

Delrapport 5:

Översyn av vårdval inom allmän- respektive specialiserad barn- och ungdomstandvård



Förord

Utvärdering av hälsoval i primärvården respektive vårdval inom specialistvården och barn- och ungdomsvården i Region Skåne

Region Skåne har efterfrågat en bred och oberoende utvärdering av hälsoval inom primärvården, vårdval inom hud- och ögonsjukvård (exklusive katarakter), ersättningsmodellen inom vårdval för LARO (Läkemedels Assisterad Rehabilitering vid Opiatberoende) samt vårdval inom allmän- respektive specialiserad barn- och ungdomsvård. Rådet för Kommunalekonomisk forskning och utbildning (KEFU) har åtagit sig uppdraget. Inom ramen för projektet används både forskare knutna till Ekonomihögskolan, Lunds universitet och konsulter så att den kompetens och kapacitet som krävs för genomförandet av projektets olika delar kan uppnås.

Uppdraget genomförs i flera steg med separata delrapporter. I en första delrapport (september 2015) redovisas resultat från en uppföljning av vårdval inom hudsjukvård och ögonsjukvård (exklusive katarakter). I en andra delrapport (november 2015) redovisas en utvärdering av CNI-ersättningens konsekvenser inom vårdval av BVC (delrapport 2a) och för vårdcentralers etableringar (delrapport 2b). I en tredje delrapport (november 2015) analyseras ersättningsmodellen inom vårdval för LARO (Läkemedels Assisterad Rehabilitering vid Opiatberoende). I en fjärde rapport (maj 2016) redovisas en översyn av primärvårdens utveckling efter införande av hälsoval för vårdcentraler.

I denna femte delrapport redovisas en översyn av vårdval inom allmän- respektive specialiserad barn- och ungdomsvård. Översynen har genomförts med stöd av Health Navigator.

Lund den 2 september 2016

Anders Anell
Projektansvarig KEFU

Ordlista

Ord	Beskrivning
Bettfysiologi	Utredning och behandling av obalans i bettet, funktionell ansiktsvärk, käkledsproblem och spänningshuvudvärk.
CNI	Care Need Index, mått utvecklad för att uppskatta vårdbehovet i olika grupper med utgångspunkt i socioekonomiska förhållanden. Inom vårdvalet för allmän barn- och ungdomstandvård beräknas CNI utifrån sex faktorer: Arbetslöshet, flera barn under 5 år, född utanför EU, ensamstående förälder med barn under 17 år, att ha flyttat det senaste året och låg utbildning. Det finns en sjunde parameter, ensamstående över 65 år, som inte omfattas i beräkningen av CNI-vikt inom vårdvalet för den allmänna barn- och ungdomstandvården i Region Skåne.
Det fria vård sökandet	Valfrihetssystem som möjliggjorde fritt val av enhet inom den allmänna barn- och ungdomstandvården i Region Skåne. Infördes 1999.
Egenremiss	Remisser som en enhet skickar till sig själv.
Endodonti	Utredning och behandling av sjukdom i tandens nerv och angränsande käkben, bland annat svårare rotbehandlingar.
EPI	Epidemiologisk data om patienternas orala hälsa. Ska rapporteras in vid givna åldrar på patienterna, så kallade EPI-åldrar.
Käkkirurgi	Operationer och andra komplicerade ingrepp i munnen.
LOV	Lagen om valfrihetssystem (2008:962). Reglerar vad som gäller för kommuner och landsting som vill konkurrenspröva verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård och omsorgstjänster till brukaren eller patienten.
Ortodonti	Justering av tändernas position och bettet med hjälp av en tandställning
Parodontologi	Utredning och behandling av tandlossningssjukdomar och förändringar i munslemhinnan.
Pedodonti	Utredning och behandling av barn med svåra sjukdomar som påverkar den orala hälsan samt svårt tandvårdsrädda barn.
Protetik	Ersättningar för förlorade tänder, till exempel kronor, broar och proteser.
Remiss	Journalförd handling om patient som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av ett vårdansvar.
Remittent	Remitterande vårdpersonal
Riktade insatser	Tandvårdsinsatser som fysiskt sker utanför enheten, samt riktad verksamhet dvs. tandvårdsinsatser som sker för att söka upp särskilda grupper.
Tandvårdsfönster	Av Region Skåne egenutvecklat IT-stöd. Används av vårdpersonal för remisshantering och inrapportering av patientuppgifter.
Enhet	Organisatorisk enhet inom en vårdgivare som har en verksamhetschef.
Vårdgivare	Juridisk person som bedriver hälso- och sjukvård. Till exempel Tandvårdshögskolan, Folk tandvården Skåne eller Smile Colosseum.
Vårdpersonal	Person anställd av vårdgivaren för att utföra vård och behandling.
Vårdprogram	Nationella eller regionala skriftliga riktlinjer för hur vårdgivare ska hantera utredning, diagnosticering, behandling, remittering och uppföljning av ett visst vårdområde eller en viss sjukdom hos patienter.
Ägandeform	Med ägandeform avses i rapporten offentliga (Folk tandvården Skåne eller Tandvårdshögskolan i Malmö) eller privata vårdgivare.

Innehåll

Kapitel 1	Introduktion	12
1.1	Introduktion till översynen	12
1.2	Barn- och ungdomstandvården i Skåne	12
1.3	Införande av vårdval inom barn- och ungdomstandvård	15
1.4	Översikt över olika ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården	18
1.5	Översynens disposition	20
Kapitel 2	Översynens syfte och metod.....	21
2.1	Syfte och frågeställningar	21
2.2	Metod	22
2.3	Översynens begränsningar	23
Kapitel 3	Analysresultat för den allmänna barn- och ungdomstandvården.....	24
3.1	Introduktion till analysresultaten	24
3.2	Vårdvalet ses framför allt som en administrativ förändring	24
3.3	Sedan vårdvalets införande noteras begränsade effekter på tillgänglighet, vårdproduktion och oral hälsa	26
3.4	Dagens ersättningsmodell upplevs i stort vara ändamålsenlig men förutsättningar för att uppnå kostnadstäckning kan förbättras	37
3.5	Samtliga landsting och regioner i Sverige har valfrihet att välja enhet men få har infört vårdval enligt LOV	45
Kapitel 4	Analysresultat för den specialiserade barn- och ungdomstandvården.....	49
4.1	Introduktion till analysresultaten	49
4.2	Sedan vårdvalets införande observeras viss förbättrad tillgänglighet, en ökad vårdproduktion och ökade kostnader	50
4.3	Den åtgärdsbaserade ersättningsmodellen uppfattas som relativt rättvis men bedöms inte fullt ut styra mot effektivitet och kvalitet	60
4.4	Förutom Region Skåne har endast Stockholm läns landsting infört vårdval inom den specialiserade tandvården	63
Kapitel 5	Sammanfattande reflektioner.....	65
5.1	Introduktion till sammanfattande reflektioner	65
5.2	Sammanfattande reflektion kring analysresultaten	65
5.3	Förslag på utvecklingsområden för vårdvalen inom barn- och ungdomstandvården i Region Skåne	66
5.4	Ytterligare områden för fortsatt utredning	71
Kapitel 6	Referenser.....	72

Figuröversikt

Figur 1 – Region Skånes kostnader totalt samt för tandvården, 2015.....	14
Figur 2 – Total tandvårdskostnad kostnad per invånare, samtliga landsting i Sverige samt hela riket, 2013.....	14
Figur 3 – Översikt av förändringar inom allmän respektive specialiserad barn- och ungdomstandvård, före och efter införande av vårdval enligt LOV	15
Figur 4 – Viktiga datum inom barn- och ungdomstandvården i Skåne	15
Figur 5 – Illustrativt exempel av effekten i ersättning per listad patient 3-19 år vid 20% CNI-justerad ersättning, tusen kronor, 2016.....	17
Figur 6 – Antal listade patienter 0-19 år per enhet, Tandvårdshögskolan, Folk tandvården och privata enheter, 2015	28
Figur 7 – Totalt antal listade patienter 0-19 år (tusental) inom Folk tandvården, Tandvårdshögskolan och bland privata enheter, inom den allmänna barn- och ungdomstandvården 2013 till 2016.....	28
Figur 8 – Antalet omlistningar bland patienter 0-19 år hos privata och offentliga enheter, 2015	29
Figur 9 – Andelen patienter som fick minst den vård som föreskrivs av revisionsintervallet, bland Folk tandvården, privata enheter och Tandvårdshögskolan, 2015 jämfört med 2014	31
Figur 10 – Andelen patienter som genomgår EPI-undersökning i åldrarna 3, 6, 12 och 19 år, för Folk tandvården, privata enheter och Tandvårdshögskolan, 2015	32
Figur 11 – Antal skickade remisser per 100 listade patienter 0-19 år för enheter som endast har allmän barn- och ungdomstandvård, för Tandvårdshögskolan, privata enheter och Folk tandvården, 2015	34
Figur 12 – Antal remisser per 100 patienter 0-19 år i förhållande till enhetens CNI, 2015	35
Figur 13 – Andel kariesfria 6- och 19-åringar i Region Skåne och i riket, 2008-2014	37
Figur 14 – Illustrativt exempel över påverkan på det ekonomiska resultatet för tre exempel enheter vid variation i antalet patienter med stora vårdbehov, 2016	38
Figur 15 – Antalet listade patienter 0-19 år per enhet för offentliga och privata enheter, 2015.....	39
Figur 16 – CNI-viktning hos privata och offentliga enheter, fördelade efter intervall på CNI, exklusive enheter med färre än 30 listade patienter, 2015	40
Figur 17 – Genomsnittligt CNI-värde hos offentliga och privata enheter, exkl. enheter med färre än 30 listade patienter 0-19 år, 2015	41
Figur 18 – Andel intakta tänder för 6-åringar respektive 19-åringar, per enhet efter CNI, och uppdelat på offentliga och privata enheter, 2015.....	42
Figur 19 – Ohälsotal och CNI per enhet, uppdelat på offentliga och privata enheter, 2015	43
Figur 20 – Antal enheter per disciplin och driftsform, dec 2015	50
Figur 21 – Andelen remisser fördelade efter remittent och remissmottagare, 2015.....	52
Figur 22 – Andelen remisser fördelade efter remittent och remissmottagare, jan-jun 2016	53
Figur 23 – Antal åtgärder inom specialiststandvården, mars 2014 - februari 2016.....	55
Figur 24 – Kostnaden i miljoner kronor för specialiststandvården, mars 2014-mars 2016	55
Figur 25 – Antal åtgärder för specialiserad tandvård, uppdelat på offentliga och privata enheter, mars 2014 - februari 2016	57
Figur 26 – Procentuell förändringar i antal registrerade åtgärder per åtgärds kod mellan mar 2014 - feb 2015 och mar 2015 - feb 2016.....	58
Figur 27 – Antal skickade remisser uppdelat på Folk tandvården och privata enheter, exklusive icke-remissbaserad ortodonti, 2015.....	59
Figur 28 – Priser för ett urval av åtgärder inom pedodonti och övriga specialdiscipliner, 2015	61

Tabellöversikt

Tabell 1 – Antal unika besöksadresser per 1 000 invånare 0-19 år, per kommun och totalt i Skåne, dec 2015	27
Tabell 2 – Landsting/regioner med vårdval enligt LOV inom den allmänna barn- och ungdomsvården.....	45
Tabell 3 – Antal åtgärder och kostnad inom specialistvården, mars 2014 - februari 2016.....	56

Sammanfattning

Bakgrund, syfte och metod

- Denna översyn syftar till att identifiera och beskriva de kortsiktiga förändringar som kan observeras efter vårdvalens införande år 2013 och 2014 inom den allmänna respektive den specialiserade barn- och ungdomstandvården i Region Skåne. Översynen har ett särskilt fokus på konsekvenser och utvecklingsmöjligheter gällande valda ersättningsmodeller.
- År 1999 introducerades ett valfrihetssystem i Region Skåne som möjliggjorde för patienter och deras vårdnadshavare att välja vårdgivare inom den *allmänna barn- och ungdomstandvården*. Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft 2009 och vårdvalet inom den allmänna barn- och ungdomstandvården infördes i maj 2013 som ett sätt att anpassa tidigare valfrihetssystem till den nya lagstiftningen. Ytterligare motiv bakom införandet av vårdval enligt LOV år 2013 var att det nya anpassade vårdvalet kunde bidra till en mer jämlik vård och jämlik hantering av vårdgivare. Det skulle också bli enklare och tydligare för den enskilde medborgaren att välja enhet. I och med vårdvalets införande år 2013 avskaffades den så kallade ”riskpotten” som enligt det tidigare systemet gav privata vårdgivare ersättning för kostnadsytterfall. Även utformningen av kapiteringsersättningen (”listningsersättning”) ändrades. Bland annat infördes CNI-viktad ersättning, det vill säga att en del av ersättningen justeras utifrån socioekonomiska faktorer.
- I mars 2014 infördes vårdval enligt LOV inom den *specialiserade barn- och ungdomstandvården*. Innan vårdvalet infördes var den specialiserade barn- och ungdomstandvården anslagsfinansierad och i princip all specialiserad barn- och ungdomstandvård utfördes av offentliga vårdgivare. Ett undantag var ortodontin¹ som konkurrensutsattes redan 2002.² Vårdvalets införande år 2014 möjliggjorde för ackrediterade vårdgivare att få ersättning för utförda åtgärder inom specialistdisciplinerna oral protetik, bettfysiologi, käkkirurgi, pedodonti, endodonti, parodontologi samt ortodonti. Målsättningen var att ge medborgarna och patienterna större valfrihet, minska väntetiderna samt säkerställa att vårdinsatserna hamnade på rätt nivå.
- Analysresultaten i denna översyn baseras på kvantitativa analyser samt intervjuer med representanter för tandvården i Region Skåne och andra landsting som också infört vårdval. Då tillgången till data från perioden innan vårdvalet är begränsad, har de kvantitativa analyserna fokuserat på förändringar som kan observeras efter vårdvalens införande.

