

Tandvård via försäkring

Hälsoekonomisk analys och effekter på oral hälsa



SAMMANFATTAT I Västra Götalandsregionen får patienter möjlighet att välja tandvård via en försäkring med fast premie. Det övergripande syftet är att skapa maximal samhällsnytta av de resurser individer och samhälle väljer att avsätta till tandvård.

Godkänt för publicering 20 juni 2008

Magnus Hakeberg
E-post: hakeberg@odontologi.gu.se

Systemet med frisktandvård ska införas vid samtliga kliniker i regionen (2007–2008) och kommer att skapa unika förutsättningar för att vetenskapligt studera effekterna av ett alternativt finansieringssystem jämfört med den taxebaserade tandvården. Frisktandvård innebär att individen ingår ett treårigt avtal med en tandläkare och tandhygienist vid folktandvården. Tandläkaren gör en bedömning av vilken vård individen kan komma att behöva under de tre åren. Bedömningen (riskklassificeringen) leder till en inplacering i en premiegrupp och individen erbjuds därefter ett fast pris för hela avtalsperioden, oavsett vad de verkliga behoven av vård faktiskt blir.

Totalt finns fem premiegrupper som varierar mellan 45 och 415 kronor per månad. Ett nytt treårsavtal kan tecknas när det gamla gått ut. Att välja förbetald tandvård med fast årspremie eller att betala för varje undersökning och åtgärd i relation till vad som verkligen utförs vid tandvårdsbesöket (taxetandvårdsmodellen) är frivilligt för individen. I den mest omfattande och kostsamma hälsoekonomiska utvärderingen av alternativa försäkringslösningar inom vården (amerikanska studien Rand Health Insurance Experiment [1]) fördelades ett stort antal hushåll som meddelat

FORSKNINGSGRUPPEN

Magnus Hakeberg, professor i oral hälsovetenskap, Ulf Berggren, professor i odontologisk psykologi, Kajsa Henning Abrahamsson, universitetslektor i parodontologi, Kristian Bolin, docent i hälsoekonomi, Lunds universitet, Björn Lindgren, professor i hälsoekonomi, Lunds universitet, Ulrika Stenman, allmäntandläkare och forskarstuderande. Studien är ett samarbetsprojekt mellan folktandvården, Västra Götalandsregionen och odontologiska institutionen, Sahlgrenska akademien.

Finansiering: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) 2008–2010, TUA-medel 2008, regionala FoU-medel Västra Götalandsregionen.

sitt samtycke till att delta i experimentet slumpmässigt över ett antal olika försäkringsalternativ. Fördelen med en sådan uppläggning är att man direkt kan tolka resultaten av kostnader och hälsoeffekter som effekter av hur försäkringsalternativet är utformat och inte av att individen har egenskaper som gör att de väljer ett visst alternativ och/eller att de betar sig annorlunda när det gäller att vara mån om sin hälsa.

Nackdelen är att man inte får veta något om vad som bestämmer en individs val av ett visst försäkringsalternativ. Allmänt kan sägas att själva erbjudandet om olika försäkringsalternativ är direkt välfärdshöjande för samhället som helhet, förutsatt att den totala kostnaden inte blir större än tidigare. Även en ökad kostnad kan motiveras om välfärdshöjningen är tillräckligt stor. De som väljer att betala en i förväg bestämd premie (men hittills inte haft möjlighet att göra så) vinner utan att den som föredrar att betala för varje åtgärd förlorar på arrangemanget.

Hur stor välfärdsökningen blir kan beräknas i experiment där man låter individen välja mellan olika alternativ och där också premien varierar. Den som vill ha en fast premie kan också vara villig att betala lite extra för tryggheten (desto mer ju mer obenägen individen är att ta risker).

Studier visar att riskaversionen varierar mellan individer, kön, åldrar, inkomstgrupper och flera andra individfaktorer [1–3]. Samtidigt som flera försäkringsalternativ i sig är välfärdshöjande för individen och samhället finns faktorer som kan minska välfärdsvinsten [1–3]. Fasta premier minskar kostnaden till noll vid utnyttjandet av vården, vilket i sin tur minskar lönsamheten i preventiva åtgärder för individen. Det faktum att individen kan få incitament för att minska sin egenprevention och därigenom öka vårdbehovet mer än vad som förutsätts i ett avtal kan motverkas genom att avtalet stipulerar att individen ska ta på sig ett stort egenansvar för sin tandhälsa.

En annan faktor som kan minska välfärdsvinsten är att individen kräver mer omfattande och dyrare behandling än vad han eller hon annars skulle ha gjort. Detta kan man försöka motverka genom att i förväg fastställa vad som ingår och vad som inte ingår i avtalet. I båda fallen finns dock stort utrymme för olika uppfattningar hos tandvården och individen när det gäller vilka egenvårdsåtgärder som faktiskt vidtagits och vilka åtgärder det är rimligt att tandvården ska stå för enligt avtalet.



En tredje faktor är att individen kan vara en bättre bedömare av sitt tandvårdsbehov än tandläkaren. I sådana fall kan man räkna med att individer som vet med sig att de har ett större tandvårdsbehov än vad tandläkaren anser väljer frisktandvårdsmodellen medan individer som vet med sig att de har ett mindre tandvårdsbehov inte kommer att välja frisktandvårdsmodellen. Ett sätt att motverka denna tendens är att ha många premiegrupper. I samtliga tre fall bör man vara uppmärksam på risken att kostnaderna ökar utan att tandhälsa eller välfärd i övrigt ökar i motsvarande grad.

