

*Handläggare:
Kjell Bjerrehorn*

Modell för auktorisation av den landstingsfinansierade specialisttandvården för barn

Ärendet

Landstingsstyrelsen har den 19 december 2007 (LS 0710-1170) beslutat att uppdra åt landstingsdirektören att utarbeta förslag till modell för auktorisation av den landstingsfinansierade specialisttandvården för barn.

Landstingsfullmäktige beslutade den 21 december 2007 i samma ärende att uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att bland annat utforma beställarunderlaget för den landstingsfinansierade tandvården på ett sätt så att en bättre konkurrens och större mångfald av vårdgivare kan uppnås samt att i möjligaste mån konkurrensutsätta de områden som hittills har avtalats med Folktandvården Stockholms län AB.

Av slutlig budget 2008 (HSN 2008-01-16) framgår att tillgängligheten till specialisttandvården för barn och ungdomar skall öka genom fortsatt utveckling av nya arbetssätt och ökad mångfald.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

- att* införa auktorisation enligt LOV med konsultstött remittering enligt förvaltningens förslag.
- att* uppdra åt förvaltningen att ta fram ett förslag till regelbok för auktorisation av specialisttandläkare och återkomma till HSN för beslut.

Förvaltningens synpunkter

Av de modeller som redovisas i PM föreslås alternativet auktorisation med konsultstödd remittering till valfri specialist.

Föreslaget innebär sammanfattningsvis att allmäntandläkaren, i samverkan med patient/målsman, remitterar till valfri auktoriserad specialisttandläkare, via särskilt upphandlat konsultstöd. Den auktoriserade specialisttandläkaren utför behandlingen och fakturerar hälso- och sjukvårdsnämnden i enlighet med den prislista som fastställs av landstingsfullmäktige.

Merkostnaden bedöms till cirka 10 miljoner kronor per år.

Miljökonsekvenser av beslutet

Beslutet bedöms medföra oförändrade konsekvenser för miljön.

Catarina Andersson Forsman

Kitty Kook Wennberg

Specialisttandvård för barn och ungdomar

Bakgrund

I enlighet med 7 § tandvårdslagen (1985:125) svarar landstinget för regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller nitton år. Begreppet fullständig vård omfattar även specialisttandvård. Tandvården för barn och ungdomar skall vara avgiftsfri.

I enlighet med 8 § tandvårdslagen skall landstinget planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Landstinget skall se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Vidare framgår av 5 § samma lag, att ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget och dess folktandvård ansvarar för enligt denna lag.

Specialisttandvården omfattar åtta specialiteter: pedodonti (specialiserad barn och ungdomstandvård), ortodonti (tandreglering), parodontologi (tandlossning), oral kirurgi, endodonti (rotfyllning), protetik, oral röntgendiagnostik samt bettfysiologi (funktionsstörningar inom käksystemet).

Förutsättningarna för respektive specialitet regleras av Socialstyrelsen (SOSFS 1993:4 M). Inom specialiteten pedodonti behandlas enbart barn och ungdomar medan såväl barn, ungdomar som vuxna behandlas inom de övriga specialiteterna.

Nuvarande modell

Nuvarande modell för specialisttandvård för barn och ungdomar, exklusive tandreglering, utgörs av två avtal som tecknas utan konkurrensutsättning mellan Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och Folktandvården Stockholms län AB (FTV) respektive Karolinska institutet, Institutionen för odontologi (IO). Uppdragen avser att ge fullständig specialisttandvård inom alla specialiteterna, exklusive tandreglering, åt barn och ungdomar som är bosatta inom för respektive vårdgivare angivna geografiska upptagningsområden. Efter förhandlingar fastställs ersättningen med fasta belopp som utbetalas i anslagsform. Ersättningarna uppgår år 2009 till

PM
2009-01-25

Bilaga 2

cirka 55 mkr, fördelade på FTV med 49 mkr och IO med 6 mkr. Beställaren har full kostnadskontroll.