¹ För en beskrivning av respektive specialistdisciplin, se ordlistan på s. 3

² Patienter som bedömts ha behov av ortodontibehandling kunde välja mellan privata och offentliga vårdgivare

Vilka konsekvenser har vårdvalet inom den allmänna barn- och ungdomstandvården lett till?

Vårdvalet ses framför allt som en administrativ förändring

- Redan innan vårdvalet enligt LOV infördes inom den allmänna barn- och ungdomstandvården, kunde patienter och deras vårdnadshavare välja mellan privata och offentliga allmäntandvårdsenheter. Med utgångspunkt från detta är det troligt att patienter och deras vårdnadshavare *inte* märkt någon tydlig skillnad, varken positiv eller negativ, av vårdens kvalitet eller utförande som en följd av vårdvalets införande. Vårdgivarna beskriver överlag att införandet av vårdval inom den allmänna barn- och ungdomstandvården inneburit en ökad administrativ belastning. Belastningen kopplas främst till IT-systemets (Tandvårdsfönster) utformning samt nya krav på remisshantering och inrapportering av patientuppgifter.

Sedan vårdvalets införande observeras begränsade effekter på tillgänglighet, vårdproduktion och oral hälsa

- **Tillgänglighet:** Vårdvalet bedöms ha haft begränsad effekt på tillgänglighet och vilken enhet som väljs. Införandet av vårdval bedöms ha haft begränsad effekt på tillgängligheten – såväl i termer av geografisk- (antal valbara enheter) och tidsmässig tillgänglighet (väntetider). Vidare observeras begränsade förändringar när det gäller patienternas val av vårdgivare. I likhet med hur det såg ut innan vårdvalet infördes är majoriteten av patienterna (cirka 80 procent) listade hos Folk tandvården, samtidigt som de flesta valbara enheter (cirka 80 procent) är privata.
- **Vårdproduktion:** Vårdproduktionen bedöms fortsatt möta patienternas behov – tidiga indikationer på förskjutning av vård till den specialiserade tandvården. Vårdvalets införande bedöms ha haft begränsad effekt på huruvida patienter får den vård de är i behov av. Kvantitativa analyser av revisionsintervall visar att nästan alla (9 av 10) patienter genomgår undersökningar enligt de krav som föreskrivs. Samtidigt anser intervjuade personer att det finnas en risk att vårdgivarna över tid börjar undvika att utföra de mest kostsamma åtgärderna, och att det sker en förskjutning av vård till den specialiserade barn- och ungdomstandvården.
- **Oral hälsa:** Vårdvalets införande bedöms ha haft begränsad effekt på den orala hälsan. På en övergripande nivå bedöms vårdvalets införande inte ha haft någon märkbar effekt på den orala hälsan hos barn och ungdomar i Region Skåne. Utifrån sitt nuvarande uppdrag anses den allmänna barn- och ungdomstandvården i många fall ha begränsade möjligheter att påverka den orala hälsan, särskilt bland grupper med relativt låg socioekonomi. För att åstadkomma ett förändrat beteende och därmed en förbättrad oral hälsa, efterfrågar representanter för tandvården ökade resurser till riktade insatser.³

³ Insatser som fysiskt sker utanför själva tandläkarenheten, samt insatser som sker för att söka upp särskilda grupper

Dagens ersättningsmodell upplevs i stort vara ändamålsenlig men förutsättningar för att uppnå kostnadstäckning kan förbättras

- I intervjuer framkommer att nuvarande ersättningsmodell till stora delar är accepterad av vårdgivare i Region Skåne. Samtidigt anser en bred majoritet av vårdgivarna (såväl offentliga som privata) att dagens ersättningsystem inte i tillräckligt stor utsträckning ger kostnadstäckning för många vårdgivares barn- och ungdomstandvård. Därför efterfrågas ytterligare metoder för att tydligare styra ersättningen mot vårdbehov, till exempel genom högkostnadsskydd och ett kollektivt riskspridningssystem mellan vårdgivare.

Vilka konsekvenser har vårdvalets införande inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården lett till?

Sedan vårdvalets införande observeras viss förbättrad tillgänglighet, en ökad vårdproduktion och ökade kostnader

- ***Tillgänglighet:*** Utökade möjligheter att välja enhet, men flera hinder till ytterligare förbättringar lyfts fram. Efter att vårdvalet infördes har 30 privata enheter tillkommit inom de specialistdiscipliner som konkurrensutsattes. Samtidigt beskrivs minskningar av väntetiderna begränsas av att patienterna inte har tillräckligt mycket information om valbara enheter och deras förväntade väntetid.
- ***Vårdproduktion:*** Sedan vårdvalet infördes observeras en ökning i både vårdproduktion och kostnader inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården. En jämförelse mellan två efterföljande tolv månadersperioder (mars 2013 – feb 2014 och mars 2014 – feb 2015) visar att antalet åtgärder respektive totala kostnader ökat med 12 procent. Antalet åtgärder och kostnaderna har ökat snabbast för de discipliner som konkurrensutsattes i samband med vårdvalets införande (+19 procent). För ortodontin, som konkurrensutsattes tidigare, är ökningen mera begränsad (+9 procent).

Den åtgärdsbaserade ersättningsmodellen uppfattas som relativt rättvis men bedöms inte fullt ut styra mot effektivitet och kvalitet

- ***Den åtgärdsbaserade ersättningsmodellen uppskattas i stort av vårdgivarna.*** Samtidigt framhåller flera intervjuade representanter att det finns behov av ökad styrning och uppföljning inom både allmän- och specialiserad barn- och ungdomstandvård – inte minst mot bakgrund av den ökande vårdproduktionen. Exempelvis efterfrågas ökade efterhandskontroller för att säkerställa att den specialiststandvård som utförs är nödvändig och utförs på rätt vårdnivå. I översynen har det framkommit att det kan finnas oönskade variationer i hur data registreras i Tandvårdsfönster, vilket i så fall försvårar en uppföljning av tandvården.

Förslag på utvecklingsområden för vårdvalen inom barn- och ungdomstandvården i Region Skåne

Generella utvecklingsområden för både den allmänna- och den specialiserade barn- och ungdomstandvården

- **Förbättra förutsättningarna för patienten och deras vårdnadshavare att göra välinformerade val av enhet** – Region Skåne kan öka utbudet och tillgängligheten av patientinformation som beskriver valbara enheter samt hur vårdvalet fungerar. Region Skåne kan även överväga att samla in och kommunicera väntetidsdata inom tandvården. I tillägg kan Region Skåne arbeta för att förtydliga riktlinjer för vilken information som remittenten ska presentera för patienter och deras vårdnadshavare.
- **Fördjupa dialogen med vårdgivarna** – I denna översyn har ett behov identifierats av att vidareutveckla och fördjupa dialogen med vårdgivarna inom ett antal områden. Region Skåne rekommenderas att ta ytterligare initiativ för att fördjupa dialogen mellan uppdragsgivaren och vårdgivare för att diskutera erfarenheter och behov av förändringar och utvecklingen av vårdvalen. Region Skåne kan exempelvis etablera en grupp med representation från ledning och odontologiskt/medicinskt sakkunniga från både offentliga och privata vårdgivare. Region Skåne bör även fortsätta involvera och inhämta synpunkter från vårdgivarna i olika öppna forum, och lyssna in vårdgivarnas inspel gällande tandvårdens långsiktiga utveckling och andra förändringar som berör tandvården (exempelvis utformning av vårdprogram och IT-stöd).
- **Förstärk uppföljningen inom barn- och ungdomstandvården** – En förutsättning för uppföljning och utvärdering av tandvården är tillgången till relevanta och tillförlitliga dataunderlag. Region Skåne bör fortsätta arbetet med att säkerställa enhetlig och likvärdig inrapportering i Tandvårdsfönster för att skapa förutsättningar för en mer ändamålsenlig uppföljning. Inom den *specialiserade barn- och ungdomstandvården* föreslås Region Skåne överväga att utöka sina efterhandskontroller (till exempel granskningar av journaler och remissflöden) under en period för att bättre förstå och följa produktionsutvecklingen. För att i ökad utsträckning förankra den uppföljning och styrning som behövs, föreslås Region Skåne inrätta en expertgrupp för utveckling av tandvårdens uppföljning och kvalitet.

Förslag på utvecklingsområden kring ersättningsmodellen för den allmänna barn- och ungdomstandvården

- **Behåll och vidareutveckla justeringen av kapiteringsersättningen efter vårdbehov** – Översynen visar att det finns ett stöd hos vårdgivarna för att anpassa kapiteringsersättningen utifrån patienternas vårdbehov. Många vårdgivare ser flera fördelar med den CNI-viktade ersättningen, även om vissa kritiserar dagens modell för att den inte tar hänsyn till att exempelvis patienter med god socioekonomi också kan ha stora vårdbehov. Region Skåne rekommenderas att tillsviare behålla den CNI-viktade kapiteringsersättningen och när tillförlitlig data finns tillgänglig genomföra fördjupade analyser kring CNI:s koppling till faktiskt vårdkonsumtion över tid.

- **Överväg att utveckla och införa en gemensam modell för hantering av kostnadsytterfall** – Flera representanter för vårdgivarna lyfter fram att kostnaderna för behandling av patienter med stora vårdbehov (kostnadsytterfall) ofta slår hårt mot enskilda enheters ekonomi. Detta gäller särskilt enheter som har få patienter och/eller en stor andel patienter med stora vårdbehov. Region Skåne kan överväga att införa modeller för högkostnadsskydd och kollektiv riskspridning för enheter inom den allmänna barn- och ungdomstandvården. Syftet är att värna kvaliteten i tandvården och ge vårdgivarna ekonomiska förutsättningar att utföra den tandvård som patienterna är i behov av. Införande och utformning av modell för högkostnadsskydd och kollektivt riskspridande är komplext och bör analyseras och utvärderas ingående innan det kan införas.
- **Se över möjligheter att anpassa ersättningsmodellen för att säkerställa följsamhet till vårdprogram** – Representanter för barn- och ungdomstandvården i Region Skåne bedömer att följsamheten till vårdprogrammet är central. För att säkerställa följsamheten kan Region Skåne förstärka den löpande kommunikationen gentemot vårdgivarna kring kraven i vårdprogrammet och föra en dialog med enskilda vårdgivare vid eventuella avvikelser från vårdprogrammets krav. Som ett ytterligare steg kan Region Skåne se över möjligheten att koppla en viss del av ersättningen till följsamheten till vårdprogrammets krav. Det framförs dock att enheter med hög CNI-vikt har särskilt stora utmaningar med att säkerställa att patienterna kommer till bokade besök och därmed säkerställa följsamhet till vårdprogrammets krav. Region Skåne bör föra en dialog med vårdgivarna om, och i vilken utsträckning, dagens CNI-viktade kapiteringsersättningen bör omfatta särskilda insatser för att minska uteblivna besök.

Förslag på utvecklingsområden kring ersättningsmodellen för den specialiserade barn- och ungdomstandvården

- **Skapa mer enhetliga ersättningsnivåer mellan specialistdiscipliner** – För ett begränsat antal åtgärder finns skillnader i ersättningsnivå beroende på inom vilken specialistdisciplin åtgärder utförs. Även om det omfattar ett begränsat antal åtgärder finns en upplevelse inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården att dessa skillnader är orättvis och anses av vårdgivarna öka incitamenten att remittera/styra remisser till specialistdiscipliner som ger högre ersättning. Region Skåne kan mot denna bakgrund överväga att skapa, och tydligare kommunicera, mer enhetliga ersättningsnivåerna inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården. För att möjliggöra högre ersättning när åtgärder för särskilt vårdkrävande patienter utförs, kan istället kompletterande regionspecifika åtgärds-koder användas.
- **Analysera och utvärdera möjligheten att ersätta för behandlingsepisoder** – Region Skåne kan utvärdera möjligheterna att förändra ersättningsprinciperna för vissa åtgärder inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården, i syfte att ge vårdgivarna ett större ansvar för vårdkedjan. Exempelvis skulle Region Skåne kunna ge vårdgivarna en ”episodersättning” för utvalda behandlingsepisoder istället för ersättning per enskild åtgärd.

