

Ärende: VN/22558/2020

Lausuntopyyntö monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä

Ersättningar för vård och undersökningar inom den privata sjukvården

Era synpunkter på den del som gäller ersättningar för vård och undersökningar inom den privata sjukvården (3 kap.)

Odontologiska Samfundet i Finland tackar för möjligheten att avge sitt utlåtande gällande ett ärende som är av stor betydelse för verksamheten inom branschen.

I tjänstemannaberedningen gällande förberedelserna för avvecklingen av flerkanalsfinansieringen koncentrerar man sig enbart på sjukvårdsförsäkringens andel, trots att den utgör bara en liten del av social- och hälsovårdens finansiering. I denna helhet borde man beakta alla de sex huvudsakliga finansieringskanalerna: statens och kommunernas skatteintäkter, de lagstadgade och de frivilliga försäkringspremierna och arbetsgivar- och kundavgifterna.

När man planerar en reform av finansieringen är det viktigt att notera att produktionen av tjänster inom tandvården och vården av munsjukdomar avviker från tjänsteproduktionen inom den övriga hälso- och sjukvården, eftersom nästan hälften av de vuxnas vårdbesök produceras av den privata sektorn. Arbetsplatshälsovården och de privata sjukvårdsförsäkringarna omfattar i allmänhet inte vård av munsjukdomar, även om en del av arbetsgivarna har börjat erbjuda också sådan vård som en extra förmån.

Den offentliga tandvårdens resurser och tjänsteurval har inte ens från början dimensionerats för hela befolkningen, vilket har lett till problem med både finansiering, strukturer och vårdtillgång. Det är inte möjligt att producera tandvårdstjänster för hela befolkningen inom ramarna för den offentliga tandvården på ett sätt som kunde anses vara etiskt och folkhälsomässigt ändamålsenligt. Av den orsaken kommer också i framtiden ett samarbete mellan den offentliga och den privata vårdsektorn att vara nödvändigt vid produktionen av tjänster inom vården av munsjukdomar.

I samband med att man reformerade tandvården för vuxna i början av 2000-talet, när man utvidgade sjukvårdersättningarna så att de omfattade alla åldersklasser, bedömde man att största delen av privatsektorns patienter skulle hålla kvar sina etablerade vårdförhållanden också efter det att man inte längre fick begränsa möjligheterna att få vård inom den offentliga sektorn baserat på åldern. Därför täckte de statsandelar som beviljades kommunerna inte mera än ca en fjärdedel av kommunernas kostnader. Tanken var, att kommunerna till en del kunde förverkliga den utvidgade vården genom att utnyttja privatsektorns kapacitet med hjälp av köpta tjänster. På det sättet uppmuntrades samarbetet mellan den offentliga och den privata sektorn också officiellt.

Enligt grundlagen ska man garantera lika social- och hälsovårdstjänster för alla, så att var och en har tillgång till ett tillräckligt serviceutbud oberoende av hemkommun. För närvarande förverkligas inte den målsättningen inom vården av munsjukdomar. Speciellt inom glesbebyggda områden varierar serviceutbudet på ett signifikant sätt mellan olika orter. Samtidigt har kommuner med ett stort invånarantal haft svårt att erbjuda tillräcklig tandvård, och där har det privata tjänsteutbudet haft en stor betydelse. I båda fallen är läget sårbart eftersom tillgången på arbetskraft är ojämn och otillräcklig.

Förhoppningsvis kommer överförandet av organisationsansvaret från enskilda kommuner till välfärdsområden att minska skillnaderna i serviceutbudet. I mån av möjlighet måste man också beakta patientens modersmål, kultur och individuella behov inom vården och vid patientkontakterna. En tvåspråkig myndighet har en mera omfattande skyldighet att betjäna på de båda nationalspråken än en enspråkig myndighet, och också välfärdsområdena som ansvarar för tjänsteproduktionen, och som är större än de tidigare arrangörerna, måste trygga den tvåspråkiga servicen. Det gäller också de tjänster tvåspråkiga välfärdsområden köper.

Tillgången på tandvårdstjänster har varit ett problem redan före COVID 19-pandemin. Under pandemin har situationen försämrats ytterligare. Vårdskulden, som inom tandvården redan tidigare var stor, ökade under år 2020 med ungefär 1,3 miljoner patientbesök. Bristen på resurser inom den offentliga sektorn har gjort sig gällande både som svårigheter för patienterna att få vård och som behandlingar som har dragit ut på tiden, och som problem för personalen att orka med sitt arbete, vilket ytterligare ökar utmaningarna med att garantera tillräckliga personalresurser.

