

Översyn av ersättningen inom den allmänna barn- och ungdomstandvården

2009-09-10

Innehållsförteckning

Uppdraget.....	3
Bakgrund.....	3
Nuvarande ersättning.....	3
Tandhälsans utveckling.....	5
Ersättningens utveckling.....	6
Särskilda kostnader för barn- och ungdomstandvård	9
Statliga tandvårdsstöd för vuxna	9
Pris- och kostnadsutvecklingen inom vuxentandvården.....	10
Diskussion.....	11

Uppdraget

Hälso- och sjukvårdsnämnden gav i budgetbeslutet för 2009 förvaltningen i uppdrag att genomföra en översyn av nivån på barntandvårdsersättningen. Förvaltningen uppfattar uppdraget som att det är ersättningsnivån inom *allmäntandvården* för barn- och ungdomar som avses.

Av uppdraget framgår att som underlag för översynen ska utvecklingen på tandvårdsmarknaden följas, liksom effekterna av det nya nationella tandvårdsstödet. Vidare ska pris- och kostnadsutvecklingen inom vuxentandvården liksom den nationella referensprislistan värderas, samt jämförelser med andra landstings ersättningsnivåer genomföras. I översynen ingår även att bedöma behovet av ytterligare differentiering mellan vårdbehovsområdena samt överväga behovet av att införa ytterligare en vårdbehovsområdesnivå för områden med allra störst vårdbehov.

Bakgrund

Nuvarande ersättning

Dåvarande tandvårdsnämnden fattade 2002 (TVN 2002-12-17, ärende nr 4) beslut om att från och med 2003 övergå från ett ersättningssystem för barn och ungdomar med en ersättning – tandvårdspeng – lika för alla, till ett system med differentierad ersättning efter förväntat vårdbehov – tandvårdspeng med vårdbehovstillägg. Länet indelades i 295 områden vilka grupperades i fyra vårdbehovsnivåer, mellan vilka vårdbehovstillägget differentierades med hänsyn till förekomsten av tandsjukdom och därmed till leverantörernas förväntade kostnader för att behandla barnen och ungdomarna.

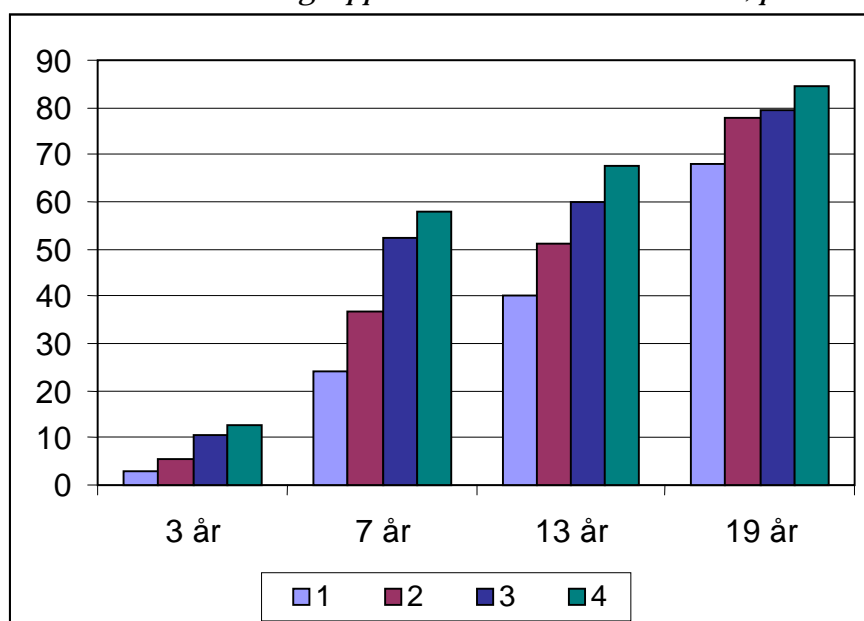
Som grund för differentieringen låg en studie inom dåvarande tandvårdsstaben. I undersökningen medverkade företrädare för vårdgivarna Folktandvården Stockholms län AB (i fortsättningen kallad Folktandvården), privattandläkarna och Institutionen för odontologi vid Karolinska institutet. Med utgångspunkt från tandhälsostatistiken uppskattades tidsåtgången under en tvåårsperiod för att ge erforderlig vård åt barn och ungdomar med olika grader av sjukdomsförekomst. Det visade sig att det fanns ett samband mellan sjukdomsförekomst och bostadsområde och att det därför var lämpligt att differentiera