Kapitel 1

Introduktion

1.1 Introduktion till översynen

I Region Skåne infördes vårdval enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) i den allmänna- samt specialiserade barn- och ungdomstandvården i maj 2013 respektive mars 2014. Denna översyn syftar till att identifiera och beskriva de effekter som kan observeras efter införandet av vårdvalen. Baserat på analysresultaten presenteras även olika möjliga utvecklingsområden.

1.2 Barn- och ungdomstandvården i Skåne

Alla barn och unga i Sverige har rätt till regelbunden, fullständig och avgiftsfri allmän respektive specialiserad tandvård fram till och med det år de fyller 19 (Tandvårdslagen 1985:125). Region Skåne har det övergripande ansvaret för tandvården för de cirka 300 000 barn- och ungdomar som är folkbokförda i regionen (Statistiska centralbyrån (SCB), 2015).⁴

I följande avsnitt beskrivs barn- och ungdomstandvårdens övergripande mål, uppdelning och omfattning samt centrala aktörer.

Barn- och ungdomstandvårdens övergripande mål

Det övergripande målet för barn- och ungdomstandvården i Region Skåne är att varje individ ska ha en god oral hälsa under såväl uppväxten som när hen lämnar den fria barn- och ungdomstandvården vid 19 års ålder (Region Skåne, 2015a). Barn- och ungdomstandvården syftar till en långsiktig god oral hälsa och ska därför ha en förebyggande inriktning där patientens egenansvar uppmuntras (Region Skåne, 2012a). Ett flertal inriktningsmål har satts upp för att utveckla tandvårdens roll och insats i det regionala hälsoinriktade arbetet. Bland annat ska minst 80 procent av alla 6-åringar vara kariesfria år 2020 och det genomsnittliga antalet kariesskadade tänder bland 12-åringar ska samma år inte överstiga 1,5 (Region Skåne, 2014).

Uppdelningen i allmän och specialiserad barn- och ungdomstandvård

Barn- och ungdomstandvården är uppdelad i allmän respektive specialiserad barn- och ungdomstandvård.

Patienter med behov av tandvård ska i första ledet vända sig till den allmänna barn- och ungdomstandvården. Vårdgivaren har ansvaret för de patienter som är listade på vårdgivarens enhet. Utöver att behandla de personer som söker tandvård för symtom eller vårdbehov, ska vårdgivarna också kalla patienter på regelbundna undersökningar (Region Skåne, 2015b).

⁴ Därutöver är Region Skåne även ansvarig för tandvård till asylsökande och papperslösa samt tandvård till patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser.

Enheter inom den allmänna barn- och ungdomstandvården i Region Skåne ska även tillhandahålla kunskap om förebyggande insatser till barnavårdscentraler (BVC) som arbetar på uppdrag av Region Skåne.⁵

Folktandvården Skåne har ett särskilt ansvar för tandvården till vissa grupper. Exempelvis har Folktandvården Skåne sistahandsansvar för barn- och ungdomar som inte aktivt blivit listade på någon enhet, asylsökande patienter och patienter från andra landsting (Region Skåne, 2015b). Folktandvården Skåne har dessutom ett funktionsansvar för riktade insatser. Ett exempel på en insats som Folktandvården Skåne tagit initiativ till är de särskilda enheterna Tandborsten. Tandborsten erbjuder föräldrautbildning med fokus på tandvård i områden med en förhållandevis låg socioekonomi (Folktandvården Skåne, 2016).

Den specialiserade tandvården tar emot patienter som bedöms ha vårdbehov som faller utanför den allmänna tandvårdens uppdrag och som kräver specialisttandvårdens särskilda kunskaper och resurser (Region Skåne, 2015c). Det kan exempelvis handla om särskilt svåra behandlingar, exempelvis stöd med tandregleringar eller andra särskilda medicintekniska hjälpmedel (Region Skåne, 2015d). För att få vård inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården krävs remiss från exempelvis allmäntandläkare, läkare eller annan vårdpersonal. Ett undantag är specialiserad ortodonti, där patienten blir berättigad till kostnadsfri behandling efter bedömning av urvalsansvarig tandregleringsspecialist (Region Skåne, 2015c).

Aktörer inom barn- och ungdomstandvården

Enheten för tandvårdsstyrning är en del av avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning i Region Skåne, och hanterar de flesta frågor som på regional nivå berör tandvården. Enheten arbetar med utredningar och handläggning inför politiska beslut samt uppföljning inom tandvårdens område. Enhetens uppdrag är även att konkretisera hälso- och sjukvårdens samlade uppdrag inom tandvårdsområdet (Region Skåne, 2016b).

Barn- och ungdomstandvård i Region Skåne utförs av Folktandvården Skåne, privata aktörer och Tandvårdshögskolan. Folktandvården Skåne är ett av Region Skåne helägt aktiebolag som bolagiserades från och med januari 2014 (Region Skåne, 2013). Bland privata aktörer finns både stora kedjor, såsom Smile Colosseum med många enheter i hela landet, och små enskilda vårdgivare som driver sin egen enhet. Tandvårdshögskolan i Malmö bedriver även forskning inom odontologi och ansvarar för utbildning av bland annat tandhygienister, tandläkare, tandtekniker och specialisttandläkare (Region Skåne, 2016b).

Barn- och ungdomstandvårdens omfattning

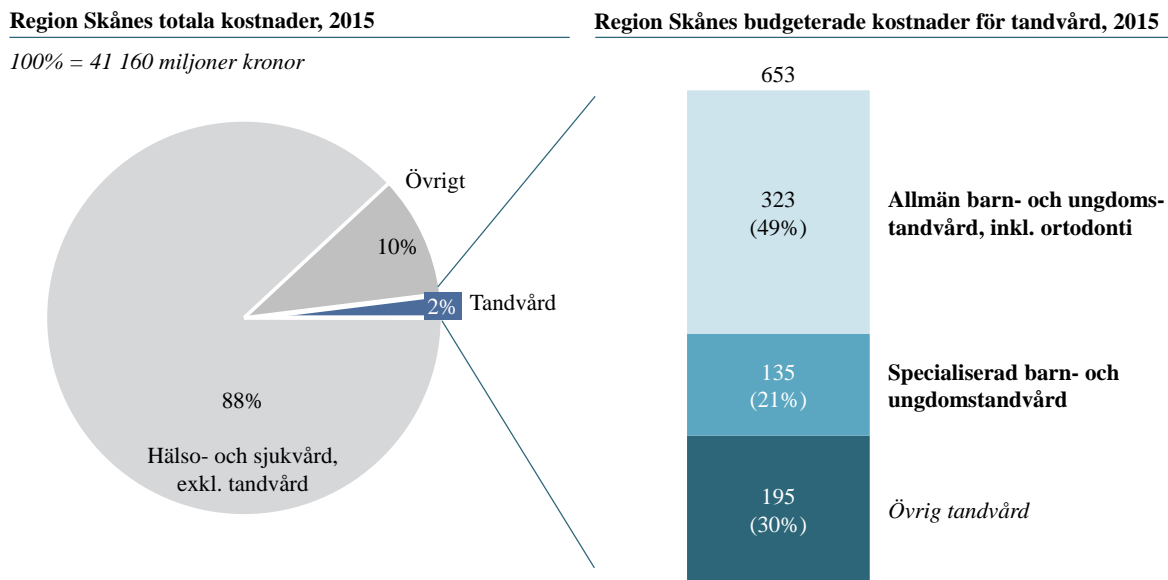
Cirka 300 000 barn och ungdomar får tandvård i Skåne, varav cirka 15 700 av dessa får specialiserad barn- och ungdomstandvård. År 2015 var Region Skånes budget för tandvården sammanlagt cirka 650 miljoner, varav huvuddelen gick till den allmänna och den specialiserade barn- och ungdomstandvården.⁶ Budgeten för tandvård utgör cirka 2 procent av den totala

⁵ Exempelvis, om BVC önskar att en enhet ska medverka vid en föräldrautbildning i syfte att verka för god oral hälsa ska enheten erbjuda detta kostnadsfritt.

⁶ I resterande budget för tandvården ingår övrig landstingsfinansierad tandvård, exempelvis tandvård till asylsökande, uppsökande verksamhet samt tandvård till vuxna med särskilda behov av tandvårdsinsatser.

Hälso- och sjukvårdsbudgeten (Figur 1). Sett till kostnad per invånare hade Region Skåne näst lägst kostnader för tandvård i landet år 2013 – i genomsnitt 460 kronor per person (Figur 2) (Region Skåne, 2015e).

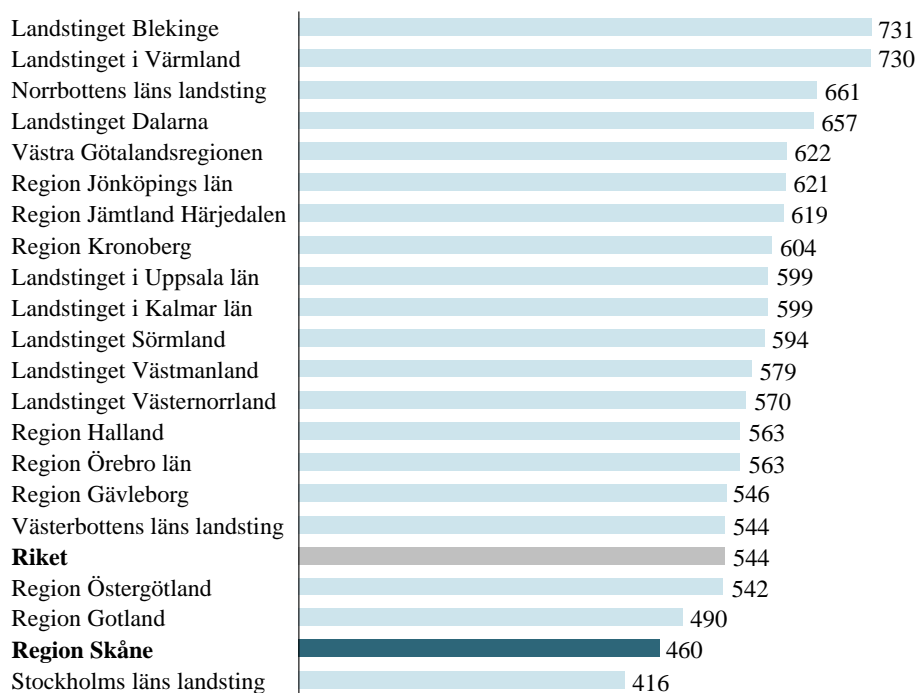
Figur 1 – Region Skånes kostnader totalt samt för tandvården, 2015



Not: Kostnader för tandvård avser budgeterade kostnader. Övrig tandvård avser kostnader för landstingsfinansierad tandvård, exkl. barn- och ungdomstandvården

Källa: Region Skåne (2016a); Region Skåne (2015f)

Figur 2 – Total tandvårdskostnad kostnad per invånare, samtliga landsting i Sverige samt hela riket, 2013





Not: Data avser år 2013 och all landstingsfinansierad tandvård. År 2014 spenderade Region Skåne 502 kr per invånare medan rikssnittet var 557 kr.

Källa: Region Skåne (2015e)

1.3 Införande av vårdval inom barn- och ungdomstandvård

I Region Skåne infördes vårdval enligt LOV för den allmänna barn- och ungdomstandvården i maj 2013 och för den specialiserade barn- och ungdomstandvården i mars 2014. Vårdvalens införande innebar ett flertal organisatoriska förändringar för hur tandvården levereras till barn- och ungdomar i Region Skåne. I Figur 3 sammanfattas dessa förändringar och de redovisas mer ingående i avsnitten nedan. Olika viktiga datum för förändringar inom barn- och ungdomstandvården i Region Skåne sammanfattas i Figur 4.

