

Privattandläkarna



Framtidens tandvård för barn och unga

Mattias Lundbäck



Framtidens tandvård för barn och unga

Mattias Lundbäck



Mattias Lundbäck är ekonomie doktor och disputerade år 2000 vid Lunds Universitet. Avhandlingen handlar om sjukvårdens ersättningsystem och har titeln "Asymmetric Information and The Production of Health". Han har sedan dess arbetat som ledarskribent på Svenska Dagbladet, som handläggare i riksdagen, som politiskt sakkunnig på socialdepartementet, som handläggare på Sverige Kommuner och Landsting och som forskare vid forskningsinstitutet Ratio. Han är numera ekonom vid Svenskt Näringsliv, samtidigt som han driver företaget Ekonomismus AB som arbetar med samhällsekonomiska analyser.

ISBN-nr: 978-91-983685-2-9

November 2017

Privattandläkarna

Hantverkargatan 78, 112 38 Stockholm

info@ptl.se, www.ptl.se, 08 - 555 44 600

Innehåll

Sammanfattning	4
Lagstiftning och historisk utveckling	5
Regler som styr landstingens köp av tandvård	8
Lagen om offentlig upphandling	8
Lagen om valfrihetssystem	9
Vilka valmöjligheter har landstingen?	10
Ersättningsmodeller som används inom tandvård	11
Åtgärdsersättning	13
Per capita	14
Per capita med riskpott	15
Analys av dagens ersättningsmodeller	18
Bättre tandhälsa	18
Stora skillnader i tandvårdsbehov	19
Primärvård och tandvård – vad kan vi lära?	23
Landstingens justeringar ofta otillräckliga	24
Hur möter systemet de med bra tandhälsa och mindre behov av tandvård?	25
Hur möter systemet de med stora behov av tandvård?	27
Halland är ett exempel	29
Områdesbaserad utjämning i Halland	29
Hallands riskfonder	30
Bedömning av Hallandsmodellen	31
Framtid och behov av reformer	33
Litteraturlista	35

Sammanfattning

Den del av tandvården som omfattas av regionernas/landstingens ansvar kommer till följd av politiska beslut att öka. I två steg höjs gränsen för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården från 19 till 23 år. Det innebär i sin tur att de ersättningssystem som fastställs av landstingen blir relativt sett mer betydelsefulla. En viktig förutsättning för att privata vårdgivarna ska kunna erbjuda en bred service för alla grupper är då att landstingens ersättningssystem är väl anpassade till de ekonomiska villkoren för privata vårdgivare.

Så är inte fallet i dag. Till skillnad från vuxentandvården kompenseras inte privata vårdgivare som utför barn- och ungdomstandvård för variationer i kostnader som beror på sociala skillnader. Medan det i primärvården finns mekanismer för att jämna ut dessa kostnadsskillnader saknas sådana mekanismer i stor utsträckning inom tandvården.

De sociala skillnaderna inom tandvården är betydande och riskerar att växa. Otillräcklig kompensation för dessa innebär att landstingen riskerar ekonomiska underskott. Folk tandvården dras redan i dag med underskott i flera landsting. Ökningen av nyanlända med stora tandvårdsbehov är en utmaning som måste hanteras om detta inte ska hota principerna om likabehandling som gäller för de ersättningsmodeller som införts med stöd av Lagen om valfrihets-system (LOV).

Det finns landsting som börjat arbeta om sina ersättningsmodeller, men man kan fråga sig om de inte i vissa fall går över ån efter vatten? Avancerade modeller för utjämning baserade på geografi kan inte kompensera vårdgivare som av olika skäl får en större andel barn med stora behov. I den här rapporten konstateras att en betydligt enklare väg för landstingen skulle kunna vara att kombinera modellerna för barn- och ungdomstandvården och vuxentandvården till en syntes med både åtgärds-ersättning och kapitation.

Det politiska beslutet om att höja gränsen för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården har som syfte att öka tillgängligheten för barn och unga med stora tandvårdsbehov. I rapporten konstateras dock att syftet riskerar att förfelas om landstingen inte förändrar sina ersättningssystem, då dagens ersättningsmodeller verkar i rakt motsatt riktning – genom att gynna kliniker som inte har barn med stora behov.

Förslagen i rapporten är ett försök att peka ut färdriktningen om beslutsfattarna vill uppnå syftet med lagstiftningsförändringarna. Det konstateras här att det krävs en gemensam målbild hos staten och landstingen/regionerna för att vi ska kunna undvika en negativ utveckling och ytterligare social segregering inom svensk tandvård. Om staten fattar beslut som sedan inte följs upp med nödvändiga förändringar i landstingen/regionerna riskerar besluten att bli verkningslösa.

Lagstiftning och historisk utveckling

Tandvården regleras av Tandvårdslagen (1985:125) och normeras av Socialstyrelsen genom föreskrifter och allmänna råd. Därutöver har Försäkringskassan en viktig roll som utbetalare av tandvårdsförmånen för vuxna. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om vilka åtgärder som ska ingå i högkostnads-skyddet och bestämmer referenspriserna för detta. Landstingen och regionerna ansvarar i sin tur för barn- och ungdomstandvården och de ersättningssystem som används där.

Detta innebär att villkoren för barn- och ungdomstandvården varierar mellan olika landsting/regioner, då ersättningssystemen beslutas på regional nivå. Små landsting kan ha svårt att utveckla mer sofistikerade modeller, vilket kan vara ett skäl till att många har valt att låta fördelningen av resurser till folktandvården – per capita – stå som mall för ersättningen. Inom vuxentandvården ser det däremot likadant ut i samtliga regioner, eftersom detta ersättningssystem är utformat av staten. Detta system har utvecklats och förändrats successivt under många år och varit föremål för en rad statliga utredningar.

Precis som sjukvården är tandvården en komplicerad verksamhet med flera inblandade myndigheter och organisationer. Arbetssätt och ansvarsfördelning har ofta historisk bakgrund och det är inte alltid som tekniska och organisatoriska förändringar leder till nödvändig omprövning av regelverk.

Den här rapporten handlar om ersättningssystemen inom barn- och ungdomstandvården och syftar till att belysa vissa aspekter som tycks ha blivit bortglömda i samband med att verksamheten har förändrats. Perspektivet i rapporten är ekonomiskt och utgår från nationalekonomisk teori om styrning och incitament. Syftet är att peka ut vissa problem som växt sig allt större med tiden och att skissa på möjliga lösningar.

Som en inledning till analysen kan det vara bra med en historisk översikt om hur tandvården växt fram och vilken roll privata vårdgivare spelade förr och vilken roll de sannolikt kommer att ha i framtiden.

Det finns tydliga paralleller mellan sjukvårdens förändring och tandvården, men det finns också viktiga skillnader. Tandvården har exempelvis alltid till övervägande del varit privat finansierad. Något som är gemensamt för båda sektorerna är dock att privata utförare blir allt vanligare i den offentligt finansierade delen av verksamheten, men också att den tydliga distinktion mellan den offentliga och privata delen – som en gång fanns – är på väg att suddas ut. Detta får konsekvenser för styrningen och kan innebära att ersättningssystem måste ses över och förändras. Men först alltså en historisk överblick.

År 1913 öppnades den första tandkliniken med särskild inriktning mot skolbarn i Sverige. Med hjälp av Röda Korset

Lagstiftning och historisk utveckling

fortsatte barn- och ungdomstandvården att expandera fram till 1938, då den svenska folktandvården startade sin verksamhet med fokus på barn och ungdomar.¹⁾

År 1974 infördes den svenska tandvårdsförsäkringen, samtidigt som folktandvården byggdes ut ytterligare. Landstingen fick vid denna tidpunkt även lagfäst ansvar för barn- och ungdomstandvården och specialisttandvården.²⁾ Enligt tandvårdslagen förutsattes att landstingen bör bedriva huvuddelen av verksamheten i egen regi.

Den allmänna trenden mot ökat inslag av kontraktstyrning och användning av fristående utförare kom emellertid med tiden även att påverka barn- och ungdomstandvården. Den första januari 1993 beslutade riksdagen därför att klargöra landstingens möjlighet att lägga ut delar av barn- och ungdomstandvården på entreprenad.³⁾ Nu blev det tydligt att de landsting som så önskade kunde anlita privata eller ideella entreprenörer.

Med tiden kom flera landsting att inrätta system för fritt val av vårdgivare även i barn- och ungdomstandvården. Även om folktandvården ännu i dag har en dominerande ställning är andelen privat barn- och ungdomstandvård så hög som 30 procent i vissa landsting. I riket är i snitt 16 procent av alla barn anslutna till en privat vårdgivare.

Inget landsting har i dag en lika hög andel privata utförare inom barn- och ungdomstandvården som inom vuxentandvården.⁴⁾ Ännu långsammare har det gått inom specialisttandvården för unga. I dag är det bara två landsting/regioner som över huvud taget har konkurransutsatt denna.

Uppdelningen mellan den statliga tandvårdsförmånen och den landstingskommunala barn- och ungdomstandvården innebär att förändringar av ansvarsområdet för tandvårdsstödet respektive landstingen får konsekvenser för relationen mellan folktandvården och privata vårdgivare.

År 2016 förändrades tandvårdslagen på ett sätt som utvidgar landstingens ansvar för barn- och ungdomstandvården. Från och med den första januari 2019 ska landstingen ansvara för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller 23 år, specialisttandvård för personer från och med det år då de fyller 24 år och övrig tandvård för personer från och med det år då de fyller 24 år i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.⁵⁾ Höjningen av åldersgränsen kommer att ske successivt från och med 2017. Tidigare var gränsen för barn- och ungdomstandvården 19 år, vilket innebär att betydligt fler unga nu kommer att vara landstingens ansvar.

Åldersgränsen för det som betraktas som barn- och ungdomstandvård, och därmed

Lagstiftning och historisk utveckling

landstingens ansvar, har därmed höjts med fyra år jämfört med situationen innan lagändringen och ansvarsområdet för den del av tandvården som täcks av det statliga tandvårdsstödet har reducerats.

Detta innebär att allt större del av de offentliga tandvårdssubventionerna går via landstingen. Förändringarna får konsekvenser för relationen mellan folktandvården och de privata vårdgivarna på flera sätt. Dels ökar den genomsnittliga subventionsgraden, dels blir utformningen av landstingens ersättningsmodeller en allt viktigare fråga för Privattandläkarna.

Landstingens sätt att styra barn- och ungdomstandvården påminner mycket om

styrningen av primärvården. Till skillnad från primärvården finns dock ingen lag som tvingar landstingen att konkurransutsätta barn- och ungdomstandvården. Andelen privata utförare beror bland annat på hur ersättningsystemen i landstingen ser ut och andra lokala förhållanden.

