Producentens/tandläkarens inflytande över beslut om behandlingspanoramat för den enskilde patienten är mycket stor trots alla vackra ord i den nya tandvårdslagen. I lagen betonas bla vikten av att patienten skall upplysas om sitt hälsotillstånd

och de behandlingsmetoder som finns samt att vård och behandling skall utföras i samråd med patienten. Möjligtvis finns ett visst kostnadsmedvetande hos patienten pga det faktum att patienten i stort betalar halva tandvårdsräkningen. Risken för övervård finns dock särskilt i dessa dagar när en viss överkapacitet börjar märkas i många områden, inte minst med stor tandläkartäthet, som tex i storstadsregionerna.

Taxan och tandvårdens effektivitet

Den intäktsvariation som för närvarande finns mellan olika delar av taxan beror främst på kombinationen ersättning per arbetad tid resp styckepriser-sättning. Tandläkare med en hög andel av sitt arvode utifrån principen om ersättning per tidsåtgång får i regel en lägre bruttointäkt per tidsenhet än de som har en hög andel av arvodet utifrån en styckeprisersättning. Detta kan styra terapivalet mot behandlingsåtgärder med styckeprisersättning mer än vad som betingas av de odontologiska förutsättningarna. I själva verket kan konstruktionen av den nuvarande tandvårdsförsäkringen motverka målen och kraven i den nya tandvårdslagen, vilket ur folkhälsosynpunkt är riskabelt.

Eftersom den nya tandvårdslagen är hälsoetiskt riktigt utformad, bör försäkringssystemet inom tandvården ändras.

Rådande system är vidare relativt okänsligt beträffande prisutveckling på tex förbrukningsmaterial. Så är tex nettoarvodena för tex amalgamterapi relativt sett lägre än taxan för konserverande behandling beroende på kraftiga prishöjningar på dentalmaterial de senaste åren.

Nuvarande taxekonstruktion medför vidare att rättvisa påslag för patientbyte, omgörningar, tandtekniska arbeten varierar och ger anledning till tvister avseende tolkningen av bestämmelser, regler etc.

Den allvarligaste bristen med det nuvarande systemet ur ekonomisk synvinkel är dock att det synbart inte reagerar på förändringar av tandläkarnas produktivitet eller effektivitet. Detta har lett fram till en diskussion om att en bruttointäkt per timme arbetad tid — ej per timme behandlingstid, skulle garantera en orientering mot en åtgärdsprofil som styrs av patientens behov och inte som nu en intäktsprofil som styrs av tandläkarens förutsättning att överleva.

Efterfrågan på tandvård stimuleras för närvarande till övervägande del efter vårdprincipen och ej efter hälsoprincipen. Att tandvård utföres behöver automatiskt inte innebära att tandhälsan förbättras utan kan likväl innebära att vanliga sjukdomar i munhålan fortsätter att destruera olika vävnader och bettets funktion. En fylld eller guld-försedd tand garanterar inte tex att tanden har evig funktion. Reparativa och rehabiliterande behandling kan medföra att nya riskfaktorer kan aktiveras, vilket negativt kan påverka tandhälsans utveckling. Tandvård betyder inte entydigt tandhälsa.

Tandvårdslagen och målet för tandvårdstaxan

Iutredningen Reviderad tandvårdstaxa (SOU 1982:50) beskrivs tandvårdstaxans specifika mål på följande vis: "Tandvårdstaxan skall allmänt sett vara utformad i enlighet med de tandvårdspolitiska målen, exempelvis vara inriktad på förebyggande åtgärder för att främja målet god hälsa. Sammanfattningsvis kan sägas att följande mål skall tillgodoses:

1. Tandvårdstaxan skall medge tillgång till tandvård av god kvalitet, stimulera de försäkrade att söka tandvård samt bidra till att samtliga försäkrade kan beredas tillgång till regelbunden tandvård.
2. Taxan skall befrämja ett effektivt utnyttjande av tandvårdens resurser och gynna rationaliseringar både när det gäller den enskilda vårdgivaren och vårdgivarkollektivet. Utformningen bör göras så att den också underlättar landstingens planering av tandvården.
3. Tandvårdstaxan skall i princip vara fri från icke önskvärda vårdstyrande effekter.
4. Valet av vårdgivare skall i princip inte påverka patientens kostnad för tandvård.
5. Tandvårdstaxan skall ge patienter med stora vårdbehov ett högkostnadsskydd samt skydda patienterna mot omotiverade kostnader.
6. Taxan bör utformas så att den minimerar vårdgivarnas och samhällets administration och underlättar enhetlig tillämpning.