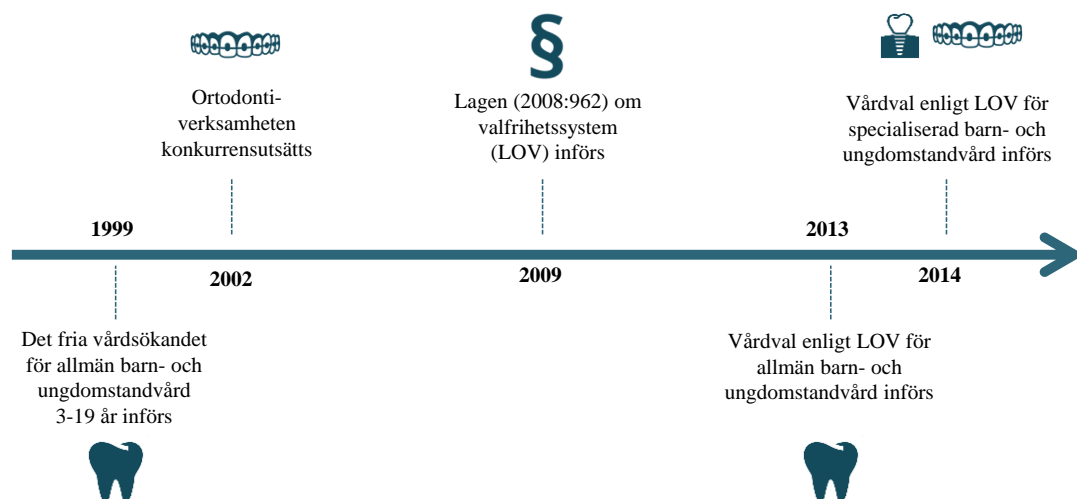
Figur 3 – Översikt av förändringar inom allmän respektive specialiserad barn- och ungdomstandvård, före och efter införande av vårdval enligt LOV

	Före	Efter
 <p>Allmän barn- och ungdomstandvård</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fritt val av tandvårdsenhet sedan 1999 • Kapitering för patienter 3-19 år: 1 125 kr per färdigrapporterad patient, varav basersättning 1 036 kr • Riskpott för patienter med stort vårdbehov – ersättning för kostnad som överstiger 3 000 kr 	<ul style="list-style-type: none"> • Vårdval enligt LOV sedan maj 2013 • Kapitering patienter 0-19 år: 310 kr (0-2 år), 1 281 kr (3-19 år) per listad patient och år • 20 procent av vårdersättningen viktas efter enhetens relativa CNI
 <p>Specialiserad barn- och ungdomstandvård</p>	<ul style="list-style-type: none"> • All specialiserad tandvård utfördes inom Region Skånes regi – med undantag för spec. ortodontin • Folkstandvården hade sistahandsansvaret • Anslagsfinansiering – med undantag för spec. ortodonti (ersättning per åtgärd) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alla ackrediterade leverantörer inom respektive speciallistdisciplin får bedriva specialiserad tandvård • Ackrediterade leverantörer har ett sistahandsansvar inom respektive speciallistdisciplin • Ersättning per åtgärd

Not: Kapitationsersättningen och basersättningen som anges för allmäntandvården före vårdvalet avser privattandläkare som var verksamma i Skåne år 2011. Av kapitationsersättningen år 2011 avgick 20 kr som ersättning till Region Skåne för administration av högkostnadspott (riskpott), 14 kr för bolaget att användas till administration och riktade informationsinsatser och 55 kr för finansiering av högkostnadsskydd och akuttvård.

Källa: Region Skåne (2012b); Region Skåne (2011); Region Skåne (2012c); Region Skåne (2012d); Region Skåne (2015b); Region Skåne (2015c); Intervjuer (2016)

Figur 4 – Viktiga datum inom barn- och ungdomstandvården i Skåne



Källa: Region Skåne (2012e); Region Skåne (2012f); Region Skåne (2012c); Konkurrensverket (2016)

Redan innan vårdvalets införande fanns valfrihet inom den allmänna barn- och ungdomstandvården

Redan innan vårdval enligt LOV infördes i Region Skåne, fanns ett valfrihetssystem för den allmänna barn- och ungdomstandvården som gav möjlighet för patienter och deras vårdnadshavare att fritt välja vilken enhet som de skulle listas hos. I rapporten benämns valfrihetssystemet som ”*det fria vårdsökandet*”. Systemet infördes 1999 (innan LOV (2008:962) trädde i kraft) och baserades på att Region Skåne slöt avtal med enskilda vårdgivare (Region Skåne, 2016b). När vårdvalet infördes angavs att tidigare system behövde omvandlas till ett valfrihetssystem enligt då gällande lagstiftning (LOV). Ytterligare motiv som lyftes fram var att vårdval enligt LOV kunde bidra till en mer jämlik vård och jämlik hantering av vårdgivare, samt att LOV skulle göra det enklare och tydligare för den enskilde medborgaren att välja enhet (Region Skåne, 2012d).

I och med införandet av vårdval enligt LOV genomfördes ett antal förändringar inom den allmänna barn- och ungdomstandvården. En förändring gäller ersättningen till högkostnadspatienter. Tidigare var privata vårdgivare anslutna till ett riskspridningssystem, den så kallad ”riskpotten”. Vårdgivarna betalade då in avsättningar till riskpotten och fick sedan ersättning (från den gemensamma riskpotten) om en patient hade varit särskilt kostnadskrävande⁷. För protetikåtgärder krävdes en förhandsbedömning och för annan tandvård genomfördes granskningar i efterhand (Region Skåne, 2012g). I samband med införandet av vårdvalet enligt LOV togs riskpotten bort bland annat då Region Skåne upplevde att modellen skulle innebära en alltför stor administrativ belastning. Samtidigt infördes en CNI-justerad ersättningsmodell⁸, där 20 procent⁹ av den totala kapiteringen (ersättningen per listad patient 3-19 år) viktas mot enhetens CNI-vikt medan resterande 80 procent fördelas oberoende av CNI-vikt (Region Skåne, 2016b). Utgångspunkten var att enheter med högt CNI tenderar att ha större vårdbehov, vilket skulle speglas i att enheten får en högre CNI-viktad ersättning.

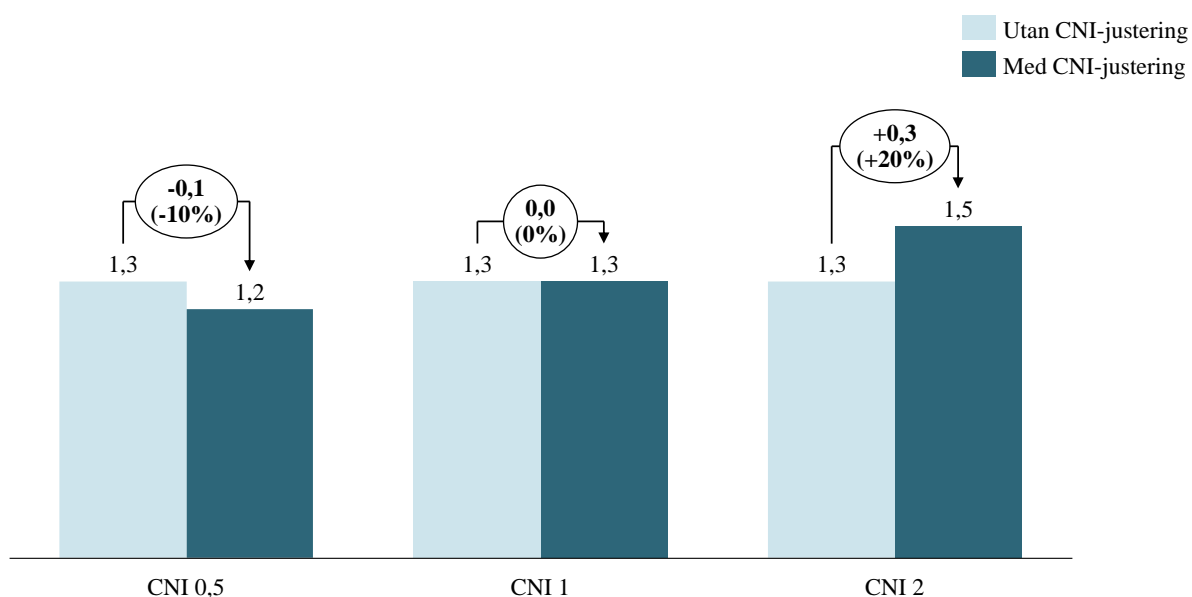
Figur 5 illustrerar vilken ersättning tre olika enheter med 0,5, 1 respektive 2 i CNI får för ersättning med och utan dagens CNI-viktning på 20 procent. Enheten med 1,0 i CNI får knappt 1 300 kr i ersättning oavsett viktning. Enheten med 2,0 i CNI får 20 procent mer (cirka 1 500 kr) medan enheten med 0,5 i CNI får 10 procent mindre i ersättning (cirka 1 200 kr).

⁷ Region Skåne administrerade denna riskpott på uppdrag av Svensk Privattandvård AB. Om en patient under ett år krävde åtgärder som översteg 3 000 kronor lämnades ersättning från riskpotten för den del som översteg 3 000 kronor, enligt vårdgivarens prislista.

⁸ CNI är ett socioekonomisk index som inom vårdvalet för allmän barn- och ungdomstandvård beräknas utifrån sex faktorer: Arbetslöshet, flera barn under 5 år, född utanför EU, ensamstående förälder med barn under 17 år, att ha flyttat det senaste året och låg utbildning. Det finns en sjunde parameter, ensamstående över 65 år, som inte omfattas i beräkningen av CNI-vikt inom vårdvalet för allmän barn- och ungdomstandvård i Region Skåne.

⁹ Ursprungligen 25 procent, men sänktes sedan till 20 procent

Figur 5 – Illustrativt exempel av effekten i ersättning per listad patient 3-19 år vid 20% CNI-justerad ersättning, tusen kronor, 2016



En annan förändring gäller hur många patienter som omfattas av valfriheten. Tidigare, mellan 1999 och 2013, omfattade *det fria vårdsökandet* patienter i åldrarna 3-19 år. För yngre barn gällde ett områdesansvar, som i huvudsak tillföll Folk tandvården Skåne¹⁰ (Region Skåne, 2012d). Områdesansvaret avsåg bland annat tandhälsoinformation och verksamhet vid barnhälsovården samt akut vård åt patienter 0-2 år. Efter införande av vårdval enligt LOV kan även vårdnadshavare till barn mellan 0-2 år välja vilken enhet deras barn ska listas hos.

Även ersättningsnivåerna har ändrats. År 2016 erhåller en ackrediterad tandvårdsenhet 310 kronor för varje listad patient 0-2 år. Kapitationsersättningen för varje listad patient 3-19 år har höjts från 1 142 kronor år 2012 till 1 281 kronor år 2016 (Region Skåne, 2012g). Vad gäller allmän ortodonti är ersättningsprinciperna desamma som innan LOV infördes, med ersättning som ges per åtgärd (Region Skåne, 2016b).

Vårdval inom specialiserad barn- och ungdomstandvård infördes 2014 och öppnade upp för privata aktörer inom ett antal olika specialistediscipliner

Vårdval enligt LOV infördes i mars 2014 för specialistedisciplinerna oral protetik, käkkirurgi, pedodonti, endodonti, parodontologi, bettfysiologi och ortodonti.¹¹ Tidigare bedrevs samtlig specialiststandvård i Region Skånes regi, med undantag för specialiserad ortodonti som redan tidigare varit konkurrensutsatt¹². Som särskilda skäl till att införa vårdval enligt LOV inom den

¹⁰ Områdesansvaret fanns även hos några privata vårdgivare samt hos Malmö högskola, odontologiska fakulteten

¹¹ Alla specialistediscipliner omfattas dock inte av vårdval enligt LOV, exempelvis odontologisk röntgendiagnostik eller den käkkirurgi som inordnas under övrig hälso- och sjukvård. För en beskrivning av respektive specialistedisciplin, se ordlistan på s. 3.

¹² Ortodontiverksamheten konkurrensutsattes redan 2002. Både Folk tandvården Skåne och privata vårdgivare fick så kallad auktorisation att på Region Skånes bekostnad behandla barn och ungdomar inom specialistorodontin. Detta gällde för barn och ungdomar som av urvalsansvarig bedömdes vara i behov av specialistutredning och eventuell vård. Vårdnadshavare och/eller ungdom gjorde sedan sitt val utifrån de vårdgivare som var auktoriserade specialister inom ortodonti (Region Skåne, 2012d). Bettfysiologi bedrivs av Tandvårdshögskolan.

specialiserade barn- och ungdomstandvården angavs att det skulle ge medborgaren en större valfrihet, öka möjligheterna till att minska väntetiderna samt säkerställa att vårdinsatserna hamnar på rätt nivå. (Region Skåne, 2012c).

I och med vårdvalets införande ändrades ersättningsmodellen för den specialiserade barn- och ungdomstandvården. Innan vårdvalet enligt LOV var all specialisttandvård anslagsfinansierad, med undantag för den specialiserade ortodontin som tillämpade åtgärdsbaserad ersättning. Efter införande av vårdval enligt LOV ersätts såväl privata som offentliga ackrediterade enheter enligt en specialisttandvårdstaxa som tagits fram av Region Skåne (Region Skåne, 2016b)¹³.

En annan förändring som skedde i samband med införandet av vårdval enligt LOV gällde sistahandsansvaret. Tidigare hade Folktandvården Skåne sistahandsansvaret för all specialiserad barn- och ungdomstandvård. Idag har alla ackrediterade enheter inom respektive specialistdisciplin ett sistahandsansvar som fördelas enligt närhetsprincipen (Region Skåne, 2016b)¹⁴.