Ersättningsystemen inom barn respektive vuxentandvården skiljer sig mycket åt. Inom den statliga vuxentandvården används i huvudsak åtgärdsersättning, medan det för barn- och ungdomstandvården i huvudsak rör sig om så kallad kapitation. Denna uppdelning skapar en del problem för privata vårdgivare som inte tillräckligt har uppmärksamats, vilket är skälet till att denna rapport tagits fram.

1) <http://www.odontlar.se/tandvardens-historia-i-sverige/> (hämtad 2017-07-14).

2) SOU 2006:27, Stöd till hälsobefrämjande tandvård.

3) Prop 1992/93:43.

4) Privattandläkarna, 2015, Enkät till lokalavdelningar för Privattandläkarna.

5) Lag (2016:1301).

Regler som styr landstingens köp av tandvård

I det här avsnittet beskrivs de möjligheter som landstingen och regionerna har när de vill betala en privat utförare för att leverera tandvårdstjänster. Central lagstiftning på detta område är Lagen om offentlig upphandling (LOU, Lag 2016:1145) och Lagen om valfrihetssystem (LOV, Lag 2008:962). Dessa lagar styrs i sin tur av EU-regler som kräver likabehandling och som begränsar offentliga myndigheters subventioner av privata aktörer. Syftet med dessa regler är att upprätthålla en fri konkurrens inom EU.

Lagen om offentlig upphandling

När en offentlig myndighet anlitar ett privat företag eller annan organisation för att utföra ett uppdrag styrs processen av Lagen om offentlig upphandling (LOU), som utgör ett ramverk för all offentlig upphandling – även om denna sker i form av valfrihetssystem. LOU är i sin tur utformad med utgångspunkt i Europeiska Unionens upphandlingsdirektiv. Det senaste av dessa har nyligen omsatts i en förnyad lag om offentlig upphandling som gäller från och med den första januari 2017.

När det råder osäkerhet om när och i vilken omfattning myndigheterna kommer att köpa in en vara eller tjänst tecknas ett så kallat *ramavtal*. Under dessa förhållanden är det ofta fördelaktigt för myndigheten att teckna ett avtal med en eller flera leveran-

törer som ger rätt att avropa vissa varor och tjänster till i förväg specificerade villkor.⁶⁾

Offentlig upphandling kan utföras i ett eller flera steg. I vissa fall upphandlas i ett första steg ett antal leverantörer som i ett andra steg kan bli utvalda som leverantörer i ett förenklat andra steg som kallas *förnyad konkurrensutsättning*.

Det förekommer också att leverantörerna väljs ut i ett enda steg och att myndigheterna därefter endast avropar från avtalet. I sådana fall finns en tydlig rangordning mellan leverantörerna som innebär att den leverantör som rangordnats högst alltid har förstahandsrätt att leverera. Först om den högst rangordnade leverantören säger nej går frågan till nästa leverantör på listan.

LOU används ofta vid offentliga inköp av välfärdstjänster som förutsätter att leverantören har ett geografiskt eller organisatoriskt definierat ansvarsområde. Vid upphandling av missbruksvård, behandlingshem för unga och flyktingboenden är valfrihetssystem mindre vanliga och LOU används därför ofta i sin rena form.

Lagen om offentlig upphandling är möjlig att kombinera med valfrihet för brukarna. För att tydliggöra hur detta går till juridiskt finns också Lagen om valfrihetssystem (LOV) som specificerar hur valfrihetssystem ska utformas. Alla offentliga tjänster där

6) Konkurrensverket (2015), Den offentliga marknaden i Sverige, s 23.

Regler som styr landstingens köp av tandvård

brukarna erbjuds valfrihet styrs dock inte av LOV, skolan och skolpengsystemet är ett exempel på ett valfrihetssystem utanför LOV.

Offentliga aktörer som upphandlar från egna bolag kan i vissa fall vara undantagna från LOU enligt de så kallade *Teckal-reglerna*. Om den upphandlande myndigheten utövar kontroll över verksamheten på ett sätt som motsvarar dess kontroll över sin egen förvaltning behöver upphandling inte göras. Det innebär till exempel att ett landsting kan bolagisera folktandvården utan att därför behöva konkurrensutsetta denna.⁷⁾

Om Teckalreglerna däremot inte uppfylls är landstinget skyldigt att upphandla enligt LOU och, i förekommande fall, LOV.

Lagen om valfrihetssystem

Redan innan Lagen om valfrihetssystem infördes fanns det möjlighet att välja privata utförare. Skåne har till exempel sedan 1999 tillämpat fritt val inom barn- och ungdomstandvården.⁸⁾ Valfrihetssystem kan vara förenliga med LOU då valet av leverantör ytterst görs av brukaren och därmed under vissa förutsättningar kan sägas vara objektivt och förenligt med EU:s upphandlingsdirektiv och LOU.

Inför införandet av det obligatoriska vårdvalet i primärvården 2009 beslutade

regeringen dock att tydliggöra de rättsliga förhållandena i en speciallag som fick namnet LOV – Lagen om valfrihetssystem. Lagen bygger på LOU och reglerar hur valfrihetssystem kan utformas. LOV har sedermera utvidgats till att, förutom vård och omsorg, även gälla arbetsförmedlingstjänster. Skolpengsystemet är dock inte en tillämpning av LOV, utan har annan rättslig grund.

Allt fler landsting väljer att inordna sina valfrihetssystem i det regelverk som definieras av LOV. Skälen är dels att detta minskar risken för kostsamma juridiska misstag, dels att vårdgivarna får ökad säkerhet om vilka regler som gäller. Skåne valde 2013 att omforma sitt ursprungliga valfrihetssystem med vårdgivaravtal till ett regelrätt valfrihetssystem enligt LOV.⁹⁾

På valfrihetswebben (www.valfrihetswebben.se) finns en beskrivning av de valfrihetssystem som tillämpas i svenska kommuner och landsting. Till skillnad från LOU kan alla aktörer som uppfyller vissa minimikrav som ställs upp av den upphandlande myndigheten delta. Det finns dock ingen garanti för att brukarna väljer en viss enhet. För att få ”kunder” måste leverantörerna vända sig direkt till brukarna. Det finns också informationssystem för att underlätta valet för brukarna. Webbsidan 1177.se beskriver till exempel sjukvårdsutbudet i de olika

7) <http://www.konkurrensverket.se/upphandling/utan-annonsering/interna-kop/> (hämtad 2017-07-26),

8) Kefu, 2015, Utvärdering av hälsoval i primärvården respektive vårdval inom specialistvården och barn- och ungdomstandvården i Region Skåne.

9) Ibid.

Regler som styr landstingens köp av tandvård

landstingen och gör det möjligt att jämföra olika leverantörer med varandra. Vissa landsting använder även 1177.se för att göra det möjligt att välja och jämföra barn- och ungdomstandvård.

Vilka valmöjligheter har landstingen?

Landstingen har enligt Tandvårdslagen (Lag 1985:125) huvudansvaret för barns och ungas tandvård. De kan emellertid välja att lägga ut delar eller hela verksamheten till externa aktörer och att konkurrensutsätta den. De kan också välja att bolagisera folktandvården utan att konkurrensutsätta den del som omfattar barns och ungas tandvård som denna definieras i Tandvårdslagen. Vuxnas tandvård hanteras som bekant genom det statliga tandvårdsstödet

vilket inte definieras som ett valfrihetssystem, trots att det i praktiken fungerar likartat.

Alla landsting har i dag privata vårdgivare verksamma inom barn- och ungdomstandvården, men andelen av befolkningen som är anslutna dit varierar mycket. I Norrbotten är endast två procent av de unga anslutna till privata vårdgivare, medan andelen är drygt 30 procent i Stockholm. Avtalsformerna är enskilda avtal, ramavtal och LOV.¹⁰⁾

Under förutsättning att landstingen inte väljer att bedriva all tandvård i egen regi kommer frågan om val av ersättningsmodell att vara aktuell. Anslagsfinansiering kan av juridiska skäl endast tillämpas för offentliga enheter, för privata enheter måste fördelningen av resurser följa reglerna i LOU.

Ersättningsmodeller som används inom tandvård

För att förstå varför ersättningssystem kan se så olika ut behöver man också förstå begreppet ”asymmetrisk information”. Detta syftar på gapet i information mellan en beställare och en utförare. Nobelpristagaren Ronald Coase myntade termen *transaktionskostnad* som åsyftar kostnader för att genomföra arbetsdelning. I frånvaro av transaktionskostnader skulle det inte behövas några företag – all arbetsdelning som behövs i en marknadsekonomi skulle kunna utföras via kontrakt mellan enskilda individer. Men eftersom transaktionskostnaderna ofta är betydande måste mängden transaktioner och den informationsinhämtning som görs begränsas. Det är nödvändigt att teckna avtal mellan olika parter, utan att man i detalj kan verifiera vad som har levererats eller i förväg vara säker på att varan eller tjänsten kommer att levereras med avtalad kvalitet.

Teorin om hur man tecknar avtal, trots att parterna har ofullständig information, kallas *principal-agent-teori*. Den ofullständiga informationen brukar i sin tur delas upp i två typer av problem; *moral hazard* och *adverse selection*. Det första problemet handlar om att principalen (beställaren) inte kan veta om agenten (utföraren) har gjort sitt bästa. Det andra problemet handlar om att principalen inte kan veta hur effektivt agenten skulle kunna utföra sitt arbete. Båda dessa problem är relevanta när vi diskuterar ersättningsystem inom tandvården och sjukvården.

Jean Jaques Laffont och Jean Tirole beskriver utförligt i en lärobok från 1993 med titeln ”A Theory of Incentives in Procurement and Regulation” hur optimala kontrakt kan utformas i en miljö där båda dessa problem förekommer. Förenklat kan man säga att det behöver göras en avvägning mellan att minimera risken för ”moral hazard” respektive ”adverse selection”. Ger man agenten en fast ersättning för att utföra arbetet kommer agenter som är mycket effektiva att göra stora vinster, vilket är kostsamt för principalen. Å andra sidan, betalar man på löpande räkning kommer agenterna kanske inte arbeta så effektivt som de skulle kunna. Detta kan också leda till att kostnaderna blir högre än vad de behöver vara.

I fallet tandvård kan man ha olika uppfattningar om vad som är det egentliga målet för verksamheten. En rimlig utgångspunkt är att tandvården på ett kostnadseffektivt sätt ska säkerställa befolkningens tandhälsa och göra det oavsett vilken betalningsförmåga eller social status som patienterna har. Naturligtvis måste det göras en avvägning mellan mängden resurser som läggs på tandvård och andra offentligt finansierade tjänster.

Moral hazard kan i fallet tandvård handla om att en vårdgivare som enbart betalas på basis av antalet utförda åtgärder har incitament att utföra så många åtgärder som det går att motivera – även om detta kanske innebär att patienten får mer behandling än

10) Privattandläkarna, 2015, Enkät till lokalavdelningar för Privattandläkarna.