I avtalen uttrycks att den vård som meddelas ”skall kräva specialisttandvårdens kunskaper och/eller resurser i övrigt”. De remitterande allmäntandläkarna har ett intresse av att remittera patienter med behov av komplicerad och/eller tidskrävande vård till specialister då allmäntandläkaren får ersättning enligt ett kapiteringssystem och själva således inte betalar för specialisttandvården. Leverantörerna av specialisttandvård har, eftersom ersättningen är fast, ett intresse av att enbart behandla barn och ungdomar som verkligen behöver specialisternas kunskaper och kompetens. Modellen har emellertid inte tydligt nog förmått skilja ut och prioritera patienter som verkligen är i behov av specialistvård, från dem som kan och bör behandlas inom allmäntandvården. Detta har lett till köer hos specialisterna, om än över tid av skiftande längd, och inte sällan längre än de avtalade.

År 2007 utfärdades cirka 8 200 remisser för specialisttandvård, exklusive tandreglering, åt barn och ungdomar. Omkring 3 100 remisser kom från allmäntandläkare inom folktandvården, cirka 1 500 från privata allmäntandläkare och återstoden, cirka 3 600 från andra odontologiska specialister samt från läkare. Då omkring 82 procent av barnen och ungdomarna behandlas av allmäntandläkare inom folktandvården och cirka 17 procent inom den privata tandvården, är således benägenheten att remittera betydligt större bland de privata allmäntandläkarna än bland folktandvårdens tandläkare.

Begränsningar

Tandreglering

År 1999 beslutade dåvarande tandvårdsnämnden (TS 9902-0024) att från och med år 2000 införa ett system med tandregleringscheck inom tandregleringsvården. Detta system innebär i korthet att tjänsten att bedöma behandlingsbehovet och avgöra vilka barn och ungdomar som skall få avgiftsfri tandregleringsvård upphandlas enligt lagen om offentlig upphandling. Patienter som bedömts ha ett tillräckligt stort behandlingsbehov kan sedan fritt välja bland auktoriserade vårdgivare. Vårdgivaren erhåller en kapitationsersättning baserad på en genomsnittlig behandlingkostnad. Systemet har påfallande likheter med förslaget i Frittvalutredningens betänkande *LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem*

PM
2009-01-25

Bilaga 2

(SOU 2008:15). Systemet har inneburit att antalet auktoriserade vårdgivare att välja på för patienterna har ökat från två till drygt tjugofem. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning har full volym- och kostnadskontroll. Systemet fungerar väl och har fått efterföljare i andra landsting. Det nu aktuella uppdraget angående auktorisation av specialisttandvården för barn har av förvaltningen inte bedömts omfatta tandregleringsvården eftersom det för denna redan tillämpas en modell som uppfyller landstingsstyrelsens och landstingsfullmäktiges önskemål om ökad konkurrens, större mångfald av vårdgivare och auktorisation av vårdgivare.

Vissa diagnoser/tillstånd

Viss specialisttandvård åt barn och ungdomar kräver särskild kompetens och bör av odontologiska/medicinska skäl koncentreras till sådana vårdinrättningar där erforderlig kompetens kan upprätthållas. Exempel på sådan vård är oral kirurgi som kräver ett sjukhus resurser, vård vid t.ex. vissa syndrom, grava funktionsnedsättningar, juvenil idiopatisk artrit, organtransplantationer, benmärgstransplantationer och neutropeni. Vad avser dessa exempel saknas erforderlig kompetens hos andra vårdgivare än FTV och IO och kan heller inte förväntas utvecklas utanför de enheter inom FTV och IO som har kompetens och godkännande som kliniker för specialistutbildning. Om specialistvård för barn och ungdomar med vissa diagnoser/tillstånd bör således även fortsättningsvis avtalas i särskild ordning.

Odontologisk utbildning och forskning

I samband med att riksdagen år 1989 återtog sitt principbeslut om att överföra ansvaret för tandvården vid dåvarande Odontologiska fakulteten vid Karolinska institutet till Stockholms läns landsting gjordes en informell uppgörelse med statens förhandlingsdelegation om att landstinget skulle planera tandvården så att det i möjligaste mån fanns ett tillräckligt patientunderlag för tandläkarutbildningen, specialistutbildning och forskningen. Detta bör beaktas inför ett beslut om en ny modell för auktorisation av specialisttandvården för barn.