I samband med införandet av vårdval enligt LOV introducerades även det nya IT-systemet *Tandvårdsfönster*. IT-systemet är bland annat tänkt att användas till remisshantering och inrapportering av patientuppgifter inom allmän och specialiserad barn- och ungdomstandvård (Region Skåne, 2015b).

1.4 Översikt över olika ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården

Beroende på hur ersättningsmodeller utformas skapas olika incitament för vårdens aktörer, vilket också påverkar deras förväntade beteende. Ersättningsprincipernas utformning kan därmed få stor betydelse för vårdens organisation, effektivitet och kvalitet (SNS, 2014). Val och utformning av ersättningsmodeller varierar mellan olika områden inom hälso- och sjukvården och förändras och utvecklas över tid. Utgångspunkten vid utformning av ersättningsmodeller syftar ofta till att fastslå i vilken utsträckning ersättning bör kopplas till producerad vård och/eller uppnådda hälsoutfall, eller om den istället bör ges i mer fasta anslag i form av ramanslag eller kapitering per individ.

Ersättningsmodellernas utformning och dess konsekvenser för barn- och ungdomstandvården i Region Skåne är ett centralt tema för denna översyn. Nedan följer därför en översiktlig beskrivning av olika huvudtyper av ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården. Det är vanligt att de beskrivna huvudtyperna används i kombination med varandra eller med andra kompletterande ersättningsupplägg (SNS, 2014).¹⁵

¹³ Specialistvårdstaxan gäller behörig specialisttandläkare. För övrig tandvård och tandvård utförd av icke-specialistbehörig tandläkare gäller ersättning enligt åtgärd i allmän tandvårdstaxa med en lägre prisnivå jämfört med specialisttandvårdsvårdstaxan.

¹⁴Om vårdnadshavare/myndig person inte gör något aktivt vårdval kommer den remitterande vården att hanteras under sistahandsansvaret. Den avtalade enhet med specialistbehörighet inom aktuell disciplin och som är geografiskt närmast belägen räknat från patientens folkbokföringsadress, är den enhet som säkerställer sistahandsansvaret.

¹⁵ För en fördjupad diskussion kring olika ersättningsprinciper inom vårdval hänvisas till följande rapporter: Vårdval i primärvården - Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar (SKL, 2012), Vårdval i specialistvården – utveckling och utmaningar (SKL, 2013a), Ersättning i sjukvården - modeller, effekter och rekommendationer (SNS, 2014), Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturoversikt (Anell, 2015), Ersättningsystem i vårdval (SKL, 2014), Delrapport 1 - Vårdvalens effekter inom den specialiserade ögon- och hudsjukvården i Region Skåne

Kapiteringsersättning med CNI-viktning – ersättningsmodell inom allmän barn- och ungdomsvård i Skåne

I en kapiteringsbaserad ersättningsmodell får vårdgivaren en fast ersättning per listad patient. Utgångspunkten är att ersättningen inte påverkas av den vård som utförs utan utgår från den population som vårdgivaren ansvarar för och dess bedömda behov av vård. Det primära syftet med denna typ av ersättningsmodell är att finansiären kan behålla kostnadskontrollen samtidigt som vårdgivarna förväntas att stimuleras att arbeta med hälsorelaterade och förebyggande insatser. Nackdelen är att det kan leda till minskade incitament för vårdgivarna att producera vård, vilket i förlängningen kan leda till ett sämre resursutnyttjande och utfall för patienterna (Vårdanalys, 2012). Ersättningsmodellen ger också vårdgivaren ekonomiska incitament att förskjuta kostnaderna till andra vårdgivare genom att till exempel skicka fler remisser (Anell, 2015).

Eftersom olika patienter förväntas ha olika stora vårdbehov justeras ofta kapiteringsersättningen utifrån olika mått som syftar till att fånga patientpopulationens förväntade vårdbehov eller risk för ohälsa, exempelvis ålder eller olika mått på socioekonomi (SNS, 2014). CNI¹⁶ är ett mått på socioekonomisk status och används inom allmän barn- och ungdomsvård, BVC och primärvård i Region Skåne för att justera kapitationsersättningen (KEFU, 2015b). Tidigare översyn och analyser av vårdval inom primärvården (KEFU, 2016) och BVC (KEFU, 2015b) tyder på att CNI-ersättningen påverkar enheternas etableringsmönster, men i begränsad utsträckning bidrar till förändrade arbetsätt och mer jämlik hälsa.

Åtgärdsbaserad ersättning – ersättningsmodell inom specialiserad barn- och ungdomsvård i Skåne

Enligt en åtgärdsbaserad ersättningsmodell får vårdgivaren ersättning för enskilda aktiviteter eller åtgärder, så kallad fee-for-service (Anell, 2015). Modellen skapar ekonomiska incitament för en hög vårdproduktion och introducerar ett potentiellt problem med sämre effektivitet då det finns incitament att genomföra insatser som inte är strikt nödvändiga, exempelvis fler diagnostiska tester än vad som är medicinskt befogat. En ersättning som fokuserar på enskilda aktiviteter och åtgärder kan också hindra införande av innovationer som förändrar arbetsätten och förbättrar effektiviteten, till exempel genom att färre genomförda åtgärder leder till lägre ersättning för vårdgivaren (SNS, 2014).

Andra ersättningsmodeller som används inom den svenska hälso- och sjukvården

- **Anslagsfinansiering** innebär att vårdgivaren ersätts med ett fast belopp som ska täcka verksamhetens kostnader för en bestämd tidsperiod. Ersättningen är varken kopplad till de åtgärder eller aktiviteter som utförs (se åtgärdsbaserad ersättning) eller till antalet

(KEFU, 2015a), Vem har vårdvalet gynnat? (Vårdanalys, 2013a) samt Delrapport 2a: Bidrar CNI-ersättning till BVC till ett förändrat vårdutbud som skapar förutsättningar för jämlik hälsa? (KEFU, 2015b).

¹⁶ CNI används för att beskriva den förväntade risken för ohälsa förknippat med socioekonomiska faktorer. Sju faktorer vägs in: arbetslöshet, flera barn under 5 år, född utanför EU, ensamstående med barn under 17 år, ensamstående över 65 år, att ha flyttat senaste året samt låg utbildning. Information om dessa faktorer inhämtas från Statistiska Centralbyrån (SKL, 2012)

patienter som vårdgivaren ansvarar för (se kapiteringsersättning). Modellens styrkor beskrivs vara att den ger vårdgivaren ett incitament att fokusera på helheten och sin egen kostnadskontroll samt att den är enkel att administrera. Däremot saknas direkta incitament till produktivitetsförbättringar (SNS, 2014). Det är också svårt att kombinera anslagsfinansiering med möjligheten att låta patienterna att välja enhet.

- **Ersättning per produktgrupp** – I denna kategori ingår i huvudsak två former av modeller – 1) **ersättning baserad på DRG¹⁷ (diagnosrelaterade grupper)** och 2) **vårdepisodersättning ("bundled payment")**. Till skillnaden från åtgärdsbaserad ersättning är utgångspunkten att ersättningen ska täcka de flesta insatser för en specifik diagnos eller ett specifikt ingrepp. De senaste åren har olika former av vårdepisodersättning testats i Europa och USA (The King's fund, 2012). I exempelvis Stockholms län och Uppsala län har ersättningsmodellen införts för planerade höft- och knäprotesoperationer (SNS, 2014). Syftet med vårdepisodersättning är att främja integration i vårdkedjan genom att konstruera vårdepisoder så att de inkluderar flera olika insatser och/eller vårdgivare. Ersättningen kan innehålla resultatbaserade komponenter, exempelvis genom att ersättningen kopplas till olika hälsoutfall. En del vårdepisodersättningar gör också vårdgivaren finansiellt ansvarig för eventuella komplikationer genom en komplikationsgaranti (SNS, 2014). Erfarenheter från Nederländerna och USA tyder dock på svårigheter att definiera och utforma vårdepisoder. Införande av vårdepisoder kan också innebära höga administrations- och uppstartskostnader för vården (The King's fund, 2012).
- **Resultatbaserad/målrelaterad ersättning** kombineras ofta med andra modeller (till exempel kapiteringsersättning eller åtgärdsbaserad ersättning) och har varit en växande trend inom hälso- och sjukvård (Charlesworth, Davies, & Dixon, 2012). Olika varianter och modeller av resultatbaserad ersättning finns för flertalet vårdval både inom primärvården och den specialiserade vården. Dess utgångspunkt är att ge vårdgivaren bonus eller viten som kan kopplas till hälso-, kvalitet- eller processmått som beställaren särskilt vill fokusera på. Utvärderingar av resultatbaserad ersättning visar på blandade resultat (Eijkenaar, Emmert, Scheppach, & Schöffski, 2013).

1.5 Översynens disposition

Översynen har följande disposition: *Kapitel 2* beskriver översynens syfte, metod och avgränsningar. *Kapitel 3 och 4* beskriver analysresultaten för den allmänna respektive den specialiserade barn- och ungdomstandvården. Dessa kapitel ska kunna läsas fristående för läsare som i huvudsak är intresserad av endera av områdena. *Kapitel 5* omfattar sammanfattande reflektioner kring översynens analysresultat. Kapitlet ger även förslag på utvecklingsområden som är gemensamma för den allmänna och den specialiserade barn- och ungdomstandvården. Därefter följer utvecklingsområden som avser ersättningsmodellerna inom respektive vårdval.

¹⁷ DRG är primärt ett beskrivningssystem där vårdtillfällen grupperas efter hur mycket resurser de tar i anspråk.

Kapitel 2

Översynens syfte och metod

2.1 Syfte och frågeställningar

Region Skåne har efterfrågat att en översyn genomförs av vårdvalet inom den allmänna respektive specialiserade barn- och ungdomstandvården¹⁸.

Denna översyn syftar till att identifiera och beskriva de kortsiktiga effekter som kan observeras efter införandet av vårdval inom barn- och ungdomstandvården i Region Skåne. Utifrån analysresultaten redovisas även möjliga utvecklingsområden.

Översynens övergripande frågeställning är: *Vilka konsekvenser har införandet av vårdval inom den allmänna respektive specialiserade barn- och ungdomstandvården lett till?*

För att besvara den övergripande frågeställningen inom respektive vårdval har två övergripande områden analyserats *Tillgänglighet, vårdproduktion* och *oral hälsa* samt *Ersättningsmodellernas utformning*.

Frågeställningar

Tillgänglighet, vårdproduktion och oral hälsa

- Har respektive vårdval överlag möjliggjort tandvård i den omfattning som behov funnits för barn och ungdomar i Region Skåne, inklusive utifrån ett socioekonomiskt perspektiv?
- Har vårdvalen inneburit en glidning på utförd tandvård, det vill säga från allmän till specialiserad barn- och ungdomstandvård?
- Hur har respektive vårdval påverkat vårdens kvalitet och kvantitet?
- Har tillgängligheten till tandvård ökat som en följd av vårdvalens införande, och hur ser den förväntade utvecklingen ut?

Ersättningsmodellernas utformning

- Återspeglar nuvarande ersättningsnivåer kostnadsbilden för tandvården till barn och ungdomar (mellan 0-19 år), såväl generellt som med fokus på barn och ungdomar med särskilda sociala behov?
- Har tillämpningen av CNI inom den allmänna barn- och ungdomstandvården motsvarat kravet som socioekonomiskt viktningsindex i ett tandvårdsperspektiv?
- Är respektive ersättningsmodell optimal eller finns behov av förändring?
- Är målrelaterade ersättningar användbart inom vårdvalen i den allmänna respektive specialiserade barn- och ungdomstandvården?

¹⁸ Uppdragsbeskrivning Översyn gällande vårdval av allmän och specialiserad barn- och ungdomstandvård

2.2 Metod

En kombination av kvantitativ och kvalitativ metod har tillämpats för att besvara analysens frågeställningar.

De kvantitativa analyserna baseras i huvudsak på data som enheterna rapporterat in till IT-systemet Tandvårdsfönster under perioden *efter* vårdvalet – maj 2013 - december 2015 för allmän tandvård och mars 2014 - februari 2016 för specialiserad tandvård. Dataunderlaget omfattar tandvård-, ersättnings-, listnings- och remissdata för patienter 0-19 år och omfattar samtliga offentliga och privata enheter som har avtal med Region Skåne inom allmän- eller specialiserad barn- och ungdomstandvård. Data inrapporterad till Tandvårdsfönster utgör grunden för fakturering och kvalitetsuppföljning inom tandvård i Region Skåne och bedöms hålla en god kvalitet överlag. Dataunderlag har dock vissa kvalitetsbrister, framför allt kopplat till variationer i hur remisser registreras. I tillägg saknas tillgång till data som möjliggör analyser av väntetider och kvaliteten i vårdproduktionen. Även statistik över yrkesverksam vårdpersonal inom barn- och ungdomstandvården har varit begränsad och tillgänglighetsanalyser har istället fokuserat på antalet valbara enheter snarare än tillgången till vårdpersonal. Data från Tandvårdsfönster har levererats av AddPro AB, ett IT-företag som har ramavtal med Region Skåne för databasadministration och andra IT-tjänster.