Ersättningsmodeller som används inom tandvård

vad som är samhällsekonomiskt motiverat. Problemet förvärras avsevärt om prissättningen är helt oreglerad.

Adverse selection kan handla om att en vårdgivare som får en fast summa per patient (kapitation) föredrar att förlägga mottagningen där det finns många patienter med god tandhälsa. Detta kan leda till att patienter i områden där tandhälsan är dålig får bristande tillgång till tandvård. Det kan också handla om att verksamheten utformas på ett sätt som gör att det primärt är patienter med god tandhälsa som söker sig till mottagningen.

Den ersättningsmodell som väljs kan ha olika egenskaper som kan beskrivas i termer av hur den påverkar möjligheten att hantera ”moral hazard” och ”adverse selection”. Inom tandvården används i princip tre olika ersättningsformer: åtgärdsersättning, kapitation och kapitation med riskpott. Vi kommer här att diskutera dessa de tre vanligaste ersättningsformerna inom tandvården och deras konsekvenser för tandvårdskonsumtionen generellt och i olika sociala grupper. Vi kommer också att diskutera betydelsen av självrisker och hur graden av egenfinansiering från patienten kan påverka valet av ersättningsmodell.

Renodlad åtgärdsersättning, speciellt utan reglerade priser, riskerar att leda till alltför många ingrepp, medan renodlad kapitation

kan leda till underkonsumtion. Dessutom kan kapitation leda till att patienter med stora behov får dålig tillgång till tandvård.

I svensk vuxentandvård förekommer det numera enbart *delvis reglerad* åtgärdsersättning. Ersättningen till utföraren är i allmänhet reglerad, men inte priset som utföraren tar ut av patienten. Detta gör att ett högre pris för ett visst ingrepp inte samtidigt gör att ersättningen blir högre. Vi kommer i denna rapport att avse denna ersättningsform när vi talar om åtgärdsersättning.

Åtgärdsersättning används för den privata vuxentandvården. För privat barn- och ungdomstandvård används i dag huvudsakligen kapitation. I vissa fall justerar de olika landstingen kapitationen baserad på befolkningens sammansättning i olika områden. I vissa landsting förekommer också olika slags riskpottor som ger kompensation till vårdgivare som har särskilt dyra patienter.

Intressant nog har de två landsting som valt att konkurrensutsätta specialisttandvården för unga valt renodlad åtgärdsersättning. Priset är reglerat och styrs av landstingets prislista. Detta antyder att valet av kapitation för bastandvården kanske har mer att göra med att denna princip även styr resurstilldelningen till folktandvården och att man inte på djupet har diskuterat hur patienturvalet kommer att påverkas. När enbart folktandvården är utförare kan

Ersättningsmodeller som används inom tandvård

obalanser i värsta fall hanteras med koncernbidrag. Fullt så enkelt är det dock inte när man har ett blandat system med både privata och offentliga utförare.

Åtgärdsersättning

När tandvårdsförmånen infördes 1974 tillämpades en nationell tandvårdstaxa med reglerade priser för vuxentandvården. I början var ersättningen generös, men urholkades successivt tills den i slutet av 1990-talet utgjorde en mindre del – omkring 20 procent – av de tandvårdskostnader som patienten betalade ur egen ficka. Urholkningen gällde även andelen (priset) för varje enskild åtgärd. När systemet reformerades 1999¹¹⁾ avskaffades de reglerade priserna och utförarna fick möjlighet att själva sätta sina priser.¹²⁾ Ersättningen till utförarna följer dock en fastställd taxa, oberoende av vilket pris utförarna väljer att ta ut av patienterna.

Den relativt låga offentliga ersättningsgraden i förmånen fram till början av 2000-talet innebar att patienternas självrisker var höga – något som kan förväntas verka återhållande på efterfrågan. När tandvårdsreformen förändrades år 2002 (den så kallade 65-plusrefomen) och 2008 (det nya statliga stödet för vuxentandvården) ökade den offentliga finansieringsgraden påtagligt för de berörda grupperna.

65-plusreformen visade sig öka efterfrågan på tandvård kraftigt och på ett icke för-

utsett sätt, speciellt för vissa typer av åtgärder. Kostnaderna för reformen blev därför mångdubbelt större än beräknat. Till viss del kan ökningen förklaras med ett uppdämt behov och att regeringen i sista stund valde att sänka åldersgränsen från 75 år till 65.

Reformen 2008 utformades med högre självrisker än 65-plusreformen. Detta kan ha varit en viktig förklaring till att den senare reformen visade sig vara överfinansierad och att konsumtionsökningen blev måttlig, även för de grupper som kom i åtnjutande av de högsta subventionsgraderna.

Det statliga tandvårdsstödet består sedan dess av ett allmänt tandvårdsbidrag, ett särskilt tandvårdsbidrag och ett högkostnads-skydd. Det allmänna tandvårdsbidraget är i dag en klumpsumma på mellan 150 och 300 kronor per år som kan användas för tandvård hos privata eller offentliga utförare.

Bidraget måste användas inom två år, men kan sparas. Det innebär att man kan använda två tandvårdsbidrag vid en undersökning. Regeringen har nyligen aviserat att tandvårdsbidraget från och med den 15 april 2018 kommer att fördubblas till 300 respektive 600 kronor per år. Det särskilda tandvårdsbidraget utgår till personer som av medicinska skäl har större behov av tandvård än normalt. Det uppgår till maximalt 600 kronor per halvår.

11) Prop 1997/98:112.

12) SoU 2015:76, Tandvårdsreformen 2008 – ett systemskifte i vuxentandvården.

Ersättningsmodeller som används inom tandvård

Den största delen av det statliga tandvårdsstödet är dock den del som avser högkostnadsskyddet. Högkostnadsskyddet tar sin utgångspunkt i referenspriser för olika åtgärder som definieras av en åtgärdslista. När de sammanlagda referenspriserna för utförda åtgärder uppgår till 3 000 kronor är högkostnadsskyddet 50 procent av referenspriset för åtgärder utöver denna nivå. Om de sammanlagda referenspriserna för utförda åtgärder uppgår till minst 15 000 kronor är högkostnadsskyddet 85 procent av referenspriset för åtgärder utöver denna nivå.

Eftersom prissättningen är fri behöver det pris som patienten betalar inte vara lika med referenspriset. Så länge vårdgivarens pris understiger referenspriset är ersättningen en viss procentandel av priset, men den kan aldrig bli högre än det skulle vara om priset var lika högt som referenspriset. Högre priser än referenspriset leder alltså inte till mer ersättning.

Åtgärdsersättning är även den vanligaste ersättningsformen inom specialisttandvård och de landsting som har privata utförare inom specialisttandvården för barn och unga använder även där åtgärdsersättning.

Åtgärdsersättning förekommer även inom sjukvården, framför allt inom den öppna specialiserade vården. Självrisken för patienterna är inom sjukvården generellt betydligt lägre, då de enbart betalar patient-

avgift och kostnader för läkemedel. För att undvika kostnadsdrivande effekter väljer många landsting därför att tillämpa remiss-tvång och andra ransoneringsmekanismer.

Teoretiskt sett har åtgärdsersättning flera goda egenskaper. Bland annat följer åtgärdsersättningen i stor utsträckning vårdgivarens faktiska kostnader, vilket gör att åtgärdsersättningen därmed även blir väl anpassad till patienternas vårdbehov. Vill man anpassa ersättningen så att vårdgivarna får tillräcklig kompensation även för patienter med stora vårdbehov är åtgärdsersättningen lämplig.

De stora nackdelarna med åtgärdsersättning är dels att den kan vara kostnadsdrivande när patienternas självrisiker är låga, dels att åtgärdsersättningen kan styra vårdutbudet på ett sätt som konserverar befintliga metoder och gör det olönsamt att arbeta förebyggande.¹³⁾

Per capita

Sedan landstingen öppnade för privata utförare inom barn- och ungdomstandvården har kapitation varit den vanligaste ersättningsformen. Kapitation har flera goda egenskaper, bland annat att vårdgivaren har stora möjligheter att lösa problem på olika sätt, till exempel genom att prioritera förebyggande åtgärder för att i ett senare skede kunna undvika reparativa insatser.

Ersättningsmodeller som används inom tandvård

Även inom primärvården är kapitation den vanligaste ersättningsformen. Detta är en del av sjukvården där kostnadsvariationen är mindre än inom exempelvis slutenvården. De flesta landsting väljer trots det att riskjustera ersättningen till vårdgivarna med bland annat ACG (Adjusted Clinical Groups) och CNI (Care Need Index). ACG är baserat på patienternas individuella vårdbehov medan CNI är baserat på det uppskattade vårdbehovet i det område där patienten är bosatt.

Det går att dra tydliga paralleller mellan barn- och ungdomstandvården och primärvården, då båda dessa tjänster har låga självrisiker för patienterna. I barn- och ungdomstandvården finns det inga självrisiker alls. Att man använder kapitation på båda dessa områden ter sig naturligt då en renodlad åtgärdsersättning skulle kunna bli kostnadsdrivande.

Kapitation är emellertid också en problematisk ersättningsform i sin rena form då den skapar incitament för vårdgivare att undvika patienter med stora tandvårdsbehov. Inom primärvården kan detta hanteras genom att ersättningen justeras via ACG. I barn- och ungdomstandvården finns dock inte denna möjlighet i dag. I stället används områdesbaserade justeringar som CNI.

Ett problem inom barn- och ungdomstandvården är att vissa barn och unga har

betydligt större behov av förebyggande och reparativ tandvård än andra. Benägenheten att besöka tandvården kan också vara betydligt mindre i dessa grupper, något som har föranlett uppsökande insatser i flera landsting.

Kapitation ger vårdgivarna föga incitament att rikta insatserna till just de grupper där behoven är som störst. Vårdgivarna har också små incitament att förlägga sin verksamhet i områden där behoven är som störst, något som delvis kan rättas till via justeringar som CNI. Problemet kvarstår dock att bostadsorten inte alltid är den bästa prediktorn för behov av speciella insatser.

Per capita med riskpott

Bristen på adekvata mekanismer för riskjustering av kapitation gör att blandade system kommer i fråga. Den kostnadsdrivande effekt som åtgärdsersättning kan ha när patienternas självrisk är låg eller obefintlig kan mycket väl vara en fördel om det handlar om patienter som har en låg benägenhet att nyttja förebyggande tandvårdsinsatser.

Inom många landsting förekommer olika slags ”riskpottar” där patienter med en hög tandvårdskonsumtion får ersättning via en speciell pott. Enligt Privattandläkarnas kartläggning tillämpar endast

13) Studieförbundet näringsliv och samhälle, 2015, Ersättning i sjukvården – modeller, effekter och rekommendationer.