vårdbehovstillägget med hänsyn till detta. Det visade sig också lämpligt att göra uppdelningen av bostadsområden/vårdbehovsområden i fyra olika grupper.

Vårdbehovsgrupp 1 består av områden där tandhälsan är bäst och den genomsnittliga tidsåtgången för behandlingen är minst. Vårdbehovsgrupp 4 består av områden där tandhälsan är sämst och den genomsnittliga tidsåtgången därför är störst.

Ett mått på tandhälsan/sjukdomsförekomsten är hur stor andelen är av barn och ungdomar i olika åldrar med kariesskadade tänder. I följande diagram visas hur stor denna andel är i de fyra vårdbehovsgrupperna för åldrarna 3, 7, 13 och 19 år.

Figur 1. Andelen barn och ungdomar med kariesskadade tänder i olika åldrar och vårdbehovsgrupper i Stockholms län år 2008, procent



Av diagrammet framgår att tandhälsan, uttryckt i andelen barn och ungdomar med kariesskadade tänder, successivt är högre inom de olika vårdbehovsgrupperna vid alla åldrarna.

Följande tabell visar hur stor andel av barnen och ungdomarna som kan hänföras till olika vårdbehovsgrupperna, den beräknade tidsåtgången för behandlingen under två år samt tandvårdspengens och vårdbehovstilläggets storlek 2009.

Tabell 1. Andel av 3-19-åringarna, beräknad behandlingstid och ersättning i de olika vårdbehovsgrupperna 2009

Vårdbehovsgrupp	1	2	3	4
Andel av 3-19 åringarna, procent	70	15	10	5
Behandlingstid 2 år, min.	25-71	72-85	86-100	101-110
Tandvårdspeng 2 år, kr	1725	1725	1725	1725
Vårdbehovstillägg 2 år, kr	0	355	735	987
Total ersättning 2 år, kr	1725	2080	2460	2712

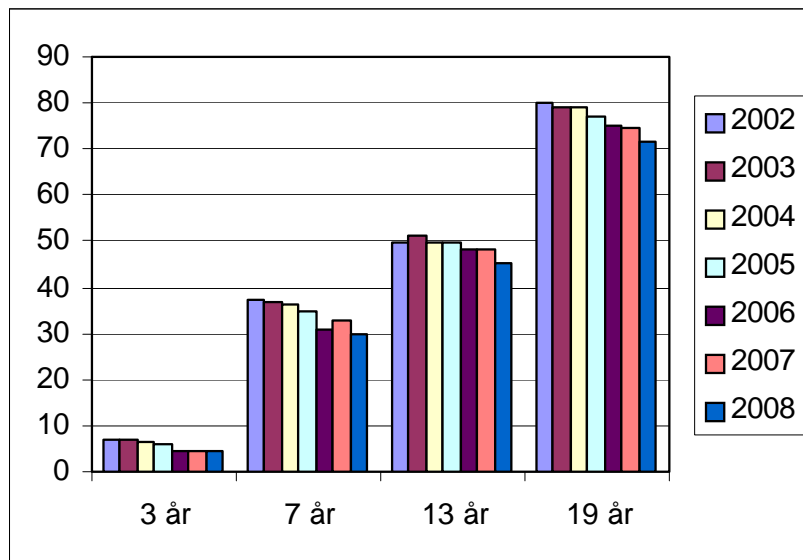
Av tabellen framgår att ersättningen under en tvåårsperiod varierar mellan 1725 och 2712 kronor för de olika vårdbehovsgrupperna.