Tänkbara modeller

Förvaltningen har resonerat med utgångspunkt från två huvudalternativ; upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (LOU), respektive auktorisation enligt en ny lag om valfrihetssystem (LOV). Förvaltningen redovisar i korthet respektive alternativ.

PM
2009-01-25

Bilaga 2

Allmänt kan nämnas att svårigheter med alternativ till nuvarande system är att finna en god avvägning mellan valfrihet för patienten, vårdvolym, ersättning till vårdgivaren och kostnadskontroll för landstinget. En annan remiss- och ersättningsmodell än dagens bör i så stor utsträckning som möjligt uppfylla följande krav:

- ökade möjligheter för patient att, i samråd med remitterande tandläkare, välja vårdgivare,
- ökad mångfald och konkurrens mellan vårdgivarna,
- minskade vårdköer,
- bibehållen insyn i vården,
- administrativ enkelhet,
- Rätt antal remisser till specialisttandläkare samt
- kostnadseffektivitet.

Förvaltningen har undersökt situationen i andra landsting när det gäller specialiserad barn- och ungdomsvård. Ingenstans tillämpas en modell med valfrihet av det slag som uppdraget avser i Stockholms läns landsting. Det finns därför inga erfarenheter att hämta utomläns.

Alternativ 1: Upphandling enligt LOU

Länet indelas i geografiska upptagningsområden inom vilka leverantörerna ansvarar för all specialisttandvård för barn och ungdomar med de undantag som tidigare angetts. För att erhålla tillräckliga volymer och reell valfrihet för patienten bör länet indelas i åtminstone 3-4 områden. Respektive leverantör kan/bör komplettera med underleverantörer. Tjänsten upphandlas enligt LOU.

Bedömning

Såsom branschen är formerad idag är det troligen få leverantörer som kan förväntas ge anbud på ett helhetsansvar inom ett geografiskt område. I praktiken torde endast två, FTV och IO, kunna uppfylla kraven på kompetens och resurser. Alternativet svarar således inte upp mot uppdraget till hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning att utforma beställarunderlaget så att en bättre konkurrens och större mångfald av vårdgivare kan uppnås. Patienternas valfrihet blir i praktiken obetydlig. En upphandling enligt alternativ 1 bör ske enligt lägsta pris då ett trovärdigt system för att skilja leverantörerna åt vad avser kvalitet saknas. En upphandling, utan reell konkurrens, riskerar att bli kostsam för landstinget. Systemet blir emellertid förhållandevis enkelt att administrera.

PM
2009-01-25

Bilaga 2

Alternativ 2: Auktorisation enligt LOV

En ny lag om valfrihetssystem, LOV, har trätt i kraft från och med år 2009. Lagen är ett alternativ till LOU, B-tjänster kategori 25, och ger möjlighet för myndighet att auktorisera leverantörer utan föregående upphandling. Leverantörer, som accepterar och uppfyller förfrågningsunderlagets krav, inklusive ekonomiska villkor, blir auktoriserade. Auktorisationen bekräftas genom ett skriftligt avtal.

Specialister/vårdföretag inom samtliga specialiteter, utom tandreglering, inbjuds att söka auktorisation. De som uppfyller och accepterar regelbokens krav auktoriseras och uppförs på en lista från vilken patienten, i samverkan med allmäntandläkaren eller annan specialist, läkare etc. väljer vårdgivare. Utförd vård faktureras landstinget i enlighet med de grunder för folktandvårdens vårdavgifter som landstingsfullmäktige enligt 15a § tandvårdslagen bestämmer.

Med utgångspunkt från alternativet med auktorisation av vårdgivarna kan två modeller tänkas för hur allmäntandläkare m.fl. skall tillåtas remittera patienter för specialistvård och på vilka grunder specialisterna skall få ta emot och behandla patienter utan avgift på landstingets bekostnad. Den ena modellen bygger på att allmäntandläkaren m.fl. efter egen bedömning får remittera patienten till valfri auktoriserad specialist. Det andra bygger på att remissernas relevans först bedöms av en fristående konsult som avgör om specialistvård är indicerad och om så är fallet, vidarebefordrar remissen till vald specialist. Som vägledning och riktlinjer inför en eventuell remiss kan Svenska Pedodontiföreningens dokument användas, *Prioriteringar och patientsäkerhet i tandvård för barn och ungdomar* (2007-11-21).