Ersättningsmodeller som används inom tandvård

6 landsting ersättning baserad på uppskattat vårdbehov och då endast CNI. 6 landsting använder riskpott, vilket ger kompensation för kliniker som har patienter med höga vårdkostnader. Båda regionerna Skåne och Västra Götaland saknar riskpott, även om Västra Götaland har haft en tillfällig sådan under 2017. I Kalmar uppgår avsättningen till omkring fem procent av kapitationen och i Stockholm till 72 kronor per ansluten brukare, vilket motsvarar mellan fem och tio procent av kapitationen.¹⁴⁾ Halland är en av de regioner som har störst omfördelning med två riskutjämningspottar som tillsammans motsvarar drygt fem procent och de kommer framöver att utökas till sammanlagt åtta procent av ersättningen. För att finansiera pottarna betalar vårdgivarna en viss andel av sin ersättning till systemet som sedan fördelas ut till de vårdgivare som uppfyller kriterierna för att ta del av potten. Riskpott 1 är gemensam för privata och offentliga vårdgivare, vilket innebär att medlen tillförs utöver kapiteringen.

Riskpottar, där en viss del av ersättningen avsätts för att kompensera vårdgivare för höga kostnader, kan vara en lämplig modell för att göra stödet mer träffsäkert. Användningen av riskpottar bör analyseras tillsammans med system för att vikta ersättningen beroende på befolkningens genomsnittliga vårdbehov. Man bör vara medveten om att CNI och riskpottar är två olika system med

olika syften. CNI leder till att vårdgivarna blir mer benägna att etablera sig i områden med stort vårdbehov, riskpottar gör att vårdgivarna blir mer benägna att behandla patienter med stora vårdbehov. Förutom kompensation finns också en risk att valfriheten blir mindre i områden där behoven är stora då vårdgivarna kanske inte kan få full kostnadstäckning.

Beroende på vilket problem som landstingen vill adressera kan CNI och riskpottar vara instrument som behöver användas i kombination för att uppnå bästa resultat.

För att en riskpott ska fungera optimalt bör den förväntade ersättningen för barn och unga vara i paritet med den faktiska. Så länge ersättningen i huvudsak består av kapitering kan den slutliga ersättningen givetvis inte alltid motsvara de faktiska kostnaderna. Men om vårdgivaren vet att ett barn från en viss grupp med stor sannolikhet kommer att kosta dubbelt så mycket som ett barn ur en annan grupp uppstår snedvridande incitament.

Syftet med riskpottar är att vårdgivare ska ha möjlighet att fokusera på olika kategorier av patienter, utan att de av detta skäl riskerar att få för låg ersättning i förhållande till utfört arbete. För att det målet ska kunna uppnås krävs antagligen betydligt större riskpottar än de som är vanliga i dagens barn- och ungdomstandvård.

14) Privattandläkarna, 2015, Enkät till lokalavdelningar för Privattandläkarna.

Ersättningsmodeller som används inom tandvård

Vårdkostnader, även tandvårdskostnader, är i allmänhet snedfördelade och följer en funktionell form som brukar kallas ”log-normal”. Det innebär att en liten del av patienterna står för en betydande del av vårdkostnaderna. En ersättning som syftar till att ge adekvat kompensation för normala tandvårdsbehov kommer därför med nödvändighet att vara otillräcklig för en vårdgivare som har många patienter med höga kostnader.

Vi ser att merparten av landstingen går med underskott på barn- och ungdomstandvården. En förklaring till detta kan vara att man inte lyckats utforma ett ersättnings-system som ger adekvat kompensation för patienter med stora behov. Konsekvensen blir att landstingen blir sittande med större kostnader än man hade behövt ha med en adekvat utjämningsmekanism och en jämnare fördelning av olika patientkategorier mellan landsting/regioner och privata vårdgivare.

En annan viktig faktor är att patienterna i de flesta landsting måste göra ett aktivt val för att välja bort landstinget som vård-

givare. Om föräldrar till barn med förväntat höga tandvårdskostnader är mindre benägna att välja kan detta leda till ett obalanserat urval. Statistik från *Region Skåne* antyder att snedvriden selektion är ett allvarligt problem som dessutom tilltar när barnen blir äldre.¹⁵⁾

Detta problem går inte att åtgärda inom ramen för ren kapitation. Om ersättningen per patient anpassas till genomsnittskostnaden för barn och unga i allmänhet riskerar ersättningen bli för hög. Om man å andra sidan anpassar ersättningen till den förväntade genomsnittskostnaden för de barn och unga som går hos privata vårdgivare kan ersättningen bli så låg att privata vårdgivare inte får full kostnadstäckning för gruppen med stora behov.

Statistiken om folktandvårdens lönsamhet antyder – givet att ersättningen till övriga aktörer anpassas till snittkostnaderna för folktandvården – att man i dag har en ersättning som är tillräcklig för vissa grupper, men inte för alla. Detta skulle kunna åtgärdas med en mer behovsstyrd ersättning, alltså betydligt större riskpottar än i dag.

15) Kefu, 2015, Utvärdering av hälsoval i primärvården respektive vårdval inom specialistvården och barn- och ungdomstandvården i Region Skåne.

Analys av dagens ersättningsmodeller

I det här avsnittet tittar vi närmare på landstingens ersättningsmodeller och försöker identifiera problem. Vår utgångspunkt är att privat tandvård ska vara ett alternativ för alla barn, oavsett social situation och bostadsort, och att ersättningssystemen bör utformas med detta mål i sikte.

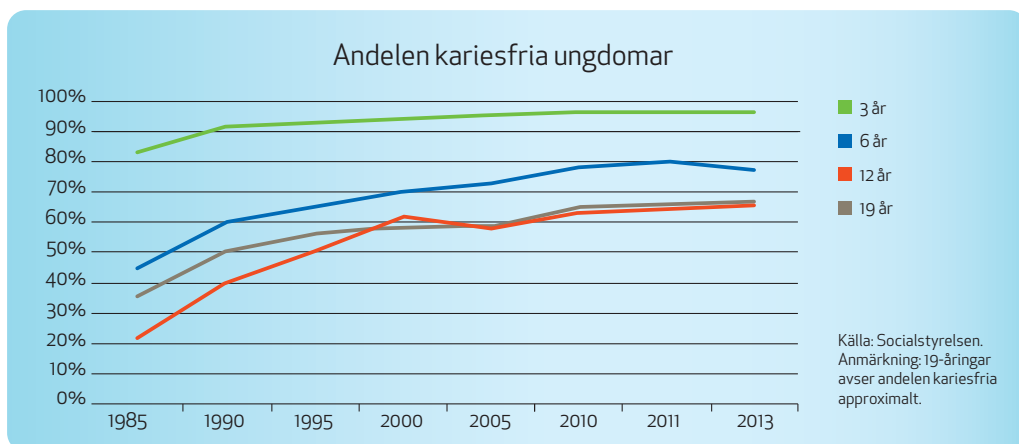
Bättre tandhälsa

Tandhälsan i Sverige är i grunden bra och har successivt förbättrats under de senaste åren.¹⁶⁾

Detta trots att förutsättningarna för god tandhälsa i viss utsträckning blivit sämre – vi konsumerar till exempel betydligt mer socker och andra kolhydrater jämfört med för 150 år sedan. Viktiga faktorer bakom förbättringarna är tandborstning, fluorosköljningar och regelbundna besök hos tandläkare och tandhygienist.

Vid en internationell jämförelse visar det sig även att den svenska tandhälsan ligger i topp i Europa.¹⁷⁾ Faktorer som kan förklara detta är den väl utbyggda barn- och ungdomstandvården och en generellt hög välfärdsnivå. Tandvårdsförmånens införande 1974 tycks ha påverkat tandhälsan positivt, trots att den offentliga subventionen till vuxnas tandvård under 1980- och 1990-talen kraftigt urholkades. Det var först i samband med högkostnads-skyddet för äldre 2003 och sedermera tandvårdsreformen 2008 som det offentliga stödet till vuxnas tandvård återställdes till den reala nivå som gällde när stödet infördes.

Att tandhälsan generellt förbättras innebär dock inte att det saknas problem. I en rapport från Socialstyrelsen¹⁸⁾ konstateras att: ”Lågutbildade, låginkomsttagare



16) Landstinget i Östergötland, 2009, Tandhälsans utveckling i Sverige och Östergötland under 1900-talet.

17) <http://www.tandlakartidningen.se/internationell-fackpress/svenskars-tandhalsa-bast-i-eu/> (hämtad 2017-10-14).

18) Socialstyrelsen, 2013, Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, Lägesrapport Socialstyrelsen.

Analys av dagens ersättningsmodeller

och utlandsfödda uppger att de har dålig tandhälsa i högre utsträckning än andra grupper. I gruppen yrkesarbetande uppger 6 procent att de har dålig tandhälsa vilket kan jämföras med 28 procent av dem som har sjukpenning.”

Vi ser en ökande social segregation och att barn med stora tandvårdsbehov i stor utsträckning blir folktandvårdens ansvar. Om tanken med att konkurrensutsätta folktandvården är att skapa drivkrafter för teknisk och organisatorisk utveckling i alla delar av tandvården, och att dessa förbättringar ska komma alla patienter till del, finns goda skäl att tillämpa ett balanserat ersättningssystem som gör att vård hos privata vårdgivare kan bli ett alternativ för alla barn.

De variationer i vårdbehov och tendens att besöka tandvården som vi i dag ser är också problematiska, mot bakgrund av ett ökande antal barn födda i utlandet eller med föräldrar som kommit till Sverige som flyktingar – ofta från länder med en dåligt utbyggd tandvård med i huvudsak reparativa insatser.

Ett ersättningssystem som passar bra för vissa grupper är inte nödvändigtvis optimalt för andra. Landstingens modeller varierar påtagligt, men gemensamt för alla de system som i dag existerar är att de inte verkar ha tagit höjd för de befolkningsmässiga förändringar som vi står inför.

Om vi vill ha ett gott utbud av tandvård för alla grupper räcker inte dagens kompensationsmekanismer till.

Stora skillnader i tandvårdsbehov

Även om tandhälsan generellt sett är god i Sverige är de socioekonomiska skillnaderna som nämnts oroväckande stora. Två grupper som besöker tandvården mer sällan är personer med sjukersättning och nya medborgare (en stor andel av dessa är som bekant flyktingar). Statistik från SCB visar att mer än 61 procent av alla nya svenskar (fyra år eller mindre i Sverige) inte har besökt tandvården de senaste två åren.¹⁹⁾ Ser man till födelseland är det mer än dubbelt så vanligt att en person född i Sverige har besökt tandläkaren de senaste två åren som att en person som är född i Afrika, Asien eller Oceanien har gjort det.²⁰⁾

Grönqvist (2012)²¹⁾ menar att det inte finns någon korrelation mellan inkomst och mängden konsumerad reparativ tandvård. Däremot är det betydligt vanligare att personer med hög inkomst gör förebyggande besök. Ett sätt att åskådliggöra skillnader mellan grupper är att använda oddskvoter. En kvot på 1,0 innebär att gruppen har lika stor sannolikhet som befolkningen i genomsnitt att enbart besöka tandvården akut, medan en kvot på 2,0 innebär att sannolikheten är dubbelt så stor.