Alla barn och ungdomar som erbjuds tandvård, utnyttjar inte erbjudandena, inte ens efter kallelse. Hur stor andel av barnen som under en tvåårsperiod inte besöker tandvården varierar från år till år, men ligger sedan 2003 mellan 7 och 8 procent. Detta är det s.k. bortfallet. Under en treårsperiod kommer emellertid 98 procent av alla barn till tandvården. År 2001, innan vårdbehovstillägget infördes, var bortfallet 10 procent. Efter det att vårdbehovstillägget infördes, ökade andelen barn och ungdomar som hörsammade kallelsen till tandvården. I de flesta åldrar minskade bortfallet, mest i vårdbehovsgrupp 4. De höjda ersättningarna gör det lönsammare för leverantörerna att lägga ner resurser på att få patienterna att besöka tandvården.

Tandhälsans utveckling

Tandhälsan registreras vid fyra åldrar, 3, 7, 13 och 19 år. Följande diagram visar hur andelen barn och ungdomar med kariesskadade tänder har förändrats inom de olika årsklasserna under åren 2002-2008.

Figur 2. Andelen barn och ungdomar med kariesskadade tänder åren 2002 – 2008, procent



Av diagrammet framgår att andelen barn och ungdomar med kariesskadade tänder har sjunkit i alla årsklasserna under åren 2002 – 2008.

Ersättningens utveckling

Det nuvarande systemet med tandvårdspeng och vårdbehovstillägg infördes 2003. Ersättningen har sedan dess höjts med mellan 1,2 och 3,6 procent varje år. Sedan 2003 har ersättningen höjts med 14,9 procent. Den årliga justeringen av ersättningsnivån har ingått som en del av de avtalsförhandlingar som förvaltningen har med Folktandvården och anpassats till budgetutrymmet som stått till förfogande. När det gäller landstingsfullmäktiges medgivande för Folktandvården att höja sina priser för vuxentandvård, är dessa lägre för den aktuella perioden (0 procent för åren 2004 – 2006, 2,25 procent för 2007 och 2008 samt 2,5 procent för 2009).

Kostnaderna för Stockholms läns landsting att av de olika leverantörerna köpa tjänsterna för barn och ungdomstandvård under åren 2003-2009 framgår av följande tabell.

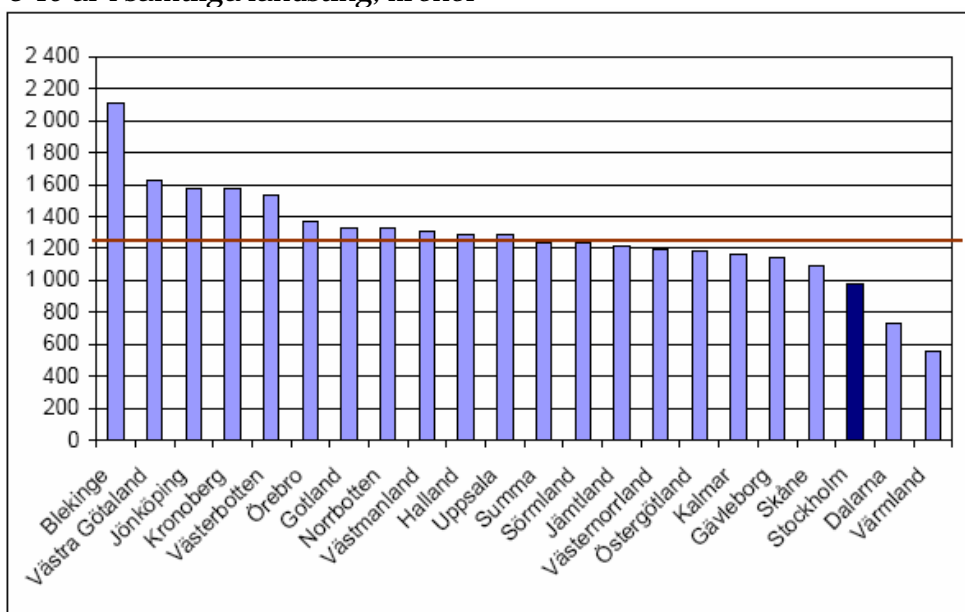
Tabell 2. Stockholms läns landstings kostnader för barn- och ungdomsvård 2003-2009. För 2009 anges budgeterat belopp, miljoner kr