Det behövs ingen större analysförmåga för att finna att nuvarande taxesystem ej i tillräpplig grad uppfyller dessa mål, samtidigt som vi kan konstatera att principen för tandvårdstaxans innehåll motverkar mål och krav i den nya tandvårdslagen.

Förslag till ett alternativt tandvårdssystem. Som vi ser det bör ett alternativt tandvårdssystem främja ökad effektivitet uttryckt som graden i uppfyllandet av uttalade tandhälsomedel i relation till insatsen av tandvårdsresurser. Ett sätt att främja en ökad effektivitet är genom en ändring av ersättningssystemet bort från fee-for-serviceprincipen mot ett system som stimulerar till förebyggande insatser. Ett alternativ som rätt urformat uppfyller dessa kriterier är *Capitation-systemet*.

Capitation-systemet – för- och nackdelar

Ett capitation-system eller populationsbaserad budgetering utgår från principen att resursernas tilldelning baseras på befolkningens storlek och att vårdgivaren erhåller en fastställd ersättning för varje individ inom respektive region eller befolkningsgrupp som han åtar sig att hålla vid en viss tandhälsolivå. Ett sådant *prepayment* system bryter det kausala sambandet mellan tandvårdsutnyttjande och tillgång på och ersättning för konserverande vårdinsatser eftersom sambandet mellan prestation uttryckt i reparativa åtgärder och belöning försvinner. I stället stimuleras till åtgärder med hög effektivitet, exempelvis profylax.

I USA har bla i Health Maintenance Organization (HMO) (se exempelvis Jönsson/Rehnberg, 1985) med framgång tillämpats principen med vårdansvar för medlemmar i organisationer där fastställda avgifter bär de huvudsakliga kostnaderna. Dessa organisationer ansvarar för medlemmarnas totala vårdbehov under en fastställd tidsperiod. Det finansiella risktagandet sker genom att medlemmarnas avgifter i stort garanterar intäkterna. Härigenom sker en automatisk begränsning av kostnaderna pga vårdproducenternas ekonomiska förutsättningar. I Storbritannien bygger general practitioner systemet på principen capitationersättning. Flera provinser i Kanada prövar för närvarande ersättningssystem enligt pre-payment per capita för skoltandvården.

I en svensk modell för ett capitationsystem kan exempelvis staten direkt eller via landstingen ge olika praktiker en i förväg beslutad ersättning baserat på det antal invånare denne åtagit sig vårdansvaret för.

När det gäller utformningen av ersättningen per

patient kan olika alternativ tänkas. Ett alternativ värt att pröva är det i våra dagar så omdiskuterade "diagnosrelaterade grupper (DRG)". Detta är ett system som utarbetats för den somatiska korttidsvården i USA. Patienterna indelas i grupper med avseende på resursförbrukning utifrån diagnos, förekomst av operativa ingrepp, komplikationer samt ålder. Oss veterligen har dock inget sådant DRG-system tillämpats inom tandvården*. Genom analyser av epidemiologiska data bör det vara möjligt att utifrån ålder och olika sociala bakgrundsdata kunna utarbeta ett svenskt DRG-system för den allmänna tandvården.

En patientgruppindelning före behandling kan återföras till en motsvarande patientgrupp under resp efter behandlingen. På detta sätt kan vårdproduktionen mätas, inte bara i kostnader och vårdtider, utan vårdeffektiviteten kan mätas i hälsoeffekter.

Ur hälsoekonomisk synpunkt ger alltså capitations-systemet i kombination med DRG-systemet stora fördelar i form av möjligheter att kunna jämföra kostnader för insatta resurser resurser med uppnådda vinster i form av bättre hälsa eller bättre funktionsförmåga. Med flexibla kostnadsredovisningssystem erhålles information som kan vara avgörande för snabba strategiska beslut beträffande insatser av såväl preventiv som direkt tandvårdande insats.

Ekonomiska vinster med ett capitationsystem

Genom ett prepayment system av capitationsmodell försvinner det omedelbara sambandet mellan prestation och belöning, dvs producenten skriver ett kontrakt om att för en viss ersättning upprätthålla en viss tandhälsa för ett visst antal individer. I stället för att, som i nuvarande ersättningssystem, utgå från målsättningen att maximera intäkten för en given faktorutrustning (personal- och kapitalutrustning) kommer nu producenten att minimera kostnaden för en given produktion, dvs att minimera tandvårdskostnaden för att upprätthålla tandhälsan för en given grupp individer. Mer eller mindre onödig kostnadshöjande vård ger ingen extra ersättning till producenten. Några incita

* För en lättförståelig presentation av DRG-systemet se tex Jönsson, B, Rehnberg, C: Ekonomistyrning, Tema H-meddelande 1985:3, Universitetet i Linköping.

ment till "övervård" ger alltså inte i ett sådant ersättningssystem. Däremot ges incitament till produktivitetshöjande åtgärder för att sänka produktionskostnaderna för den vård som behövs för målsättningen om en viss tandhälsa.