19) SoU 2015:76, sid 88.

20) Ibid.

21) Grönqvist E, 2012, Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsters betydelse, Försäkringskassan: Working papers in social insurance 2012:1.

Analys av dagens ersättningsmodeller

När det gäller barn- och ungdomstandvården, som är kostnadsfri för vårdnadshavarna, är priset inte en faktor som kan förklara uteblivna besök. Viktigare är antagligen kunskap om hur förebyggande tandvård påverkar tandhälsan och om möjligheterna att få sådana insatser.

Något som skulle kunna underlätta för dessa familjer är att barnen får möjlighet att besöka samma vårdgivare som de vuxna går till. Sambandet mellan föräldrarnas benägenhet att besöka tandvården och barnens är starkt, enligt en rapport från Socialstyrelsen.²²⁾ Familjernas sociala situation är den viktigaste förklaringen till barnens dåliga tandhälsa, medan grannskapseffekter har mindre betydelse.

Barnens tandhälsa har också ett starkt samband med deras föräldrars tandhälsa. Socialstyrelsen beräknar i en unik studie om sambandet mellan föräldrarnas och barnens tandhälsa oddskvoter för risken för att barnen får karies baserad på egenskaper hos modern (alternativt fadern, om fadern har ensam vårdnad). Riskfaktorer är att föräldrarna är unga, lågutbildade, att de är födda utomlands och att familjen har ekonomiskt bistånd.

22) Socialstyrelsen, 2013, Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga, Underlagsrapport till Barn och ungas hälsa, vård och omsorg

23) Grönqvist E, 2012, Efterfrågan på tandvård: Analyser av priset och inkomstens betydelse, Försäkringskassan: Working papers in social insurance 2012:1.

Resultat av logistisk regression för sannolikheten att inte besöka tandvården²³⁾

Förklarande variabler	Oddskvoter
Kön	
Kvinna (ref)	1,00
Man	1,70
Födelse land	
Sverige (ref)	1,00
Övriga Norden, EU, USA m fl	2,00
Övriga världen	2,38
Europa utanför EU och Norden	2,84
Ålder	
20-29	1,95
30-49	1,60
50-64 (ref)	1,00
65-74	1,10
75+	2,51
Familjetyp	
Sambo/gift utan barn (ref)	1,00
Ensamstående utan barn	2,34
Ensamstående med barn	1,88
Sambo/gift med barn	1,23
Utbildning	
Grundskola	1,38
Gymnasieskola	1,00
Eftergymnasial utbildning	0,77
Inkomst	
Låg inkomst	1,61
Medelinkomst (ref)	1,00
Hög inkomst	0,60
Kommun	
Övriga kommuner (ref)	1,00
Storstadskommuner	1,03
Glesbygdskommuner	1,20
Förortskommuner	1,10
Tandläkartäthet	1,00
Övriga faktorer	
Sjukpenning > 90 dagar	0,95
Arbetslöshetsrelaterad ersättning	1,02
Studierelaterad inkomst > 0	0,90
Sjuk-/aktivitetsersättning eller förtidspension	1,67
Ekonomiskt bistånd	1,15
N	6 761 197

Analys av dagens ersättningsmodeller

Föräldrar som har färre än 20 kvarvarande tänder har mer än fyra gånger så stor risk att ha barn med karies. Även sedan man justerat för sociala faktorer återstår ett samband mellan föräldrarnas tandhälsa och barnens. En viktig förklaring till att tandhälsan går i arv är enligt Socialstyrelsen att barn till föräldrar som uteblir från tandvården ofta själva uteblir. Barn till unga föräldrar som uteblir från tandvården har fyra gånger så stor sannolikhet att själva utebli jämfört med äldre föräldrar som besöker tandvården.²⁴⁾ Av rapporten framgår också att barnens benägenhet att besöka tandvården är kopplad till föräldrarnas sociala situation och inte beror på den socioekonomiska situationen i området där barnen bor.

24) Socialstyrelsen, 2013, Sociala skillnader i tandhälsa bland barn- och unga, Underlagsrapport till barns- och ungas hälsa, vård och omsorg.

25) Ibid.

Risk för att få karies bland barn och unga²⁵⁾

Förklarande variabler	Oddskvoter
Moderns kvarvarande tänder	
>=27 (ref)	1,00
26-20	1,3
<20	1,5
Moderns ålder	
16-29	1,5
30-39	1,1
40+ (ref)	1,0
Moderns familjetyp	
Gift/sambo (ref)	1,0
Ensamstående	1,1
Moderns högsta utbildningsnivå	
Högst grundskola	1,7
Gymnasial/eftergymnasial	1,3
Eftergymnasial > 2 år (ref)	1,0
Ekonomiskt bistånd i familjen	
Ja	1,9
Nej (ref)	1,0
Moderns födelse land	
Sverige (ref)	1,0
Norden och Västeuropa	1,2
Övriga Europa	2,1
Utanför Europa (Mellanöstern, Afrika, Asien, Latinamerika)	2,5
Län	
Stockholm	0,5
Gävleborg	0,8
Västerbotten (ref)	1,0
Norrbottnen	0,9

Analys av dagens ersättningsmodeller

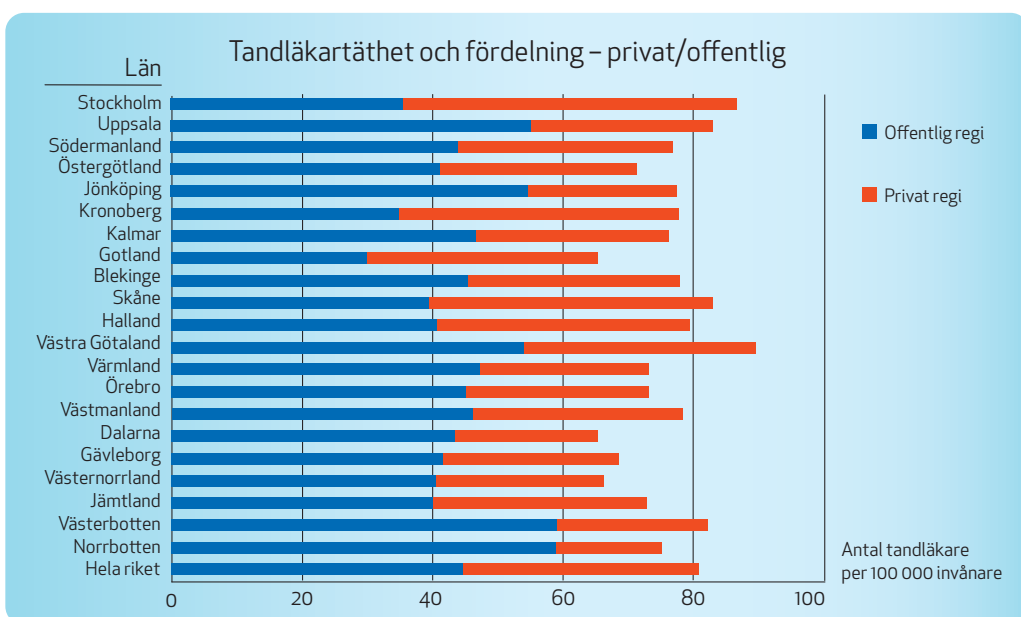
Statistiken visar dock att ganska få barn går hos privata vårdgivare. Att det privata utbudet av tandvård för barn och unga är mindre kan bero på flera faktorer, en sådan är att privata tandläkare ofta bedriver verksamheten i liten skala och att det inte skulle vara lönsamt att utvidga utbudet.

Detta beror i sin tur troligen på att ersättningssystemen inte anpassats så att det framstår som ekonomiskt möjligt för privata vårdgivare att erbjuda barn- och ungdomstandvård – åtminstone inte i alla områden.

Samtidigt kan vi se att vissa landsting har en relativt hög andel barn- och ungdoms-

tandvård i privat regi. Halland, Kronoberg och Stockholm har mer än 25 procent av barn- och ungdomstandvården i privat regi, vilket tyder på att föräldrarna faktiskt vill välja privata vårdgivare även för barnen, om det finns möjlighet. Ersättningsnivån i just dessa landsting tycks räcka för att de privata vårdgivarna ska vara intresserade av att ha ett utbud som även omfattar barn- och ungdomstandvård.

Det kan finnas ett värde i att göra det möjligt för alla föräldrar att låta barnen välja samma tandläkare som de själva, med tanke på det starka sambandet mellan föräldrarnas och barnens tandstatus. Speciellt för



Analys av dagens ersättningsmodeller

barn till föräldrar födda utomlands eller med en utsatt ekonomisk ställning kan det vara bra att föräldrar och barn har möjlighet att få stöd från samma tandläkare.

Primärvård och tandvård – vad kan vi lära?

Det går att dra en rad paralleller mellan landstingens användning av ersättningssystem inom tandvården och sjukvården. Till att börja med noterar vi att kapitation är den vanligaste formen för ersättning inom primärvården. Merparten av landstinget använder dock inte den enkla form av kapitation som tillämpas inom tandvården, utan viktas ersättningen efter patienternas uppskattade vårdbehov. Ett vanligt system för att göra denna kompensation är ACG (Adjusted Clinical Groups). Det är också vanligt att primärvården har ett slags indirekt ansvar för kostnader längre fram i vårdkedjan, ett så kallat täckningsansvar. Detta kan se olika ut, men gemensamt för samtliga landsting är att detta ansvar bara rör en bråkdel av de mycket stora kostnader som kan uppkomma i specialistvården.

I tandvården kan det förekomma justering efter den socioekonomiska ersättningen i ett område. Denna typ av justering kan dock inte kompensera för ett snedfördelat urval av patienter när urvalet inte kopplas till geografiska faktorer. Till skillnad från sjukvården förekommer det heller inte något utvidgat kostnadsansvar – som i fallet tandvård i så

fall skulle motsvara ansvar för specialisttandvården.

Specialistsjukvården ersätts i många landsting via åtgärdsersättning eller via så kallade Diagnosrelaterade grupper (DRG). Det är också vanligt med traditionella budgeter eller kombinationer av åtgärdsersättning och budgeter.

Specialistsjukvården har alltså vissa likheter med ersättningen för vuxentandvården, med skillnaden att patienternas självrisk är låg och att prissättningen (och inte bara ersättningen från det offentliga) är reglerad.

Tack vare de diagnosbaserade justeringarna i primärvården, och att man ibland kombinerar åtgärdsersättning med kapitation, har man inom primärvården lyckats motverka en situation där privata vårdgivare primärt lokaliseras i områden där hälsan är god.