År	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Kostnad	429	457	468	483	495	505	525

Av tabellen framgår att landstingets kostnader för barn- och ungdomsvård ökat med 22 procent under perioden 2003-2009. Kostnaderna avser all barn- och ungdomsvård, inklusive specialistvård m.m. Antalet barn och ungdomar har ökat under perioden.

Sveriges kommuner och landsting har gjort jämförelser av kostnaderna för barn- och ungdomsvård i de olika landstingen. Följande figur visar landstingens kostnader per bosatt i åldrarna 3-19 år under 2007.

Figur 3. Kostnader för barn- och ungdomsvård 2007 per invånare 3-19 år i samtliga landsting, kronor

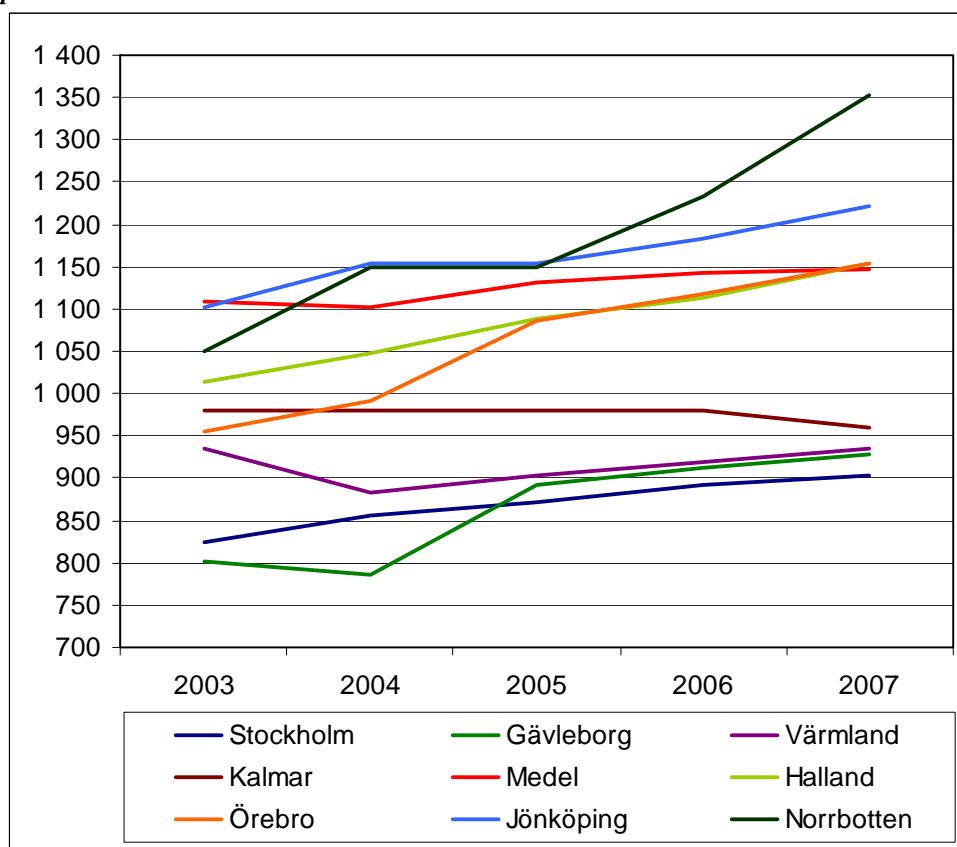


Källa: SKL

År 2007 var den genomsnittliga kostnaden i landet för barn- och ungdomsvården 1239 kronor per invånare 3-19 år. Kostnaden inom SLL var 977 kronor.