Motsvarande tillgång till data från perioden *innan* vårdvalet har inte varit tillgänglig. Datauttag från denna period är begränsad till vårdproduktion på aggregerad nivå samt vilka enheter som varit valbara. Det är en viktig begränsning i översynen och dess resultat. Mot denna bakgrund har översynen i huvudsak fokuserat på att beskriva och analysera utvecklingen *efter* införande av vårdval.

Utöver kvantitativa analyser har totalt 24 semistrukturerade intervjuer med representanter för tandvården i Region Skåne genomförts. Intervjuerna genomfördes under perioden maj till juni 2016 och syftade till att ge en fördjupad bild av hur vårdvalet uppfattas av olika representanter och utifrån olika perspektiv. Förslag på intervjupersoner togs fram med stöd av Region Skåne. En blandning av respondenter från de olika driftsformerna har eftersträvat samt enheter med hög respektive låg CNI-vikt. När det kommer till den privata vården har representanter för både större kedjor och fristående verksamheter intervjuats. I huvudsak intervjuades verksamhetschefer för enheterna. Intervjuerna fokuserade på att förstå respondenternas perspektiv på vårdvalets effekter och ersättningsmodellens utformning. Även olika förbättringsförslag diskuterades.

I syfte att jämföra erfarenheterna i Region Skåne med andra landsting intervjuades även representanter från övriga landsting/regioner som också infört vårdval enligt LOV inom den allmänna och/eller den specialiserade barn- och ungdomstandvården.

Vissa avgränsningar har varit nödvändiga för denna analys. Exempelvis har medicinsk kvalitet utifrån journalgranskningar inte analyserats.

2.3 Översynens begränsningar

Det är nödvändigt att tydliggöra de begränsningar som kan förknippas med att endast analysera effekterna av vårdvalet kort tid efter införande. Tidigare genomförda översyner och utvärderingar av vårdval inom andra områden talar för att vårdvalets effekter behöver följas och studeras över en längre tidsperiod för att en tydlig bild ska kunna ges (Health Navigator, 2015). Samtidigt är det möjligt att observera ett flertal förändringar inom barn- och ungdomsvården i Region Skåne redan nu. Då införandet av vårdval inte möjliggjort någon kontrollerad studie är det dock svårt att fastställa huruvida förändringar som observerats helt eller delvis kan förklaras av andra parallella förändringar, exempelvis bolagiseringen av Folktandvården Skåne som genomfördes januari 2014.

Kapitel 3

Analysresultat för den allmänna barn- och ungdomstandvården

3.1 Introduktion till analysresultaten

I Region Skåne har det sedan 1999 funnits ett system för fritt val av enhet för barn och unga 3-19 år, och i maj 2013 infördes vårdval enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). I samband med detta genomfördes också en rad andra förändringar med betydelse för Skånes allmänna barn- och ungdomstandvård. Folk tandvården Skåne bolagiserades, riskpotten¹⁹ togs bort och kapiteringsersättningen började viktas utifrån socioekonomi (CNI).

Detta kapitel beskriver förändringar i den allmänna barn- och ungdomstandvården efter att vårdval enligt LOV infördes och presenterar uppkomna förslag på ändringar av dagens ersättningsmodell. Analysresultaten baseras på såväl intervjuer med representanter för tandvården i Region Skåne som kvantitativa analyser.

Kapitlet har följande disposition: Avsnitt 3.2. beskriver införandet av vårdval ur ett övergripande patient- och vårdgivarperspektiv. Avsnitt 3.3. är indelad i tre delar som handlar om vårdvaletets effekter på *tillgänglighet*, *vårdproduktion* samt *oral hälsa*. Första delen behandlar *tillgänglighet* i termer av geografisk tillgänglighet och tidsmässig tillgänglighet. Andra aspekter av tillgänglighet, exempelvis den patientupplevda tillgängligheten, omfattas inte av denna översyn. Andra och tredje delen av avsnitt 3.3 diskuterar förändringar i *vårdproduktion* respektive *oral hälsa* efter införande av vårdval. I avsnitt 3.4 förs en diskussion kring dagens ersättningsmodell med särskilt fokus på CNI-justerad ersättning. Kapitlet avslutas med en utblick till andra landsting och deras ersättningsmodeller i avsnitt 3.5.

3.2 Vårdvalet ses framför allt som en administrativ förändring

Intervjuade vårdgivare tror överlag inte att patienterna och deras vårdnadshavare har märkt någon skillnad, varken positiv eller negativ, i vårdens kvalitet och utförande i samband med införandet av vårdval. Vissa intervjuade representanter pekar dock på att informationsmaterial från Region Skåne har tydliggjort för patienterna att det finns olika valmöjligheter. Detta bedöms ha blivit extra tydligt för vårdnadshavare till nyfödda och nyinflyttade.

”Jag tror inte att barn och ungdomar eller deras vårdnadshavare har märkt någon skillnad före/efter vårdvalet”

Representant för vårdgivare

¹⁹ Ett högkostnadsskydd för privata vårdgivare som gav ersättning för särskilt kostnadskrävande patienter

Vårdgivarna beskriver generellt att införandet av vårdvalet framför allt har bidragit till en ökad administrativ belastning jämfört med tidigare. I samband med införandet av vårdval enligt LOV introducerades det nya IT-systemet Tandvårdsfönster²⁰ samt nya krav på remisshantering och inrapportering av patientuppgifter. Dessa förändringar beskrivs ha lett till att vårdpersonalen behöver lägga mer tid på administrativa uppgifter. Representanter för Folktandvården Skåne lyfter särskilt fram att Tandvårdsfönster inte var kompatibelt med Folktandvården Skånes existerande journalsystem. I dagsläget har Folktandvården Skåne möjliggjort integration mellan sitt befintliga journalsystem och Tandvårdsfönster och förhoppningen är att administrationstiden framöver kommer att minska.

Representanter för såväl privata som offentliga vårdgivare anser att Region Skåne kan bli bättre på att ta hänsyn till vårdgivarnas perspektiv när de genomför förändringar, särskilt sådana som har stor påverkan på vårdgivarna. Förändringar i IT-system och vårdprogram²¹ lyfts fram som särskilt utmanande för verksamheterna. Samtidigt uppskattar de flesta dagens diskussionsforum där vårdgivarna bjuds in för att träffa representanter för Region Skåne. Många upplever dock att de sällan ser resultat av de förslag som framförs under diskussionerna.

I intervjuer betonas också flera positiva aspekter av de förstärkta kraven på administration. Bland annat anses ansvarsfördelningen mellan vårdgivare blivit tydligare i samband med införandet av vårdval. Det upplevs vara lättare för vårdgivaren att veta vilka patienter man har ansvar för jämfört med tidigare. Representanter från Region Skåne tillägger också att den juridiska situationen blivit tydligare i och med införande av vårdval. Det är idag till exempel lättare att få en överblick över vilka vårdgivare som Region Skåne har avtal med. Region Skåne har idag också bättre förutsättningar att, vid behov, följa upp om vårdgivare uppfyller avtal och säga upp dem om de inte upprätthåller den standard som Region Skåne kravställer.

Vårdvalet inom allmän barn- och ungdomstandvård har skapat en tydlighet om vart barnet går”

Representant för vårdgivare

²⁰ Tandvårdsfönster är det IT-system som används för remisshantering och inrapportering av patientuppgifter i Skåne

²¹ Ett vårdprogram är en nationell eller regional skriftlig riktlinje över vilken vård en vårdgivare förväntas ge sina patienter, det omfattar utredning, diagnosticering, behandling, remittering, förebyggande åtgärder etc.

3.3 Sedan vårdvalets införande noteras begränsade effekter på tillgänglighet, vårdproduktion och oral hälsa

Tillgänglighet: Vårdvalet bedöms ha haft begränsad effekt på tillgänglighet och vilken enhet som väljs

Väntetider upplevs inte vara en utmaning inom barn- och ungdomstandvården i Skåne

Intervjuade representanter bedömer inte att tillgänglighet i termer av väntetider till den allmänna barn- och ungdomstandvården är en stor utmaning i Skåne. Väntetiden för att få träffa vårdpersonal inom den allmänna barn- och ungdomstandvården bedöms inte heller ha påverkats av vårdvalet enligt LOV. Denna bild har inte kunnat bekräftas med kvantitativ analys eftersom väntetidsdata inte finns att tillgå. I det avseendet skiljer sig den allmänna barn- och ungdomstandvården i Region Skåne från övriga hälso- och sjukvård, som idag ofta har tillgänglig väntetidsdata (jämför till exempel *Väntetider i vården* - www.vantetider.se). Inom andra vårdvalsområden har väntetider identifierats som en väsentlig faktor som påverkar medborgares val av vårdgivare (Vårdanalys, 2013b).

Vårdvalet bedöms inte ha påverkat den geografiska tillgängligheten i någon större omfattning

Intervjuade personer uppfattar inte att den geografiska tillgängligheten – i termer av nyetablering av antalet enheter – påverkats i någon större omfattning av vårdvalets införande. Detta bekräftas till del av en jämförelse baserad på enheternas fysiska besöksadresser före och efter vårdvalets införande.²² Vidare förväntar sig intervjuade personer inte att den geografiska tillgängligheten kommer att förändras nämnvärt under de kommande åren. Vissa intervjuade personer menar att fler vårdgivare, på grund av upplevd otillräcklig kostnadstäckning, kan komma att avsluta sina uppdrag inom den allmänna barn- och ungdomstandvården (för ett längre resonemang kring ersättningsnivåer se avsnitt 3.4).

Vidare bedömer intervjuade personer att en viss konsolidering av antalet aktörer förväntas ske. Större privata kedjor förväntas köpa upp mindre enheter, till exempel vid generationsskiften.

Fördelningen av befintliga unika besöksadresser över Skåne speglar till stora delar befolkningsdemografen i länet. Cirka hälften (53 procent) av de unika besöksadresserna är i de större tätorterna Malmö, Helsingborg, Kristianstad och Lund. Varje kommun har i genomsnitt 1,1 unik besöksadress per 1 000 invånare i åldrarna 0-19 år²³. Lomma, Staffanstorps och Kävlinge har minst antal unika besöksadresser per 1 000 invånare 0-19 år (cirka 0,5 unika besöksadresser / 1 000 invånare) medan Simrishamn, Båstad och Osby har flest (cirka 2 unika besöksadresser / 1 000 invånare) (se Tabell 1).

²² En jämförande uppskattning indikerar på att antalet unika besöksadresser ökat med 7-14 procent mellan 2013 och 2015.

²³ Ett eventuellt mer rättvisande mått som lyfts fram för att beskriva tillgängligheten är antal tandläkare/tandhygienister per 1 000 invånare. Detta mått är dessvärre inte möjligt att beräkna utifrån befintliga data inom Region Skåne.