Få vetenskapliga studier har analyserat de effekter som beskrivits vid olika utformningar av tandvårdsförsäkringen. Grönqvist [2] menar att det kan finnas dolda effekter i förbetalda kapitationssystem* som kan resultera i ett skevt urval av patienter inom försäkringen (adverse selection), och en ökning av antalet tandvårdsbehandlingar (moral hazard). I den amerikanska studien vid Rand [1] visades att individer som hade ett fullt försäkringsskydd utan egenandel/betalning hade 34 procent fler behandlingsbesök hos tandläkare och 46 procent högre tandvårdskostnader jämfört med individer med en egenandel/betalning på 95 procent av tandvårdskostnaderna.

I studien från Värmland [2] pekar resultaten på att tandvårdskonsumtionen ökar för patienter som valt försäkringssystemet jämfört med patienter som valt den traditionella taxebaserade tandvården.

Beteendeförändringar

Det finns alltså forskning som pekar på beteendeförändringar hos patienter när det gäller tandvårdskonsumtion. Det gäller såväl preventiva åtgärder som reparativ behandling med fyllningar och rotfyllningar, men även akuta besök. Enligt Zickert et al [4] kunde man visa positiva effekter både på oral hälsa och ekonomiskt utfall av förbetald abonnemangstandvård i en försöksverksamhet i Göteborg. Författarna menade att de positiva resultaten för motsvarande försäkringsmodell direkt kunde förklaras av attitydförändringar hos patienterna. Studien saknar dock en tydligt definierad kontrollgrupp.

I en nyligen publicerad magisteruppsats vid Göteborgs universitet analyserades kostnadsaspekter inom frisktandvården jämfört med taxebaserad tandvård inom en tvåårsperiod. Författaren konstaterar att patienterna inom försöksgruppen med frisktandvård inte fick färre behandlingsåtgärder än jämförelsegruppen med taxetandvård. Frisktandvårdspatienterna fick däremot en tandvård som innebar fler preventiva och färre reparativa åtgärder än jämförelsegruppen [5].

En hälsoekonomisk analys av frisktandvårdsprojektet i Västra Götaland ger definitivt mycket goda möjligheter att svara på frågan om man skapar större samhällsnytta av de resurser individer

och samhälle väljer att avsätta till tandvård om man erbjuder ett förbetalt frisktandvårdssystem med fasta riskrelaterade årspremier som alternativ till ett traditionellt finansieringssystem med betalning efter utförd åtgärd.

Frågeställningarna och de beroende variablerna är jämförbara med några tidigare publicerade studier [1, 2], men de oberoende variablerna (tandvårdsvanor före erbjudandet om frisktandvård och efter, över tid, hälsovanor i övrigt, sedvanliga socioekonomiska faktorer, riskaversion, tidspreferenser samt attityder till tandvård) som inkluderas finns inte i tidigare modeller. De kommer nu att kompletteras med enkätsvar från individer i de båda grupperna. Studien kommer därmed att bli unik i sitt slag, eftersom den är prospektiv med upprepade mätningar över lång tid och innefattar ett mycket stort antal patienter. Dessutom saknas till stor del vetenskapliga data och analyser inom tandvården från storskaliga studier av alternativa betalningssystem och dess effekter på tandvårdskostnader samt oral och allmän hälsa.

Patientnära forskning

Projektet omfattar en patientnära forskningsstudie med teoretisk och klinisk relevans. I fokus står betydelsen av individernas kunskap och attityder till tandvård och hälsa, valet av betalningssystem för deras orala hälsa mätt med kariesaktivitet, marginal parodontit och gingivit samt effekterna på tandvårdskostnaderna. Ett viktigt moment är att utröna hur patienternas kunskap och attityder kring prevention av tandsjukdomar (i synnerhet egenprevention) kan associeras till faktisk mun- och tandstatus. Eftersom studien är prospektiv kommer förändringar i attityder och kunskap samt tandstatus att kunna relateras till betalningssystem. Är patienter villiga att satsa mer på preventiva åtgärder inom ett försäkringssystem med en månatlig fast premie och vilka faktorer styr dessa beteendeförändringar och beslut?

Det kan även vara av stor betydelse att studera hur patienters grundläggande inställning och uppfattning om hälsa och sjukdom styr vårdbetenden samt benägenheten till förändringar i dessa beteenden (locus of control, känsla av sammanhang, egen skattad tand- och allmän hälsa, livsstilar, oral hälsorelaterad livskvalitet).

Studien har potential att kunna klarlägga vårdbetende relaterat till tandsjukdomar i två olika försäkringssystem. Den kommer att omfatta ett stort antal patienter (cirka 20 000) vilket innebär att resultaten kommer att få en god representativitet och generaliserbarhet sett i ett folkhälsovetenskapligt perspektiv. Det innebär att studien inte bara ställer intressanta frågeställningar i ett individuellt perspektiv. Den är också betydelsefull i ett större samhällsperspektiv där samhällsnyttan av att förändra tandvårdsförsäkringssystem kan utvärderas och bedömas.

*Kapitationssystem

System där vårdgivaren periodiskt får ersättning för varje individ som vårdgivaren ska erbjuda hälso- och sjukvård.

REFERENSER

1. Newhouse JP et al. Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1993.
2. Grönqvist E. Selection and moral hazard in health insurance – taking contract theory to the data. Thesis, Stockholm university, School of economics 2004.
3. Oscarsson N. Health economic evaluation methods for decision-making in preventive dentistry. Thesis, Umeå university, Epidemiology and public health sciences 2006.
4. Zickert I et al. Disease activity and need for dental care in a capitation plan based on risk assessment. Br Dent J 2000; 189: 480–6.
5. Berggren P. Frisktandvård – ett lönsamt tandvårdsabonnemang? Magisteruppsats vid Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet, 2008.