Beställarnätverket för tandvård, redovisar uppgifter om barntandvårdsersättningens utveckling i olika landsting under åren 2003-2007. Uppgifterna redovisas i följande diagram.

Figur 4. Barntandvårdsersättningen 2003-2007 i åtta landsting, kronor per år¹



Av diagrammet framgår att ersättningen i Stockholms län är lägst bland de jämförda landstingen. Under perioden 2003-2007 höjdes ersättningen med i genomsnitt 2,4 procent i Stockholms läns landsting medan ersättningen för samtliga landsting höjdes med i genomsnitt 3,6 procent. År 2009 höjdes ersättningen i Stockholms läns landsting med 2,8 procent till 947 kronor.

¹ Den presenterade ersättningen är viktad. I ersättningen för Stockholms läns landsting har hänsyn tagits till det differentierade vårdbehovstillägget.

Det "odontologiska innehållet" i ersättningen är lika inom de olika landstingen.

Särskilda kostnader för barn- och ungdomstandvård

Utöver de ersättningar som lämnas till leverantörerna i systemet med tandvårdspeng och tilläggsersättningar får Folktandvården och Institutionen för odontologi schablonbelopp för det s.k. områdesansvaret. År 2009 uppgår detta belopp till 26 miljoner kronor. Uppdragen direktupphandlas. Ersättningen avser att täcka kostnaderna för att bl.a. kalla barn och ungdomar som inte självmant valt vårdgivare samt att erbjuda vård som privattandläkare av olika skäl inte anser sig kunna utföra.

Även för verksamheten vid BVC och förebyggande program för 2-åringar, skolinformation, fluorsköljningar samt fissurförsegling åt vissa grupper av barn och ungdomar betalas en schablonersättning till Folktandvården och Institutionen för odontologi. Ersättningarna för 2009 uppgår till 5,4 miljoner kronor. Även dessa verksamheter direktupphandlas.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 17 juni 2008 att uppdra åt förvaltningen att ta fram en modell för konkurrensupphandling av områdesansvaret inom tandvården.

Statliga tandvårdsstöd för vuxna

Ett nytt statligt tandvårdsstöd för vuxna infördes den 1 juli 2008 och administreras av Försäkringskassan. Stödet består dels av ett allmänt tandvårdsbidrag, dels av tandvårdsersättning.

Vårdgivarna får själva sätta sina priser inom ramen för tandvårdslagens (1985:125) krav på att priserna ska vara skäliga. I förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd anges vilka åtgärder som kan berättiga till ersättning. För varje sådan åtgärd anges ett referenspris.

Referenspriserna utgör grunden för beräkningen av tandvårdsersättningen samt ska fungera som jämförelsepriser för patienten. De faktiska priserna hos olika vårdgivare kan vara både högre och lägre än referenspriserna.

Sveriges kommuner och landsting tar årligen fram en rapport om medelpriserna och den genomsnittliga prisutvecklingen inom landets folktandvårdsorganisationer. I rapporten görs också jämförelse mellan referenspriserna och medelpriserna.

De medelpriser som tillämpades inom folktandvårdens allmäntandvård den 1 juli 2008 översteg referenspriserna genomsnittligt med 1,2 procent. Från den 1 juli 2008 till den 1 januari 2009 ökade priserna med 0,5 procent. Den ackumulerade prisökningen jämfört med referenspriserna var 1,7 procent.

Försäkringskassan har regeringens uppdrag att utvärdera tandvårdsstödet, vilket dock bedöms kunna ske först efter ca nio månaders drift.