Emellertid handlar det inte enbart om var vårdcentraler etablerar sig, utan också om vilka patientgrupper som går till vilka vårdcentraler. Eftersom det råder valfrihet är det viktigt att alla brukare i genomsnitt bidrar till verksamhetens överskott. Annars finns det risk för att energi ägnas åt att försöka attrahera de patienter som bidrar mest till överskottet eller att i värsta fall undvika de patienter som dränerar verksamheten på resurser. När det inte finns högkostnads-skydd eller system som ACG är risken stor att tid kommer att ägnas åt sådan improduktiv verksamhet.

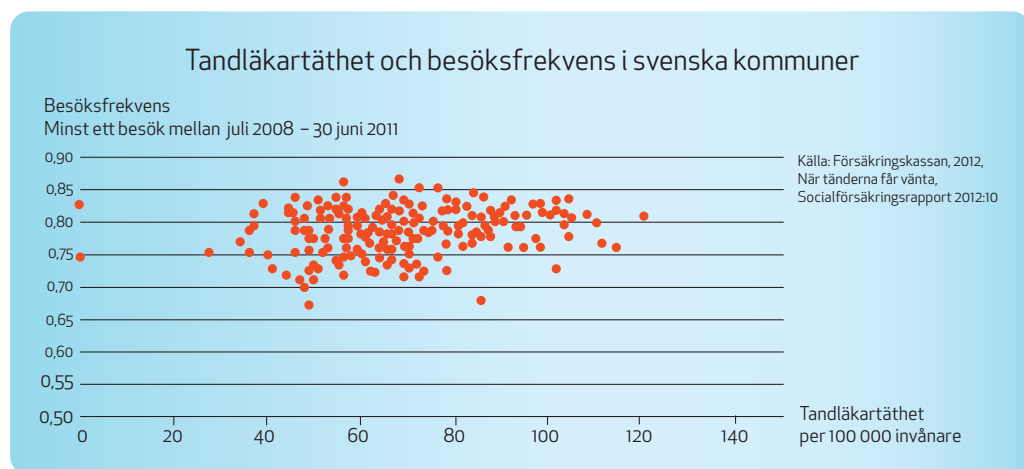
Analys av dagens ersättningsmodeller

I tandvården finns i dag inte möjlighet att använda system liknande ACG för att jämföra ut de förväntade kostnaderna, eftersom sådan information inte finns lättillgänglig. I väntan på att detta sker kan tandvården därför behöva använda de kompensationsmetoder som landstingen tillämpade innan registreringen av diagnoser och kroniska sjukdomar gjorde det möjligt att gå över till ACG.

Områdebaserade system som CNI har framförts som alternativ, men som vi ska se i denna rapport lär detta inte förslå för att hantera risken för "adverse selection" inom tandvården.

Landstingens justeringar ofta otillräckliga

Problemet med den geografiska kompensationsen enligt CNI som ofta används i svenska landsting är att den bara hanterar delar av de problem som landstingen står inför. Att öka ersättningen till vårdgivare som etablerar sig i områden där kapitationen i genomsnitt är lägre än konsumtionen löser inte problemet med underkonsumtion i vissa grupper. Conrad m. fl. (1987) visar att tandläkartätheten endast marginellt påverkar besöksfrekvensen.²⁶⁾ Effekten av att öka antalet tandläkare per kvadratkilometer kan därför bli att resurser utnyttjas mindre effektivt, då antalet tandläkare per invånare inte motsvarar efter-



26) Conrad D., Grembowski D. och Milgrom P., 1987, Dental Care Demand: Insurance Effects and Plan Designs, HRS: Health Services Research, 22 (3).

Analys av dagens ersättningsmodeller

frågan. Försäkringskassan noterar i en rapport att sambandet mellan tandläkartäthet och besöksfrekvens i svenska kommuner är svagt.

En effektivare modell kan vara ekonomiska incitament som stimulerar vårdgivarna att arbeta proaktivt. Det är då viktigt att de vårdgivare som verkligen gör det inte upplever att de bestraffas ekonomiskt när deras proaktivitet leder till fler besök och fler åtgärder.

Användandet av riskpotter kan därför vara en lösning, men behöver i så fall byggas ut betydligt så att vi kan tala om ett dualt system där kapitation och åtgärdsersättning används som komplement och inte enbart för en liten minoritet med ovanligt höga tandvårdskostnader.

Hur möter systemet de med bra tandhälsa och mindre behov av tandvård?

Vi kan konstatera att landstingens ersättningsmodeller för grupper med god tandhälsa fungerar väl i meningen att ersättningen (kapitationen) motsvarar de faktiska genomsnittliga kostnaderna, men att skillnaden mellan andelen vuxna som väljer privata vårdgivare och andelen barn som gör det ändå tyder på att det finns en asymmetri i de flesta landsting. Problemet

är att ersättningen för barn och unga med stora behov är otillräcklig. För folktandvården behöver detta inte vara ett problem då verksamheten i regel bedrivs som ett politiskt styrt bolag. Det innebär att delar som går med förlust kan kompenseras av delar som går med överskott. För en enskild privat vårdgivare är bristen på anpassning däremot ett hinder för att under vissa omständigheter alls bedriva någon verksamhet.

Jämför vi tandvårdsförmånen för vuxna med landstingens ersättningssystem för tandvård till barn och unga ser vi att systemen är väldigt olika. Tandvårdsförmånen för vuxna bygger på åtgärdsersättning och ersättningen för barn och unga baseras i huvudsak på kapitation. För den del av befolkningen som har god tandhälsa behöver den skillnaden inte betyda särskilt mycket. Även en vårdgivare som får en fast ersättning har intresse av att bemöta patienterna bra och att göra ett gott arbete – annars lär patienterna inte återkomma och då förlorar vårdgivaren sin ersättning.

Samma sak gäller vårdgivare som ersätts med åtgärdsersättning. Åtgärdsersättningen ger dessutom incitament att genomföra fler åtgärder än kapitationen. Vi kan därför tänka oss att mängden konsumerad tandvård blir högre vid åtgärdsersättning. I vuxentandvården motverkas denna effekt dock av att patienterna betalar en stor andel av kostnaden själva.

Analys av dagens ersättningsmodeller

Det är svårt att jämföra dagens system med något tänkt alternativ. Vi vet dock att medborgarna generellt sett är mycket nöjda med tandvården. Både folktandvården och privat tandvård får höga betyg i Svenskt Kvalitetsindex, men privat tandvård sticker ut speciellt när det gäller faktorer som service, engagemang och lyhörddhet.²⁷⁾ Skillnaden kan möjligen kopplas till att ersättningssystemet för den privata tandvården stimulerar vårdgivarna att arbeta extra med dessa aspekter. Via åtgärdsersättningen kan man garanterat få kompensation för insatser som görs och det kan göra att vårdgivaren är mer tillmötesgående i dialogen med patienten – risken är ju mindre för att kostnaderna drar iväg utan att vårdgivaren blir kompenserad.

Risken för att ett åtgärdsbaserat system leder till överkonsumtion bör givetvis vägas in när ersättningssystemen utformas, men patienterna (som betalar merparten av kostnaden) tycks i alla fall inte vara speciellt missnöjda. Patienterna har dessutom i regel möjlighet att vända sig till folktandvården, som tilldelas resurser via landstingens budgeter.

Folktandvården har ungefär samma resursfördelningmodell för vuxna och barn. För privata vårdgivare som behandlar barn och ungdomar är den dominerande ersättningen däremot, som vi tidigare noterat,

kapitation. Det innebär att vårdgivare i princip ersätts med en fast summa per barn och år. Om kapitationen någorlunda väl motsvarar de förväntade kostnaderna finns inga skäl att tro att det skulle uppstå problem för patienter med normala tandvårdsbehov. Vi kan i enlighet med ekonomisk teori tänka oss att tandvården blir något mer tillbakalutad och kanske inte arbetar lika proaktivt med att åtgärda problem som inte är akuta. Empiri och jämförelser med vårdvalssystemen visar dock att kapitation fungerar väl och dessutom begränsar de offentliga kostnaderna.

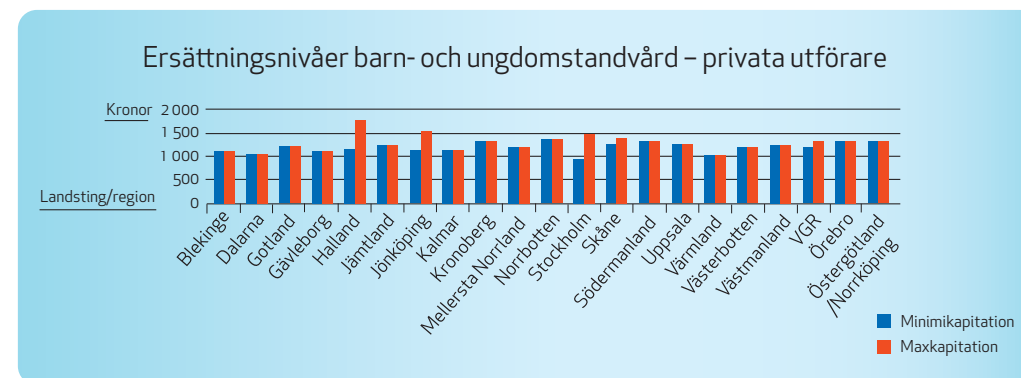
I landstingen varierar ersättningen till privata utförare inom barn- och ungdomstandvården något, men det är en minoritet av landstingen som kan sägas ha en ersättning som kompenserar vårdgivarna för skillnader i vårdbehov.²⁸⁾

Att ersättningen ligger på ungefär samma nivå i alla landsting och att det finns privata vårdgivare som är villiga att arbeta för den ersättningen antyder att man hittat en ersättning som ungefärligen motsvarar den faktiska kostnaden för patienter med normala behov. Folktandvården drivs dock med underskott i många landsting, vilket antyder att det kan finnas obalanser och att ersättningen inte är väl anpassad för vårdgivare med många patienter som har stora behov. Det innebär också att de

27) <http://news.cision.com/se/svenskt-kvalitetsindex-ab/r/svenskt-kvalitetsindex-om-tandvard-2017,c2204858> (hämtad 2017-10-14).

28) Enkät från Privattandläkarna, 2015, Enkät till lokalavdelningar för Privattandläkarna.

Analys av dagens ersättningsmodeller



privata vårdgivarna har små möjligheter att med dagens ersättningsmodell avlasta landstingen och att dela på ansvaret för denna grupp.

Hur möter systemet de med stora behov av tandvård?

Det stora problemet med kapitation är att det finns en risk för att barn som har stora behov uteslutande blir folktandvårdens ansvar, medan barn som har normala behov återfinns både hos folktandvården och hos de privata vårdgivarna. Figuren på nästa sida visar hur fördelningen mellan olika enheter ser ut i Region Skåne.