Capitation-systemet

Ett capitation-system (populationsbaserad budgetering) utgår från principen att producenten (vårdgivaren) erhåller en fastställd ersättning för varje individ inom respektive region som han åtar sig att hålla vid en viss tandhälsonivå. Härigenom ges incitament för producenten att minimera kostnaden för att uppnå en viss given tandhälsa för befolkningen, i stället för som i nuvarande ersättningssystem maximera intäkten. Därigenom försvinner också risken för övervård.

Ur samhällsekonomisk synpunkt är införandet av ett capitationsystem att föredra om kostnaden för den totala resursinsatsen för att ge befolkningen en viss tandhälsa därigenom sjunker, dvs om en ökad effektivitet kan åstadkommas. När man talar om ekonomiska vinster genom ett nytt tandvårdssystem bör man särskilja samhällsekonomiska vinster från finansiella vinster. Det förra innebär som tidigare nämnts att en viss hälsoeffekt kan uppnås till en lägre kostnad, uttryckt i resursinsatser, än tidigare, medan med en finansiell vinst exempelvis kan vara minskade offentliga utgifter för tandvården. I detta fall kommer eventuella samhällsekonomiska vinster, givet en oförändrad finansieringsandel mellan offentlig och privat sektor, också att på lite sikt leda till lägre tandvårdsutgifter för både staten, landstingen och patienterna, besparingar som exempelvis kan användas till tandvårdsreformer av fördelningspolitisk karaktär. Bland annat konstateras i en nyligen utkommen rapport att tandvårdsfrekvens och tandhälsa för vissa delar av befolkningen såsom äldre boende i glesbygd och lågutbildade fortfarande är otillfredsställande (SCB, 1985). Även de flesta producenter bör kunna vinna fördelar med ett ändrat tandvårdssystem. Klinikchefen/egenföretagaren vet förutsättningarna efter det att kontrakt om vårdansvar har upprättats med patienternas företrädare (staten och landstingen) inför kommande års verksamhet intäkter, vilket möjliggör en effektiv planering. Bli kan beslut om resursinsatser effektiviseras i stället för att som nu försöka finna en

lämplig mängd vårdkonsumenter till en given produktionskapacitet.

Avslutande kommentarer

Vi är väl medvetna om att de här föreslagna reformerna kräver tid att genomföra. Vi är också medvetna om att även andra organisatoriska förändringar är nödvändiga. En viktig förutsättning är konkurrens mellan olika produktionsenheter (kliniker). Viktiga inslag i en sådan konkurrenssituation blir dels patientens möjligheter att själv få välja klinik, dels att konkurrens sker på lika villkor. Detta förutsätter att patienten kan byta vårdgivare, att de olika produktionsenheterna måste bära sina egna kostnader men också att dessa får ersättning för extra åtaganden, exempelvis extra service i vissa glesbygder och utbildnings- och forskningsverksamhet.

Det finns samtidigt skäl att ha förståelse för problem som kan uppstå i ett sådant tandvårdssystem. Dock är vi övertygade om att en tandvårdsreform, enligt det sk capitation-systemet, bör bli till gagn för alla parter i tandvården, dvs såväl konsumenter, producenter som finansärer.

Slutsats

Införandet av ett tandvårdssystem som bygger på capitation-modellen kommer att öka förutsättningen för hälsokonkurrerande principer och metoder samt bryta nuvarande kostnadsutveckling och på sikt parallellt med hälsoförbättringar minska kostnaden för tandvården i Sverige.

REFERENSER

- Fullständig refernlista kan fås från författarna
Hugosson, A et al (1986): Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden in 1973 and 1983. II A review of clinical and radiographic findings. *Swed Dent. J* 10: 175–194
Riksförsäkringsverket (1986): Förslag till reviderad tandvårdstaxa. RFV anser 1986: 5
SOU 1982: 81 Allmän tandvårdsförsäkring
Westerberg, I (1986): Produktivitet i svensk tandvård 1975–1984. Institutionen för TEMA – Hälso- och sjukvården i samhället. Meddelande 1986: 6. Universitete i Linköping.
WHO (1985) Oral Health Care Systems and International collaborative study