Inom tandvården är den offentliga vårdens patientavgifter högre än inom den övriga offentliga vårdsektorn. Årligen produceras tandvårdstjänster för 1,2 miljarder euro. Den offentliga finansieringens andel av detta är ca 40 %, och kundavgifternas andel, alltså patienternas självrisk, ca 60 %. Inom privatsektorn är patienternas självriskandel, efter upprepade nedskärningar av sjukförsäkringens ersättningsnivå, så hög som 85 %. Den offentliga finansieringen riktas alltså speciellt till de tandvårdstjänster som produceras av den offentliga sektorn. Ur den offentliga finansieringens synvinkel är också, med nuvarande finansieringsmodell, vården av en patient ungefär fyra gånger dyrare inom den offentliga sektorn än inom privatsektorn. Sjukförsäkringsersättningen är en kostnadseffektiv metod att producera hälso- och

sjukvårdstjänster. Om man skulle eliminera ersättningarna, skulle resultatet bli att mängden service man skulle få med offentliga medel skulle minska.

Ur patientens synvinkel är patientavgifterna inom den privata tandvården ungefär dubbelt så höga som inom den offentliga vården. Speciellt inom vården av munsjukdomar skulle en höjning av sjukförsäkringsersättningarna vara ett effektivt sätt att både göra tjänsterna mera tillgängliga och minska vårdskulden. En höjning av ersättningsnivån skulle också göra patienterna mindre benägna att flytta över från privatsektorn till de kraftigt överbelastade hälsocentralerna.

Trots att samhällets finansiering har minskat kraftigt under de senaste åren, har ersättningen man får genom sjukförsäkringen fortfarande en betydelse också för låginkomsttagare. Enligt en nypublicerad undersökning utnyttjade 13 % av den femtedel som har de lägsta inkomsterna, och 22 % av den nästlägsta femtedelen, privatsektorns tjänster (1). Speciellt inom privatsektorn kan samma patient om hon eller han så vill gå hos samma tandläkare, och vårdförhållandena blir långa. Under ett långt vårdförhållande kan tandläkaren bilda sig en bättre helhetsuppfattning om patientens munhälsa, och därför kan man också följa en långsiktig vårdplan, som minskar vårdbehovet och därför också kostnaderna.

Man konstaterar i utredningen att avgifterna som debiteras av privatsektorns patienter har stigit mera än vad som hade varit fallet enligt de offentliga utgifternas prisindex för social- och hälsovårdssektorn. Utredningen ger dock inte svar på om summorna de facto är jämförbara.

Under det senaste decenniet har man gjort omfattande investeringar inom branschen, och de har antagligen delvis varit fördelaktigare för den offentliga sektorn än för privatsektorn på grund av upphandlingsavtalen. På grund av att man har ett mera omfattande utbud av vård görs det mera investeringar inom privatsektorn än inom den offentliga sektorn, till exempel när det gäller apparater som används till att göra fyllningar och kronor utanför munnen. Enligt rekommendationen om god medicinsk praxis förlänger till exempel en krona gjord utanför munnen livslängden för en rotfylld tand på lång sikt, och därför är den både en etiskt hållbar och en kostnadseffektiv behandlingsmetod.

Kommuner och kommunförbund har dessutom rätt att få tillbaka den mervärdesskatt som ingår i myndighetsverksamheten och anskaffningarna för den mervärdesskattefria verksamheten. Inom den privata sektorn har man i huvudsak ingen rätt att dra av mervärdesskatten för investeringarna. Det har också medfört stora kostnader för privatmottagningar att ansluta sig till Kanta-systemet, och också de nya dataskyddskraven har inneburit kostnader. Den ökade mängden administrativt arbete som ökad reglering har medfört har också skapat ett behov av att höja prisnivån.

Enligt bakgrundsinformationen har man i genomsnitt funnit avvikelser hos 75 % av fallen vid auditeringar. Man har enligt utredningen gjort sådana bara med 2 % av serviceproducenterna, så man kan inte bedöma systemets funktionsduglighet utgående från detta.