Försäkringskassan har dock redan nu noterat att färre patienter än beräknat sökt vård, vilket innebär att cirka 1 miljard kronor mindre beräknas ha gått åt år 2008 av anslagna 5,3 miljarder kronor. Den första perioden har också belastats av stora problem med datorstödet.

Pris- och kostnadsutvecklingen inom vuxentandvården

För att få en rättvisande bild av prisutvecklingen inom tandvården måste hänsyn, förutom till priset på en viss åtgärd, även tas till hur vanligt förekommande åtgärden är i det totala behandlingspanoramata. En prisförändring på t.ex. en ofta förekommande åtgärd med högt pris får då ett större genomslag än en förändring på en sällan förekommande åtgärd med lågt pris.

För att studera prisutvecklingen över tid har på basis av uppgifter från Folktandvården konstruerats en representativ korg av behandlingsåtgärder. Priset på korgen vid olika tillfällen kan sedan användas för att spegla prisutvecklingen. Prisökningen inom Folktandvården mellan åren 1998 och 2009 kan på detta sätt beräknas ha uppgått till 87 procent.

Med användande av samma korg kan jämförelse göras mellan prisutvecklingen i Folktandvården Stockholms län AB och genomsnittet för samtliga folktandvårdsorganisationer i landet. Som grund ligger uppgifter som årligen samlas in av Sveriges kommuner och landsting. En viss skillnad i beräkningsmetoderna föreligger dock genom att effekten av s.k. latitudpriser inte har kunnat beaktas vid dessa jämförelser. Inom flera landsting, bl.a. i Stockholms län, tillämpas priser i olika nivåer (latituder) för vissa åtgärder beroende på åtgärdernas svårighetsgrad och den tid det tar att utföra dessa. Den genomsnittliga prisökningen inom Folktandvården Stockholms län AB mellan åren 1998 och 2008 har, med den i detta sammanhang tillämpade beräkningsmetoden, uppgått till 79 procent medan genomsnittspriserna i riket ökat med 83 procent.

När det gäller av kostnaderna för att utföra tandvård går det varken att beräkna de aktuella kostnaderna eller kostnadsutvecklingen. Vad som går

att ange är landstingets kostnader för att köpa de olika tjänsterna. Vad det kostar för leverantörerna att producera dessa tjänster saknas det uppgifter om. Anledningen är bl.a. att det saknas tillförlitliga metoder att beräkna dessa kostnader. Inom dåvarande Landstingsförbundet och Sveriges kommuner och landsting har det gjorts flera försök att beräkna kostnaderna för att utföra tandvård för olika grupper, t.ex. för barn och ungdomar och för vuxna med och utan särskilda behov. Försök har även gjorts att beräkna de s.k. folktandvårdsspecifika kostnader som följer av t.ex. områdesansvaret. Ingen metod som använts har emellertid bedömts vara tillförlitlig. Regeringen har nu tagit ett eget initiativ i frågan genom att ge Statskontoret i uppdrag att följa upp landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården och dess olika verksamheter för att åstadkomma transparens avseende redovisningen av folktandvårdens intäkter och kostnader. Detta bedöms viktigt för att kunna bedöma risken för konkurrensnedvridning mellan offentlig och privat tandvård.

Löneutvecklingen

Omkring tre fjärdedelar av kostnaderna för att utföra tandvård utgörs av personalkostnader. Förändringar av dessa får därför stort genomslag när det gäller utvecklingen av de totala kostnaderna för att producerad tandvård. Kostnaderna för tandläkare är den största posten bland personalkostnaderna.

Lönerna för tandvårdspersonal inom Folktandvården har ökat, enligt uppgifter från SKL ökat med 22 procent under år 2002-2007. Lönerna för distriktstandläkare har ökat med 23 procent och för tandsköterskor med 20 procent under samma period.