Tabell 1 – Antal unika besöksadresser per 1 000 invånare 0-19 år, per kommun och totalt i Skåne, dec 2015

Kommun	Antal unika besöksadresser per 1 000 individer 0-19 år	Kommun	Antal unika besöksadresser per 1 000 individer 0-19 år
Totalt i Skåne	1,1		
Simrishamn	2,4	Höör	1,0
Båstad	2,2	Eslöv	1,0
Osby	1,7	Landskrona	1,0
Tomelilla	1,7	Trelleborg	0,9
Hässleholm	1,6	Vellinge	0,9
Svalöv	1,5	Bjuv	0,8
Örkelljunga	1,4	Ängelholm	0,8
Höganäs	1,3	Sjöbo	0,8
Lund	1,3	Bromölla	0,7
Klippan	1,3	Burlöv	0,7
Östra Göinge	1,2	Skurup	0,6
Ystad	1,2	Svedala	0,5
Hörby	1,2	Kungsör	0,5
Perstorp	1,2	Åstorp	0,5
Kristianstad	1,2	Kävlinge	0,5
Malmö	1,2	Staffanstorps	0,5
Helsingborg	1,1	Lomma	0,5

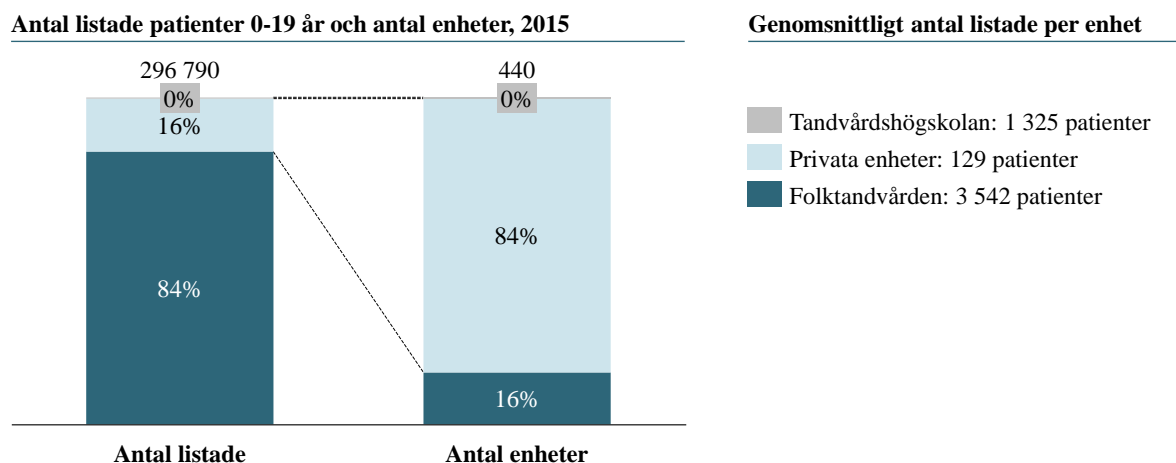
Källa: Region Skåne (2016c)

Det finns många privata enheter att välja mellan, men patienterna är företrädesvis listade hos Folktandvården Skåne

Det finns idag cirka 440 ackrediterade enheter inom barn- och ungdomstandvård med minst en listad patient 0-19 år, varav dryga 80 procent bedrivs i privat regi (se Figur 6). Sett till var barn och ungdomar är listade är mönstret att 80 procent av de 300 000 individerna är listade hos Folktandvården Skånes enheter²⁴. Det leder i sin tur till att det är en relativt stor skillnad i det genomsnittliga antalet listade per enhet mellan privata enheter och enheter inom Folktandvården Skåne. Privata enheter har i snitt 129 listade barn- och ungdomar per enhet. Motsvarande siffra för enheter inom Folktandvården Skåne är 3 542 listade barn- och ungdomar per enhet. Mellan 2013 och 2016 har andelen listade patienter av det totala antalet patienter varit i stort sett oförändrat för alla driftsformer (se Figur 7).

²⁴ Detta mönster är på nationell nivå omvänt inom vuxentandvården. Då bedöms privata enheter stå för 70-80% av marknaden (Privattandläkarna, 2016a)

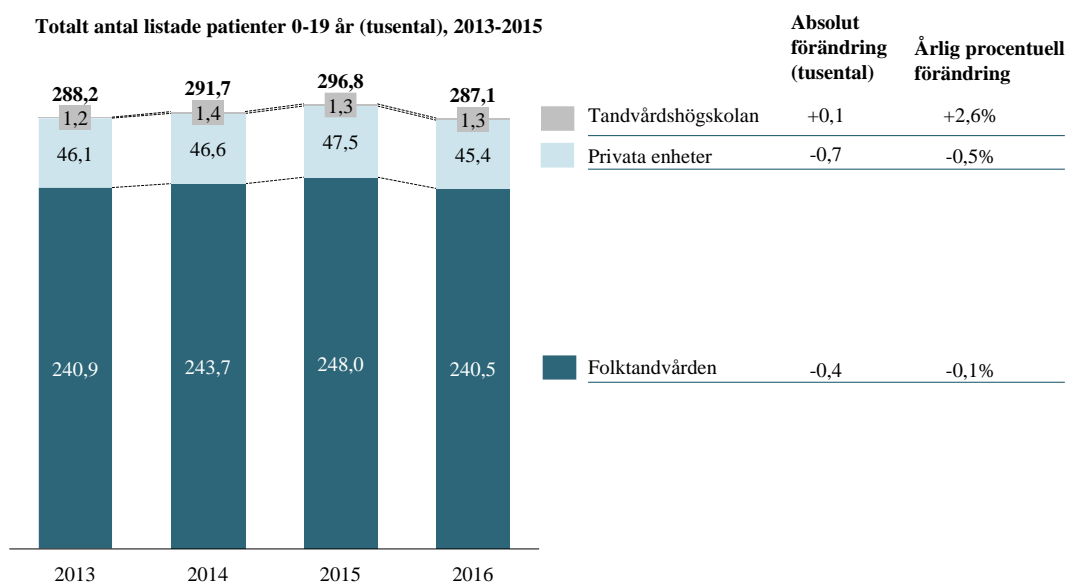
Figur 6 – Antal listade patienter 0-19 år per enhet, Tandvårdshögskolan, Folk tandvården och privata enheter, 2015



Not: Avser antal listade patienter 0-19 år den 15 december 2015 vid enheter med minst en listad patient 0-19 år.
 Källa: Region Skåne (2016c)

I intervjuerna framkommer att variationerna i storlek bland enheterna också bidrar till viktiga skillnader i hur olika enheter organiserar och anpassar sin verksamhet. Större enheter beskrivs kunna effektivisera sina processer genom att i större utsträckning låta tandläkaren fokusera på undersökningar och åtgärder som ingår i tandläkarnas legitimationsansvar. Övriga uppgifter överläts åt tandhygienist, tandsköterska eller administrativ personal. Små enheter beskrivs ha svårare att nå kostnadstäckning när slumpartade variationer i patientunderlaget leder till att vissa patienter kan ha behov av kostnadskrävande insatser.

Figur 7 – Totalt antal listade patienter 0-19 år (tusental) inom Folk tandvården, Tandvårdshögskolan och bland privata enheter, inom den allmänna barn- och ungdomstandvården 2013 till 2016



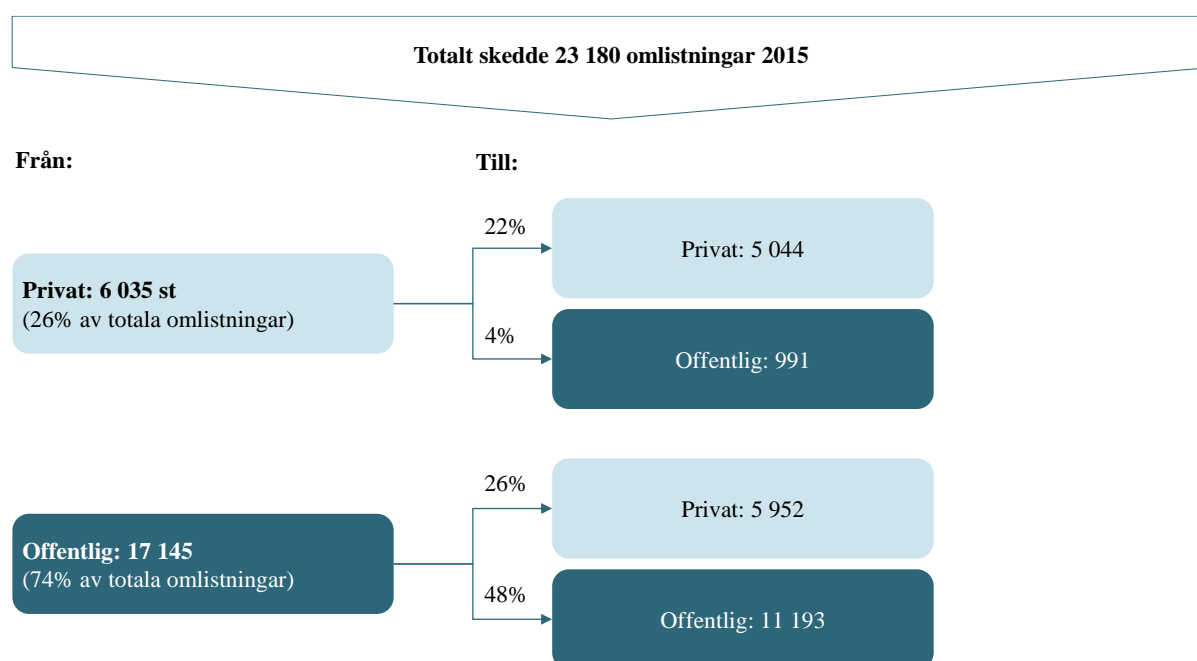
Not: För år 2013-2015 anges antal listade patienter 0-19 år per den 15 december respektive år. För år 2016 anges antal listade per den 15 mars.
 Källa: Region Skåne (2016c)

Cirka 8 procent av patienterna listade om sig under 2015

Cirka 8 procent av alla patienter 0-19 år listades om (själva eller av vårdnadshavare) under 2015. Totalt skedde 23 180 omlistningar under året.²⁵ De flesta av omlistningarna (cirka 70 procent) skedde mellan enheter av samma ägandeform²⁶. Cirka hälften av alla omlistningar (45 procent) skedde mellan enheter inom samma kommun. 15 procent av omlistningarna gäller barn i skolåldern (6-7 år).

Cirka tre fjärdedelar av samtliga omlistningar (17 145 omlistningar) skedde från offentliga enheter, varav cirka 65 procent (11 193 omlistningar) var till en annan offentlig enhet. 26 procent av alla omlistningar (6 035 omlistningar) skedde från en privat enhet, varav 83 procent (5 044 omlistningar) var till en annan privat enhet (se Figur 8).

Figur 8 – Antalet omlistningar bland patienter 0-19 år hos privata och offentliga enheter, 2015



Not: Totalt 22 602 patienter 0-19 år listade om sig per år, cirka 8 procent av alla patienter 0-19 år listade i Skåne. Bland offentliga enheter ingår Folk tandvården och Tandvårdshögskolan.

Källa: Region Skåne (2016c)

I dagsläget finns ingen begränsning för hur ofta en patient kan omlistas. Flera intervjuade personer anser att omlistningar försvårar upprätthållande av god kontinuitet för patienten. Representanter för vårdgivarna menar att alltför många omlistningar ökar risken för att viktig information om patienten går förlorad när patienten byter enhet.

I tillägg lyfter vårdgivarrepresentanter fram att omlistningar kan leda till en orättvis fördelning av resurser mellan enheter. Om en patient omlistas direkt efter en kostnadskrävande behandling får den enheten bära hela kostnaden men bara del av den årliga intäkten. Detta problem anses särskilt drabba enheter i områden med lägre socioekonomi där omsättningen av boenden

²⁵ Antal omlistningar definieras som tillfällen då patienten blir listad på en ny enhet och inkluderar inte tillfällen då patienter listas om från passiv till aktiv på samma enhet de redan är listade hos.

²⁶ Med ägandeform menas privata utförare eller offentliga utförare (enheter inom Folk tandvården samt Tandvårdshögskolan)

tenderar att vara högre. Vissa intervjuade efterfrågar begränsningar av omlistningsmöjligheterna, exempelvis ett maxtak för hur ofta patienten får lista om sig under ett kalenderår. Samtidigt kritiserar ett sådant förhållningssätt då det bedöms motverka syftet med att ge patienterna och deras vårdnadshavare möjligheter att välja. Begränsningar av omlistningsmöjligheter kan dock vara svåra att genomföra för patienter som vill omlistas på grund av flytt. Det är därmed osäkert i vilken utsträckning eventuella begränsningar kommer kunna påverka situationen för enheter i områden med hög omsättning av boenden.

”Idag är det väldigt enkelt för patienten att byta enhet och då finns en risk att viktig information om patienten faller mellan stolarna”

Representant för vårdgivare

”Patienter i våra områden flyttar in med stora vårdbehov och flyttar ut så fort de fått det bättre”

Representant för vårdgivare med högt CNI

Oro hos Tandvårdshögskolan för att minskande patientunderlag kan leda till sämre tillgång till adekvat vårdkompetens

Representanter för Tandvårdshögskolan uttrycker en oro över att förändringar som infördes i och med vårdvalet kommer leda till en minskning av Tandvårdshögskolans patientunderlag på längre sikt.²⁷ Innan vårdvalets införande hade Tandvårdshögskolan möjlighet att kontakta ännu ej listade patienter och erbjuda tandvård. I och med införande av vårdval togs denna möjlighet bort. Intervjuade personer framhåller att det finns en betydande risk för försämrad kvalitet på Tandläkarutbildningen om studenterna inte får träffa tillräckligt många patienter i den kliniska delen av sin utbildning. Det kan på sikt ge sämre tillgång på adekvat vårdkompetens.

Vårdproduktion: Vårdproduktionen bedöms fortsatt möta patienternas behov – tidiga indikationer på förskjutning av vård till den specialiserade tandvården

Följsamheten till revisionsintervallen är på en hög nivå men förbättringspotential finns

I vårdprogrammet föreskrivs att revisionsintervallet (tiden mellan två undersökningar) ska anpassas så att patienten inte löper risk för en ogynnsam utveckling av sin orala hälsa. Revisionsintervallen ska vara individanpassade och bestämmas med utgångspunkt från en aktuell riskbedömning. Samtidigt ställs ett antal krav för hur ofta och när en patient ska genomgå en undersökning (det så kallade revisionsintervallet).