De tio enheter som har sämst genomsnittlig tandhälsa bland sexåringar är samtliga offentliga, medan de tio enheter som har bäst genomsnittlig tandhälsa samtliga är privata. Att kapitationen i Skåne delvis är

viktad efter olika bostadsområdets sociala situation tycks inte ha hjälpt mycket.

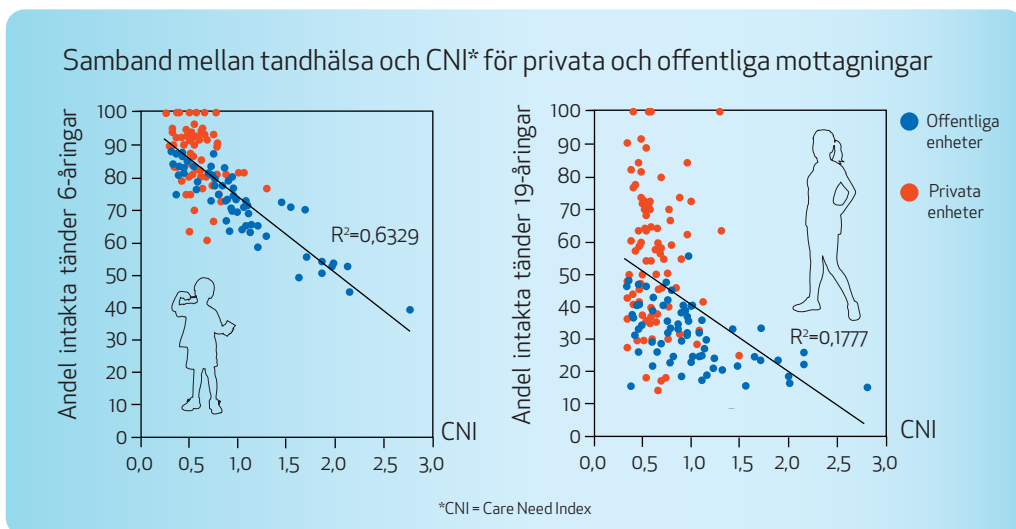
När barnen blir äldre tycks det tydliga sambandet mellan ett områdes sociala status och tandhälsan försvagas. Segregationen mellan privata och offentliga enheter blir däremot starkare. Samtliga enheter där ungdomarna har mer än 60 procent intakta tänder i genomsnitt är privata.

Diagrammen antyder att ersättningsmodellen (i detta fall Region Skånes) är behäftad med problem. Utvecklingen från det första diagrammet till det andra antyder att barn med god tandstatus tenderar att hamna på privata enheter medan barn med dålig tandstatus hamnar på de offentliga mottagningarna. Detta kan inte vara en önskvärd utveckling om man vill att privata och offentliga enheter ska konkurrera på samma villkor om alla patienter.

Analys av dagens ersättningsmodeller

Att använda CNI kommer mot denna bakgrund inte att hjälpa, eftersom barnen med god tandhälsa med tiden ändå samlas på de privata mottagningarna. Mekanismerna bakom detta kan man spekulera i, men på ett övergripande plan är det – om vi ser till

ekonomiska incitament – inte förvånande. Kapitationen, inklusive de justeringar som görs för socioekonomi, ger sannolikt inte på långt när kostnadstäckning för en mottagning som har stor andel patienter med dålig tandhälsa.



Halland är ett exempel

Region Halland är ett av de landsting/regioner som valt att tillämpa både individbaserad och områdesbaserad riskjustering. Därför kan det vara intressant att studera hur denna region successivt har justerat ersättningssystemen för att mildra selektionseffekterna.

Halland använder i sin ersättningsmodell såväl områdesbaserade justeringar av ersättningen som riskfonder som kompenserar för behandlingar som överstiger vissa kostnadsnivåer. År 2011 beslutades om en förändring av ersättningen för barntandvård till tandvårdsklinikerna i länet. När beslutet togs var tilldelningen endast differentierad efter kommundillhörighet.

Den nya modellen togs i bruk 2013 och innebär att tilldelningen sker baserad på församling snarare än kommun. Det finns 58 församlingar totalt och därmed 58 olika ersättningsnivåer. Bakgrunden till förändringen var att man hade observerat en ökad spridning av risken för karies. Mellan 2006 och 2010 hade riskkvoten ökat från 4,0 till 7,2.²⁹⁾

Vi kommer här att först beskriva hur den områdesbaserade justeringen sker för att därefter beskriva riskfondernas konstruktion. Därefter avslutas avsnittet med en bedömning av helheten med avseende på förmågan hos systemet att erbjuda vårdgivarna rättvisa villkor.

Områdesbaserad utjämning i Halland

Detta avsnitt bygger i allt väsentligt på rapporten *Uppföljning av ny modell för ersättning inom Barntandvården* som tagits fram av Region Halland. Underlagen för modellen för riskutjämning är undersökningar av barnens tandhälsa som kombinerats med geografiska informationssystem (GIS) för att ta fram relativa risker för karies.³⁰⁾ I studien från 2010 konstateras att den relativa risken för karies (oddskvoter) varierar mellan 0,33 i de områden med lägst risk till 2,37 i de områden där risken är som störst. Detta var en ökad spridning jämfört med 2006, då de relativa riskerna var 0,44 respektive 1,76.³¹⁾

De vetenskapliga studierna har i sin tur utgjort underlag för ersättningsmodellen som baseras på fyra faktorer skattade på församlingsnivå:

- 1) Utbildning.
- 2) Andel barn med utländsk bakgrund.
- 3) Köpkraft.
- 4) Kariesrisk.

Faktorerna vägs sedan samman och kan sammanlagt ge mellan en och tre poäng. Hälften av ersättningen till vårdgivarna är en fast ersättning och resterande del fördelas baserad på algoritmen. Totalt innebär det att ersättningen per barn kan variera från 1 187 till 1 794 kronor.³²⁾

29) Region Halland, 2017, Uppföljning av ny modell för ersättning inom Barntandvården.

30) Strömberg U, K Magnusson, A Holmén och S Twetman, 2011, Geo-mapping of caries risk in children and adolescents – a novel approach for allocation of preventive care, BMC Oral Health, 11:26.

31) Strömberg U, A Holmén, K Magnusson och S Twetman, 2012, Geo-mapping of time trends in childhood caries risk – a method for assessment of preventive care, BMC Oral Health, 12:9.

32) Region Halland, 2012, Förslag om ny ersättningsmodell för barntandvård från 2013, Tjänsteskrivelse, Dnr HSS110115.

Halland är ett exempel

I uppföljningen av modellen konstateras att de geografiska skillnaderna – mätta som kvoten mellan den församling som har störst kariesförekomst och den som har lägst – har minskat mellan 2010 och 2016. En komplicerande faktor vid analysen av det nya ersättningsystemet är dock att andelen barn födda utomlands har ökat påtagligt. Eftersom kariesförekomsten i denna grupp är nästan 50 procent jämfört med ungefär tio procent bland barn födda i Sverige har man vid bedömningen av modellens effekter gjort en separat analys för varje grupp. Slutsatsen att den nya ersättningsmodellen minskar skillnaderna baseras alltså på en analys av barn födda i Sverige.

Andelen barn födda utomlands har ökat från 344 till 522 stycken – en ökning med 52 procent. Detta är en ganska unik utveckling och sammanfaller med flyktingkrisen 2015. Samtidigt är inte Halland unikt i Sverige och man kan ställa sig frågan om hur rättvist det är att ett extremt inflöde av barn födda utomlands ska påverka ersättningen även för tandkliniker som inte råkar ha några barn som är födda utomlands, men som råkar ligga i en församling där många av de barnen bor?

Detta är också en svaghet som Halland adresserar med hjälp av den andra delen av utjämningsystemet – fonderna för att

kompensera tandkliniker som har en stor andel patienter med stora behov.

Hallands riskfonder

Till skillnad från den områdesbaserade utjämnningen baseras compensationen från riskfonderna på individuella tandvårdskostnader. Halland har två riskfonder som man kallar Riskfond 1 och Riskfond 2. Riskfond 1 gäller för alla tandvårdskliniker, även folktandvårdens, och utgör 4,5 procent av tandvårdspengen. Karensbeloppet är 3 900 kronor och beräknas på all tandbehandling under en behandlingsperiod. Man använder folktandvårdens taxa som bas.

Ersättning ges också för ett antal specifika behandlingar/insatser:

- 1) Tandreglering.
- 2) Borttappad tandställning.
- 3) Lustgas.
- 4) Premedicinering med Midazolam.
- 5) Akutbehandling av barn 0-2 år.

Det förekommer vissa begränsningar vad avser fast protetik och implantat. Den andra riskfonden, Riskfond 2, gäller enbart för Privattandläkarnas medlemmar i Halland. Riskfonden administreras dock av Region Halland. Även här finns det en lista på specifika åtgärder som ersätts utan karens och karensbeloppet i övrigt är 2 400 kronor.

Halland är ett exempel

Sammantaget uppgår de två riskfonderna till 8,5 procent, vilket är mest i landet. Samtidigt kan ett stort antal patienter som kostar 2 400 kronor vardera givetvis utgöra en stor belastning för en enskild klinik då den högsta fasta ersättningen är 1 794 kronor. Skulle en klinik som ligger i en församling med god tandhälsa i övrigt specialisera sig på barn med dålig tandhälsa finns ingen chans att finansiera de faktiska kostnaderna då varje barn medför ett underskott på $2\,400 - 1\,187 = 1\,213$ kronor per barn. Detta gör det svårt för en privat klinik att till exempel anställa tandläkare som talar arabiska för att därigenom förbättra servicen för familjer som nyligen kommit till Sverige som flyktingar.

Bedömning av Hallandsmodellen

Hallandsmodellen för barn- och ungdomstandvård är intressant då den går relativt långt när det gäller geografisk och individuell kostnadsutjämnning. Samtidigt är det stor skillnad på villkoren för en klinik som behandlar vuxna och en klinik som behandlar barn. Vårdgivare som bedriver vuxentandvård får hela sin ersättning baserad på utförda åtgärder, kliniker som behandlar barn får knappt tio procent av ersättningen för utförda åtgärder. Till detta kommer en geografisk komponent som inte är nödvändig när ersättningen utgår på basis av prestation.

Att spridningen i kariesförekomst har minskat bland barn födda i Sverige är givetvis positivt, men man kan fråga sig om det ens i teorin är möjligt att gå speciellt mycket längre med den geografiska kompensationsmodellen. Hallandsmodellen är också förhållandevis komplicerad och bygger på att det finns tillgång till personer som kan beräkna resursbehoven.