Möjligheten att välja mellan en mångfald vårdgivare och öka konkurrensen dem emellan förutsätter medverkan av specialister utanför FTV och IO. Då marknaden i nuläget, med få undantag, saknar sådana fristående specialister, kommer under den närmaste tiden möjligheten att auktorisera specialister att begränsas till sådana som i dag är verksamma inom vuxentandvården. Dessa arbetar på en marknad vars intäkter styrs av förutsättningarna inom det statliga tandvårdsstödet där prissättningen i princip är fri. Alternativintäkterna till att arbeta med specialisttandvård för barn och ungdomar kan således bedömas som avsevärda. Över tid bedöms möjligheterna att auktorisera specialisttandläkare emellertid som goda med de erfarenheter som kan hämtas från tandregleringsvården; detta kommer

PM
2009-01-25

Bilaga 2

dock naturligtvis att vara beroende bl.a. av ersättningen från landstinget. Ett större utbud av leverantörer bedöms öka möjligheterna för beställaren att uppnå målet om kortare vårdköer.

Ett visst s.k. områdesansvar bör i alla modeller ligga kvar på FTV och IO för att säkerställa landstingets yttersta ansvar för att erbjuda alla barn och ungdomar fullständig vård.

2a. Fri remittering till valfri specialist

En första modell är att alla allmäntandläkare m.fl. utan formella begränsningar men efter överenskommelse med patienten, får remittera barn och ungdomar för specialistvård till valfri auktoriserad specialist om de bedömer att specialistvård är nödvändig och/eller önskvärd.

Bedömning

Modellen ger ökade valmöjligheter för patienterna och ökad konkurrens mellan vårdgivarna. Ett större utbud av leverantörer bedöms öka möjligheterna för beställaren att uppnå målet om kortare vårdköer. Modellen är också enkel att administrera.

Kostnadskontrollen är emellertid i det närmaste obefintlig. I praktiken finns inga återhållande faktorer varken för remissutfärdare, patient eller remissmottagare. Incitamenten leder snarare åt motsatt håll. Den remitterande allmäntandläkaren behöver inte utföra viss vård inom ramen för tandvårdscheckens kapitationsersättning utan kan utan egen kostnad överlämna vård att utföras av remissmottagaren/specialisten. Patienten känner sig uppmärksammas och väl omhändertagen genom att bli remitterad till en specialist oavsett om detta är nödvändigt eller inte. Den remissmottagande specialisten är fri att utföra den vård han/hon önskar och som patienten accepterar. Ett införande av modellen skulle innebära en ökad efterfrågan och ett ökat utbud av specialisttandvård för barn och ungdomar. Erfarenheterna från specialiteten tandreglering pekar dels på att specialister i FTV skulle komma att övergå till privat verksamhet, dels på att specialister från övriga landet skulle etablera sig i länet. En ersättning baserad på utförda åtgärder leder erfarenhetsmässigt även till ökad produktion. Vårdutbudet skulle därigenom öka med ökad vårdkonsumtion och ökade kostnader för landstinget som följd.

Det är svårt att med tillfredsställande säkerhet bedöma kostnaderna för införandet av modell 2a. Under det första, eller möjligen de första åren efter ett införande, innan marknaden hunnit anpassa sig, torde

PM
2009-01-25

Bilaga 2

kostnadsökningen bli rimlig. Men på sikt bedöms kostnaderna bli avsevärt högre.