Ett strukturellt problem inom vården av munsjukdomar är det ringa antalet specialisttandläkare. De utgör bara ca. 15 % av hela yrkeskåren, och de finns främst i områden med större befolkningskoncentrationer. Av specialisttandläkarnas arbetsinsats utförs bara ungefär hälften inom den offentliga sektorn. En delorsak till det är, att man inom den offentliga sektorn bara har skapat ett begränsat antal tjänster, och att de har varit för få i förhållande till befolkningens behov. Centralsjukhusen har till exempel tilldelats alldeles för litet resurser i förhållande till behovet. Vården på specialisttandläkarnivå inom privatsektorn, som har gett rätt till sjukförsäkringsersättning, har därför varit viktig för att täcka behovet av sådana tjänster ens till en del. Om man eliminerar ersättningarna finns det en risk att specialistsjukvården belastas, vilket man redan nu kan se tecken på.

Man kan dessutom konstatera, att utredningen på ett diffust sätt försöker bedöma betydelsen av gränsöverträdande hälso- och sjukvård, och vilken inverkan reformen kan ha på den. Om Finland skulle tvingas följa EU-kommissionens ställningstagande om ersättning av vård som skett utomlands, skulle det leda till en ännu större diskrepans mellan ersättningarna för privat vård utomlands och i hemlandet om man tog bort sjukförsäkringsersättningarna. Man skulle få privat vård utomlands för priset av patientavgiften vid hälsocentral, medan man inte skulle få någon ersättning alls för privat vård i hemlandet.

Referenser:

(1) Nurminen M, Blomgren J, Mikkola H (2021) Socioeconomic differences in utilization of public and private dental care in Finland: Register-based evidence on a population aged 25 and over. PLoS ONE 16(8): e0255126. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255126>

Vilket av de alternativ som beredningsgruppen har utvärderat understöder ni? Känner ni till något annat alternativ som bör beaktas i det fortsatta arbetet?

Beredningsgruppernas uppdrag har begränsat utredningen så den är mindre omfattande än vad som varit ändamålsenligt, och man har inte bedömt eller beräknat många sådana faktorer som påverkar ärendet (till exempel beskattning, patientavgifter, arbetsinkomstförsäkring).

Av de två alternativ som nu läggs fram skulle ingetdera göra tandvårdstjänsterna lättare åtkomliga eller förbättra befolkningens jämlikhet. Förslagen tar inte heller ställning till hur jämlikheten skulle garanteras mellan de olika välståndsområdena. Som framgår av ovanstående kommentarer är det viktigt att bibehålla samhällets stöd också för den privata hälso- och sjukvården, såsom föreslås i modell A. I den föreslagna modellen har man ändå inte närmare slagit fast till vilka tjänster man skulle rikta stödet.

Redan själva utgångspunkten är ojämlig när man i modell B inte har planerat systemet så det omfattar hela befolkningen. Den offentliga sektorn har de facto ingen möjlighet att producera tillräckligt omfattande tjänster inom vården av munsjukdomar. Beträffande överflyttningen beräknar man att en del av patienterna i alla händelser skulle bli kvar och få vård inom privatsektorn, och den delen av befolkningen skulle lämnas helt utanför det offentliga stödet. Den förändringen skulle i praktiken innebära, att den offentliga makten inte skulle förverkliga sin grundlagsenliga plikt att producera tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster. Förutom den konstitutionella problematiken skulle det innebära en betydande ideologisk kursändring inom produktionen av hälsovårdstjänster.

Båda de framförda modellerna skulle allokera finansieringen på ett omfattande sätt. Enligt modell A skulle FPA fakturera välfärdsområdena enligt hur invånarna använder privata tjänster. Enligt modell B finns risken att pengarna inte skulle komma munhälsovården till godo. Kalkylerna man har gjort över flerkanalfinansieringen har utgått från finansieringskriterierna i lagstiftningen om social- och hälsovårdsreformen, som inte alls omfattar vården av mun- och tandsjukdomar, och därför är de redan vad utgångspunkten beträffar är problematiska.

Att avveckla sjukförsäkringsersättningarna kan ha oförutsedda och fördröjda, oönskade strukturella effekter. Under åren 2015 och 2016 skar man ner de genomsnittliga ersättningarna för tandvården, först från 33 % till 25 %, och sedan ytterligare till 15 %. Enligt beräkningsmodellerna ökade den offentliga sektorn efter nedskärningarna 2015 sin kapacitet och sin produktivitet så mycket som möjligt, men efter nedskärningarna 2016 kunde man inte längre göra det (2).