Diskussion

Syftet med att införa ett vårdbehovstillägg till tandvårdspengen var att ge vårdgivare i länet ekonomiska förutsättningar att ge vård på lika villkor och stimulera till ett ökat omhändertagande, dvs. till minskat bortfall, särskilt i områden med sämre tandhälsa. Dessa syften har uppnåtts.

När vårdbehovstillägget infördes 2003 ansågs det vara baserat på en god avvägning mellan tidsåtgång och därmed ersättningsnivåer. Det befanns också lämpligt att begräsa antalet vårdbehovsnivåer till fyra. Nivå 4 omfattar endast cirka 5 procent av barnen och ungdomarna och spridningen av den beräknade behandlingstiden är relativt liten inom den

gruppen, mätt i behandlingstid 100-110 minuter. En eventuell delning av denna grupp, vilket skulle leda till en ytterligare resursförstärkning för patienterna med det absolut största vårdbehovet, skulle innebära ett utmärkande av små geografiska områden där tandhälsan och socioekonomiska förhållanden är sämst. Sambandet mellan socioekonomi och tandhälsa är väl belagt. Förvaltningen anser att de nuvarande fyra vårdbehovsgrupperna ska behållas och inte tillföras ytterligare en femte.

Tandvårdspengen och tilläggsersättningen för barn- och ungdomstandvård i Stockholms län är i jämförelse med andra län låg. Självfallet önskar leverantörerna att ersättningen höjs, men det finns inga tydliga tecken på att den är för låg. Folktandvården har under en följd av år visat positiva ekonomiska resultat och intresset från privattandläkarnas sida att ta emot barn och ungdomar har inte minskat. Det kan naturligtvis tänkas att Folktandvården genom direktupphandlingen av områdesansvaret överkompenserats och därigenom fått ett visst ekonomiskt tillskott till barn- och ungdomstandvården, men detta går inte att visa.

Ökningen av ersättningarna inom barn och ungdomstandvården under åren 2003-2009 ligger i nivå med prisökningarna inom vuxentandvården och kan inte sägas ha släpat efter. Däremot visar jämförelsen med andra landsting när det gäller barntandvårdsersättningen inte bara att ersättningen är förhållandevis låg utan även att ökningen av ersättningen under de senaste åren varit lägre än i flertalet landsting med vilka jämförelser gjorts.

Det kan konstateras att förbättringen av tandhälsan fortsätter i alla årsklasser. Det måste framhållas att det inte enbart är behandlingen av uppkomna tandskador som medför kostnader för leverantörerna. Även att upprätthålla och förbättra tandhälsan genom förebyggande åtgärder kräver resurser. Det finns inget som tyder på att tandhälsan skulle förbättras ytterligare om barntandvårdsersättningen höjdes. Riktade insatser mot identifierade grupper med sämre tandhälsa bedöms ge bättre resultat än höjningar av de generella ersättningarna.

Leverantörerna har ökat effektiviteten inom barn- och ungdomstandvården. Effektiviteten kan uttryckas som graden av måluppfyllelse. Målet är att förbättra tandhälsan och att detta ska leda till på sikt lägre kostnader för både enskilda patienter och det allmänna. Tandhälsan har förbättrats utan att kostnaderna har ökat oproportionellt och andelen patienter som kommit till behandling i de olika årsklasserna har ökat.

Folktandvårdens prishöjningar inom vuxentandvården ligger i nivå med eller strax under prisutvecklingen i riket. Det finns därför inte skäl att anta att en korssubventionering av barn- och ungdomstandvården sker från vuxentandvården. Förhoppningsvis kommer Statskontorets kommande utredning av folktandvårdens kostnader för olika verksamheter att visa om korssubventioneringar ändå förekommer.

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning anser att det nuvarande antalet vårdbehovsgrupper bör bibehållas till fyra.

Förvaltningen anser att de nuvarande nivåerna på ersättningarna är skäliga.