2b. Konsultstöd remittering till valfri specialist

En andra modell är att allmäntandläkaren tillsammans med patienten avgör till vilken specialist remissen skall ställas. Allmäntandläkaren skickar, beroende på patientens bostadsort, remissen till en av två konsultfunktioner med vilka HSN-förvaltningen tecknat avtal. Konsultfunktionerna bemannas av specialisttandläkare i pedodonti med uppdrag att granska de inkomna remisserna och avgöra om den remitterade vården kräver specialistkompetens eller bör kunna utföras av en välutbildad allmäntandläkare. Kriterier för granskningen utgörs i första hand av Svenska Pedodontiföreningens dokument *Prioriteringar och patientsäkerhet i tandvård för barn och ungdomar*. En remiss som uppfyller kriterierna för specialistvård vidarebefordras till angiven specialist. I de fall den remitterade vården bör kunna utföras av en välutbildad allmäntandläkare, återsänds remissen till allmäntandläkaren. Denne får då utföra vården själv eller på egen bekostnad anlita annan allmäntandläkare. I konsultfunktionen ingår således ej att terapiplanera, endast att avgöra om den fortsatta vården skall ske inom allmäntandvården eller specialisttandvården, varför konsultfunktionen på något påtagligt sätt ej bedöms förlänga remisstiden. I konsultfunktionens uppdrag ingår att rådgiva allmäntandläkare i den mån sådan önskas.

Det samlade konsultuppdraget avser urval av cirka 4 500 patienter per år med störst vårdbehov, som remitterats från allmäntandläkare. Antalet är detsamma som antalet remisser från allmäntandläkare idag. Sidoremissen från andra specialister och läkare samt röntgenremisser, tillsammans cirka 3 600, behöver inte passera konsultfunktionen utan kan gå direkt till önskad specialist.

Bedömning

Modellen ger, liksom modell 2a, ökade valmöjligheter för patienterna och ökad konkurrens mellan vårdgivarna. Ett större utbud av leverantörer bedöms öka möjligheterna för beställaren att uppnå målet om kortare vårdköer. Modellen är mer komplicerad och kostnadskrävande att administrera än modell 2a.

Möjligheten att begränsa vårdkonsumtionen och därmed kostnaden är avsevärt bättre än modell 2a och utgörs bland annat av att maximera

PM
2009-01-25

Bilaga 2

antalet accepterade remisser till 4 500. Modellen liknar det system som i dag tillämpas för tandregleringsvården.

Konsultfunktionen bedöms endast i begränsad omfattning fördröja tiden mellan remissutfärdande och vård.

Beräknade merkostnader för detta alternativ bedöms uppgå till cirka 10 mkr per år. Bedömningen omfattar merkostnader för bland annat övergång till taxeersättning och konsultfunktion inklusive rådgivning.

Överväganden

Förvaltningen finner att alternativ 1, med upphandling enligt LOU, inte uppfyller landstingets krav på ett nytt system med ökad konkurrens, en mångfald av vårdgivare, ökade möjligheter till val av vårdgivare och en minskad direktupphandling.

Alternativ 2, med två modeller baserade på LOV och med auktorisation av alla vårdgivare som uppfyller vissa förutsättningar, kan uppfylla kraven på konkurrens, valfrihet m.m. Modellerna i alternativet skiljer sig genom administrationens omfattning och möjligheterna till kostnadskontroll.

Förvaltningen förordar modell 2b med en konsultstött remittering. Denna modell tillgodoser på ett bättre sätt behovet av kostnads- och volymkontroll än vad modell 2a gör. Dessutom tillgodoser modellen genom att remisserna värderas på ett bättre sätt tandvårdslagens krav på jämlik vård. Genom att låta remisserna värderas i ett transparent system blir också gränsdragningen mellan vad som är att betrakta som specialist- respektive allmäntandvård mer tydligt för vårdgivare och patienter. Verksamhetens utveckling bör följas nogsamt och om inte önskat resultat uppnås, ompröva verksamheten.

Det ska också framhållas att om modell 2a införs, uppkommer en skillnad mellan möjligheterna att få specialiserad tandregleringsvård å ena sidan och övrig specialistvård för barn och ungdomar och å andra sidan. Tandregleringsvården erbjuds endast efter behovsbedömning av konsult och efter annan ersättning än Folk tandvårdens taxa. Merkostnaderna för att anpassa förutsättningarna för tandregleringsvården till övrig specialisttandvård för barn och ungdomar kan beräknas till cirka 35 miljoner kronor per år.