Om man skulle eliminera vårdersättningarna, borde man öka antalet tjänster inom den offentliga sektorn, vilket i sin tur också skulle kräva att man skaffade nya utrymmen och ny apparatur. Den finansiering som föreslås i utredningen skulle inte räcka till för att täcka kostnaderna. Det skulle skapa ett behov av att höja antingen skattegraden eller patientavgifterna. När man inte längre skulle få något stöd alls när man använder privatsektorns tjänster skulle antagligen överflyttningen av patienter till den offentliga sektorn bli ännu större än förr på grund av den psykologiska effekten av att man helt upphört att betala ersättning för vårdkostnaderna.

Kalkylerna gällande hur patienterna skulle byta vårdsektor är bristfälligt motiverade, och beräkningarna av kostnadseffekterna innefattar inte protetikvård eller laboratoriekostnader. Hittills har kommunerna inte de facto lyckats erbjuda protetikvård i tillräcklig utsträckning när man beaktar befolkningens behov, och de patienter som har haft tillräckliga ekonomiska resurser har sökt sig till den privata sektorn för vård.

Enligt vår uppfattning skulle tandläkarna inom vården av mun- och tandsjukdomar bara i mycket liten utsträckning flytta över från den privata sektorn till den offentliga. Detta dels på grund av att de har ekonomiska förpliktelser, och dels för att en märkbar del av tandläkarna redan när de har valt yrket har sett sig själva som företagare, vilket ända till början av 2000-talet var det allmännaste sättet att arbeta som tandläkare, i all synnerhet inom vuxentandvården.

Patienttrycket inom den offentliga sektorn kunde jämnas ut om man köpte tjänster av privatsektorn genom att utveckla systemet med servicesedlar. Med hjälp av dem skulle det också vara möjligt att upprätthålla existerande vårdrelationer. Om man använde servicesedlar kunde välfärdsområdena åläggas att bevilja sedlar för ett tillräckligt högt belopp om vissa, överenskomna villkor skulle uppfyllas. Systemet borde utvecklas så, att de skulle vara enkla att använda både för välfärdsområdet, serviceproducenten och patienten. Problemet med de nuvarande systemen är att de är besvärliga att använda, vilket leder till att en betydande del av sedlarna förblir oanvända.

Referenser:

(2) Vesinurm (2021): Building contextual evidence for outcomes of policy interventions in healthcare. A case study of the Finnish dental care sector. Master's thesis. Aalto University.

Reseersättningar

Era synpunkter på den del som gäller reseersättningar (4 kap.)

-

Vilket av de alternativ som beredningsgruppen har utvärderat understöder ni? Känner ni till något annat alternativ som bör beaktas i det fortsatta arbetet?

-

Krävande medicinsk rehabilitering och rehabiliterande psykoterapi

Era synpunkter på de delar som gäller rehabilitering (kapitel 5)

-

Vilket av de alternativ som beredningsgruppen har utvärderat understöder ni? Känner ni till något annat alternativ som bör beaktas i det fortsatta arbetet?

-

Läkemedelsersättningar

Era synpunkter på den del som gäller läkemedelsersättningar (6 kap.)

-

Vilket av de alternativ som beredningsgruppen har utvärderat understöder ni? Känner ni till något annat alternativ som bör beaktas i det fortsatta arbetet?

-

Andra kommentarer och anmärkningar

Har ni några andra synpunkter eller anmärkningar ni önskar framföra för det fortsatta arbetet med beredningen av avvecklingen av flerkanalsfinansieringen?

Reformen som man nu planerar bör inte genomföras samtidigt som den pågående reformen av social- och hälsovården. Finansieringsreformen kräver en tillräckligt lång övergångsperiod, en noggrann analys av följdverkningarna och erforderliga pilotprojekt.

Beredningsgruppernas uppdrag har begränsat utredningen så att den har blivit mera begränsad än vad som hade varit ändamålsenligt. Under det fortsatta arbetet är det speciellt viktigt att reda ut flerkanalsfinansieringen i dess helhet, och föra fram också de andra alternativ som det hänvisas till i utredningen.

I vårt utlåtande har vi lyft fram de problem som förekommer i anslutning till vården av mun- och tandsjukdomar, som hänför sig till strukturerna, finansieringen och vårdtillgången. Tandvården borde i framtiden utvecklas som en helhet, i riktning mot en ökad hållbarhet och för att bättre motsvara det verkliga behovet av vårdtjänster.

Aschan Marina
Odontologiska Samfundet i Finland r.f.