Halland har löst detta via samarbete med forskare och samarbetet tycks vara till gagn för båda parter. Samtidigt kan man fråga sig om dessa resurser finns tillgängliga i alla regioner och om avancerade geografiska kompensationsmodeller verkligen är mer effektiva än de traditionella ersättningsprinciper som styr vuxentandvården och som finns till hands utan större merkostnad.

Argumentet för att inte tillämpa åtgärdsersättning skulle dels kunna vara att folktandvården aldrig kan använda samma ersättningsmodell, då den behöver mer förutsägbara ramar, dels risken för att åtgärdsbaserad ersättning leder till högre kostnader.

Det första påståendet kan förvisso ha viss bäring, men det innebär inte att folktandvården och privattandvården i praktiken måste ha samma ersättningsmodell. Det som är viktigt är att *genomsnittsansättningen* till privata och offentliga utförare

Halland är ett exempel

är rättvis. I Halland avviker ersättningen redan i dag då Riskfond 2 endast gäller de privata utförarna. Det skulle vara fullt möjligt att utvidga detta system så att den rörliga ersättningen uppgår till hälften av totalsumman.

Folk tandvården är dessutom, om den inte bedrivs i förvaltningsform, ett samlat bolag som internt kan omfördela resurser – även om man rent juridiskt kommer fram till att ersättningsmodellen måste se likadan ut för privata och offentliga utförare. Argumentet om att samma ersättningsmodell måste tillämpas faller därmed.

Däremot kan det givetvis ifrågasättas om regioner och landsting har rätt att tillföra resurser utöver det som vårdvalsmodellen ger. Många regioner/landsting går i dag med underskott. Risken för underskott ökar dock ju sämre ersättningsmodellen kompenserar för behovsskillnader, vilket i sig är ett argument för att ge en större andel av ersättningen som åtgärdsersättning.

Det andra argumentet handlar i grunden om vilken ersättningsmodell som man tror leder till mest utbyte för skattepengarna. Detta är i grunden en empirisk fråga där det inte finns några självklara svar. Erfarenheterna från vuxentandvården och tandvårdsreformen 2008 och från specialisttandvården talar dock inte för att en partiell övergång till åtgärdsersättning skulle få några dramatiska effekter. Så länge det finns en tydlig självrisk för vårdgivarna och så länge själva tandvårdspriserna är reglerade kan vi räkna med att kostnaderna är stabila.

Risken måste vägas mot möjligheterna att åstadkomma en mer jämlik och behovsanpassad barn- och ungdomstandvård. Med tanke på de stora och ökande socioekonomiska skillnaderna som vi ser ter sig risken för en socialt segregerad tandvårdssektor som betydligt större. Denna risk accentueras av att vi de senaste åren haft en förhållandevis stor ökning av antalet barn och unga födda utomlands.

Framtid och behov av reformer

Avslutningsvis vill jag ge en bild av hur jag tror att ersättningssystemen i barn- och ungdomstandvården bör utvecklas om man vill uppnå målen för tandvården. Eftersom de olika landstingens ersättningssystem är likartade kan rekommendationerna sägas gälla samtliga landsting. Ett landsting, Halland, har visserligen kommit ganska långt på vägen mot en fungerande modell, men även här tror jag att man måste förstärka de omfördelade inslagen.

Min bedömning är att CNI kan vara ett medel för att få en jämnare geografisk fördelning av enheter. Områdesbaserad utjämning kan dock aldrig skapa incitament för enheterna att inrikta sig på patienter med stora vårdbehov.

Med dagens ersättningssystem finns en uppenbar risk att vårdgivarna styrs bort från barn med stora förväntade behov och att vi får ett segregerat system där det i huvudsak är barn och unga med stora behov som kvarstår hos folktandvården. Detta är mycket olyckligt, då en sådan segregering riskerar att kvarstå även sedan ungdomarna fyllt 23. Den privata tandvården kommer att i huvudsak ta hand om välbeställda patienter medan folktandvården ansvarar för de mindre bemedlade.

Ersättningssystemet kan vara ett instrument för att förhindra en sådan utveckling. Andra metoder kan vara att tillämpa aktivt val av vårdgivare och ge privattandvården en tydligare roll i det förebyggande tandhälsoarbetet.

Den här rapporten fokuserar dock på ersättningssystemen. En mer ändamålsenlig modell än dagens skulle kunna bygga på att ersättningen delas upp i en fast ersättning som är lika stor för alla och en rörlig åtgärdsbaserad ersättning av samma typ som taxan för vuxentandvård. Precis som i det fallet kan åtgärderna kopplas till referenspriser som ligger till grund för ersättningen i det senare systemet.

Det är samtidigt önskvärt att åstadkomma förutsägbarhet och rättvisa villkor för privata utförare i förhållande till offentliga. Eftersom det är enklare för landstingen att beräkna en förväntad genomsnittskostnad per barn bör denna nivå utgöra utgångspunkten för ersättningen. Hänsyn bör då tas till att folktandvården i många landsting/regioner för närvarande tillåts gå med förlust. Ersättningen bör därför justeras så att villkoren för folktandvården och privata vårdgivare är rättvisa.

I princip har vi då en genomsnittsansättning per barn som delas upp i en rörlig del och en fast. Om snittkostnaden per barn i ett landsting är 1 500 kronor kan ersättningen delas upp i en fast ersättning på 1 000 kronor och en rörlig del som är proportionell mot en procentandel av referenspriserna för de åtgärder som utförts.

Om det samlade referenspriset för två lagningar och en undersökning är 2 000 (2*1 000) respektive 600 kronor och ersättningsgraden 70 procent kommer ett barn som får dessa två åtgärder att komma upp i

Framtid och behov av reformer

2 000+600=2 600 kronor. Ersättningen från landstinget kommer då att vara $0,7 \cdot 2\ 600 = 1\ 820$ kronor.

Man kan också tänka sig att tandläkaren utför en undersökning och inte hittar några kariesangrepp. Ersättningen blir då det ursprungliga kapitationsbeloppet på 1 000 kronor, trots att själva undersökningen kanske bara har ett referenspris på 600 kronor.

Kombinationen av dessa modeller fungerar som ett högkostnadsskydd. När kostnaden för en patient överstiger ett visst referenspris övergår ersättningen från kapitation till åtgärdsersättning.

Skulle effekten av åtgärdsersättningen bli att det utförs allt fler åtgärder kan ersättningsgraden justeras nedåt tills den kostnadsdrivande effekten upphör.

Vitsen med att ha kvar en stor andel kapitationsersättning är att vårdgivare som med förebyggande åtgärder lyckas undvika kariesangrepp varje år kan tillgodogöra sig 400 kronor. Man tappar därmed inte den stimulans för preventiva insatser som finns i dagens kapitationsmodeller.

Administrativt vore det antagligen en fördel för landstingen att låta Försäkringskassan administrera stödet – även om det är landstingen som står för finansieringen. Om detta är möjligt i praktiken låter jag vara osagt. I annat fall får landstingen hitta

ett system som liknar Försäkringskassans. Detta är dock en fråga som ligger utanför den omedelbara diskussionen om ersättningsystemens utformning. Många landsting har redan åtgärdsbaserade system inom specialisttandvården, bland annat inför Västra Götalandsregionen inom kort ett ersättningsystem för specialisttandvården med 60 procent rörlig ersättning och 40 procent fast.³³⁾

Ett kombinerat system ger inte nödvändigtvis full kompensation för skillnader i vårdtyngd, men gör att man kommer närmare den faktiska kostnaden. Inget utesluter i och för sig att man ändå använder CNI som faktor, även om åtgärdsersättningen delvis fyller samma funktion då ersättningen anpassas efter faktisk vårdkonsumtion.

Rekommendationer till landstingen kan sammanfattas i tre punkter:

- Använd gärna CNI som utjämningsmodell, men inte som det enda systemet för utjämning.
- Öka andelen åtgärdsersättning och fördela helst resurserna till minst 40 procent via åtgärdsersättning och resten via (eventuellt viktad) kapitation.
- Kapitation kan med fördel utgöra grunden i systemet, men det behövs mekanismer som kompenserar vårdgivare med patienter som har höga kostnader om privat tandvård ska kunna bli ett alternativ för alla barn oavsett social bakgrund.

Litteraturlista

Conrad D, D Grembowski och P Milgrom 1987, *Dental Care Demand: Insurance Effects and Plan Designs*, HRS: Health Services Research, 22 (3)

Grönqvist E, 2012, *Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsters betydelse*, Försäkringskassan: Working papers in social insurance 2012:1

Kefu, 2015, *Utvärdering av hälsoval i primärvården respektive vårdval inom specialistvården och barn- och ungdomstandvården i Region Skåne*

Konkurrensverket (2015), *Den offentliga marknaden i Sverige*

Laffont J-J och J Tirole, 1993, *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*, The MIT Press, London

Privattandläkarna, 2015, *Enkäter till lokalavdelningar för Privattandläkarna*

Region Halland, 2012, *Förslag om ny ersättningsmodell för barntandvård från 2013*, Tjänsteskrivelse, Dnr HSS110115

Region Halland, 2017, *Uppföljning av ny modell för ersättning inom Barntandvården Socialstyrelsen, 2013, Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, Lägesrapport Socialstyrelsen*

Socialstyrelsen, 2013, *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga, Underlagsrapport till Barn och ungas hälsa, vård och omsorg*

SOU 2006:27, *Stöd till hälsobefrämjande tandvård*

SOU 2015:76, *Tandvårdsreformen 2008 – ett systemskifte i vuxentandvården*

Strömberg U, A Holmén, K Magnusson och S Twetman, 2012, *Geo-mapping of time trends in childhood caries risk – a method for assessment of preventive care*, BMC Oral Health, 12(9)

Strömberg U, K Magnusson, A Holmén och S Twetman, 2011, *Geo-mapping of caries risk in children and adolescents – a novel approach for allocation of preventive care*, BMC Oral Health, 11(26)

Studieförbundet näringsliv och samhälle, 2015, *Ersättning i sjukvården – modeller, effekter och rekommendationer*.

Västra Götalandsregionen, 2015, *Regiongemensamma ersättningsmodeller för delar av specialisttandvård och datafångst inom specialisttandvård*, Rapport 2015-10-02

Webbsida (hämtad 2017-07-14), <http://www.odontlar.se/tandvardens-historia-i-sverige/>

Webbsida (hämtad 2017-07-26), <http://www.konkurrensverket.se/upphandling/utan-annonsering/interna-kop/>

Webbsida (hämtad 2017-10-14), <http://news.cision.com/se/svenskt-kvalitetsindex-ab/r/svenskt-kvalitetsindex-om-tandvard-2017,c2204858>

Webbsida (hämtad 2017-10-14), <http://www.tandlakartidningen.se/international-fackpress/svenskars-tandhalsa-bast-i-eu/>

33) Västra Götalandsregionen, 2015, Regiongemensamma ersättningsmodeller för delar av specialisttandvård och datafångst inom specialisttandvård, Rapport 2015-10-02.