²⁷ Kvantitativa analyser visar att antalet patienter listade på Tandvårdshögskolan legat relativt konstant sedan införande av vårdval.

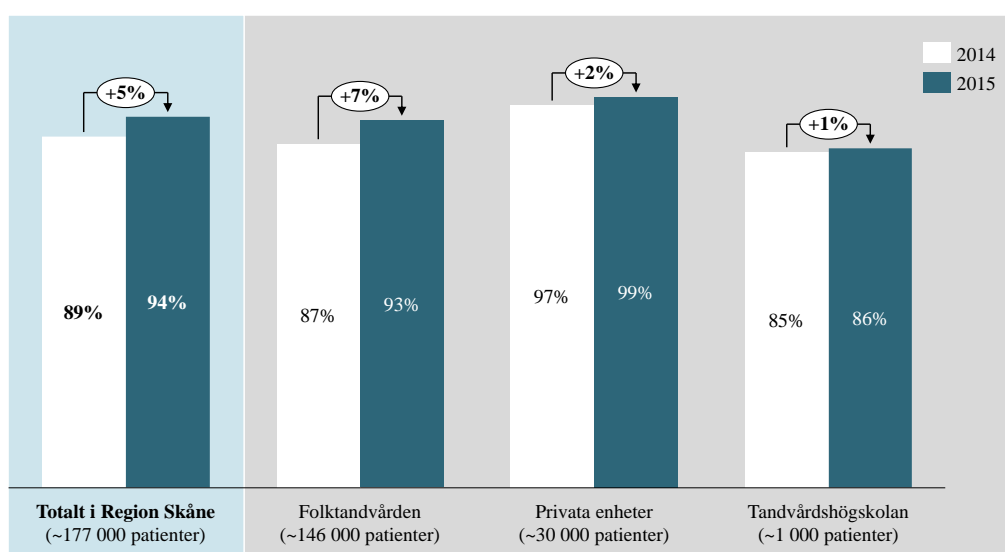
Följande krav gäller för revisionsintervall för barn och ungdomar

- Under det år som patienten fyller 3, 6, 12 och 19 år ska patienten undersökas och EPI-data redovisas. Dessa åldrar utgör obligatoriska EPI-åldrar.
- Barnet ska under sina första år i barn- och ungdomstandvården undersökas av en patientansvarig tandläkare. Tidpunkten kan variera beroende på barnets utveckling men ska ske under det år barnet fyller 3 år eller senast den 30 juni det år barnet fyller 4 år.
- För patienter med låg risk och som inte bedöms behöva ortodontisk bettövervakning kan revisionsintervallet förlängas till högst 24 månader.
- Revisionsundersökning utförs av tandläkare och tiden mellan två revisionsundersökningar får inte överstiga 3 år.
- Det år patienten fyller 18 år eller senast den 30 juni det året som patienten fyller 19 år ska en tandläkare undersöka patienten.

Källa: Vårdprogram för barn- och ungdomstandvård i Region Skåne, 2015

Under 2015 blev ungefär 9 av 10 patienter undersökta enligt revisionsintervallets krav (se Figur 9). Jämfört med utfallet 2014 var det en ökning om fem procentenheter. Andelen patienter som undersökts enligt revisionsintervallets krav är högst hos privata enheter (99 procent). Intervjuade representanter för Region Skåne beskriver att ambitionen är att samtliga patienter 0-19 år ska erbjudas och genomgå de undersökningar som vårdprogrammet föreskriver. Den faktiska andelen som får vård enligt revisionsintervallets krav kan dock vara högre. Patienter kan välja att gå till vårdgivare som inte är ackrediterade, vilket därmed inte fångas i statistiken.

Figur 9 – Andelen patienter som fick minst den vård som föreskrivs av revisionsintervallet, bland Folk tandvården, privata enheter och Tandvårdshögskolan, 2015 jämfört med 2014

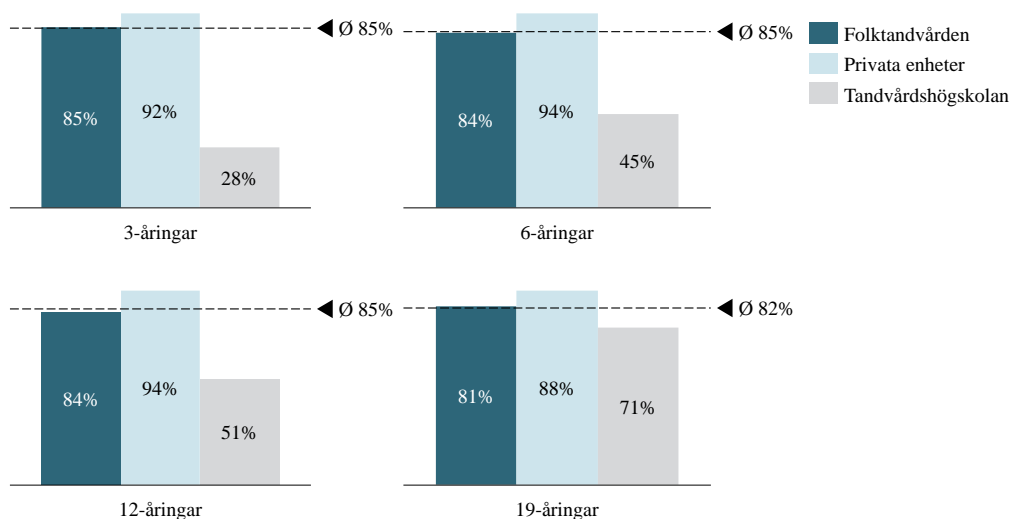


Not: Endast patienter 0-19 år ej omlistade under aktuellt år är inkluderade i analysen. Genomsnittet av totala antalet patienter som borde ha fått vård enligt vårdprogrammet 2014-2015 anges i parantes.

Källa: Region Skåne (2016c)

Ungefär 8 av 10 patienter genomgick under 2015 en EPI-undersökning²⁸ under de obligatoriska EPI-åldrarna 3, 6, 12 och 19 år, i enlighet med vårdprogrammets föreskrifter. Andelen är högst hos privata enheter och lägst för patienter listade hos Tandvårdshögskolan (se Figur 10).

Figur 10 – Andelen patienter som genomgår EPI-undersökning i åldrarna 3, 6, 12 och 19 år, för Folktandvården, privata enheter och Tandvårdshögskolan, 2015



Not: Endast enheter med patienter 0-19 år som borde ha fått en EPI-undersökning för respektive EPI-ålder har inkluderats i analysen. Genomsnittet för hela Region Skåne är markerat med streckad linje.

Källa: Region Skåne (2016c)

Flera orsaker kan ligga bakom de observerade skillnaderna. Patienterna kan exempelvis vara olika benägna att komma på besök när de kallas, vilket gör det svårare för vissa vårdgivare att säkerställa att deras patienter får den vård som vårdprogrammet föreskriver. Detta anses vara en särskild stor utmaning för Folktandvården Skåne som har sista handsansvar för patienter som inte aktivt listat sig hos en enhet. Därutöver kan vårdgivarna följa upp uteblivna besök och återbesök i olika stor utsträckning. I intervjuerna beskrivs uteblivna besök som en stor utmaning särskilt för enheter med högt CNI. Om patienten uteblir från ett besök kan inte enheten ge de insatser som patienten är i behov av. Till skillnad från till exempelvis i Västra Götaland, uppstår ingen kostnad för patienten eller dennes vårdnadshavare vid uteblivna besök inom barn- och ungdomstandvård i Skåne (Västra Götalandsregionen, 2015). Detta anses bidra till svårigheten att säkerställa att patienten kommer till enheten.

Insatser utöver vårdprogrammets krav registreras i dagsläget inte i Tandvårdsfönster. Det är därför inte möjligt att följa upp i vilken utsträckning barn och ungdomar med exempelvis ökad sjukdomsrisk får den förebyggande vård de är i behov av, trots att detta också är en del av vårdprogrammet.

Flera intervjuade vårdgivare anser att beställaren behöver utöka mängden efterhandskontroller och förbättra uppföljningen för att säkerställa en tandvård av god kvalitet. Intervjuade representanter för Region Skåne lyfter fram att det finns förbättringspotential hos vårdgivarna vad gäller följsamhet till vårdprogram. De ser ett behov av att i ökad utsträckning följa upp och

²⁸ En undersökning där epidemiologisk data med relevans för barn- och ungdomstandvården registreras

föra en dialog med enheter där kvantitativa analyser tyder på en låg följsamhet till vårdprogrammet.

När det kommer till vårdprogrammets utformning upplever flera intervjupersoner att vårdprogrammets krav är oflexibla. Detta sägs bidra till ett ineffektivt resursutnyttjande och sämre vårdkvalitet. Exempelvis framförs att vårdprogrammet ställer krav på att patienten träffar en tandläkare, trots att vissa patienter med mindre vårdbehov och lägre sjukdomsrisk skulle kunna träffa andra yrkesprofessioner. Det framförs också att vårdprogrammet inte i tillräcklig stor utsträckning tar hänsyn till patienternas olika tandutveckling och att tidpunkten för en lämplig EPI-undersökning kan skilja sig åt mellan patienter. Intervjuade personer efterfrågar att vårdgivaren ges större möjlighet att välja tidpunkt för EPI-undersökning samt vilken yrkesprofession som ska träffa patienten.

Det finns en tilltro till verksamheternas yrkesetik – samtidigt kan tidiga indikationer på förskjutning av vård till specialisttandvården ses

Av intervjuer framkommer att det, både bland vårdgivare och representanter för Region Skåne, finns en tilltro till att vårdpersonal följer sin yrkesetik. Detta antas leda till att patientens behov prioriteras framför exempelvis ekonomiska intressen. Det bedöms även gälla enheter som i dag eventuellt inte har kostnadstäckning för sin barn- och ungdomsverksamhet. Intervjuade personer bedömer inte att införande av vårdvalet i sig självt har lett till att en under-/överproduktion har uppstått. Vårdvalets införande sägs ha haft begränsad effekt på enheternas organisation, arbetssätt och den tandvård som utförs.

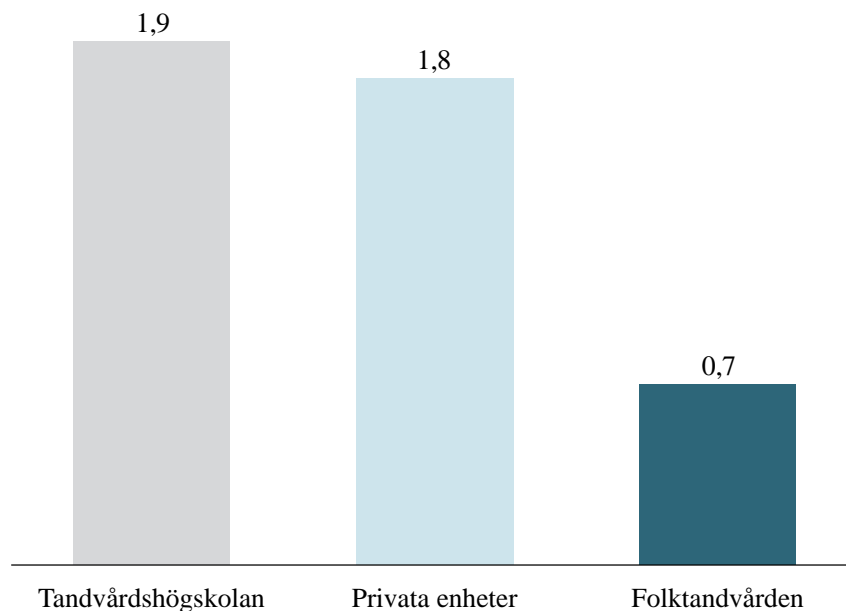
Samtidigt ser flera intervjuade personer att det finns en risk att vårdgivarna över tid börjar undvika att utföra de mest kostsamma åtgärderna. Detta bedöms ha blivit en större risk efter vårdvalets införande inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården. I och med byte av ersättningsmodell från anslagsfinansiering till åtgärdsbaserad ersättning, anser vissa intervjuade att det blivit mer tillgängligt att remittera till den specialiserade barn- och ungdomstandvården.

I intervjuer med representanter för den specialiserade barn- och ungdomstandvården förmedlas bilden av att de i dag får remisser som, enligt deras uppfattning, egentligen hade kunnat utföras inom den allmänna barn- och ungdomstandvården. De tror att det framför allt handlar om att remittenten känner sig osäker och oerfaren i att utföra komplexa åtgärder eller ta hand om patienter som upplevs besvärliga. En del intervjuade specialisttandläkare beskriver hur det förekommer att de kontaktar remittenten och skickar tillbaka remissen till den allmänna barn- och ungdomstandvården. Andra beskriver hur de hellre utför remissen själva eftersom de anser att det är mer patientsäkert. Ett utökat stöd till tandläkare inom den allmänna barn- och ungdomstandvården och fler möjligheter till konsultation med specialister bedöms av intervjuade personer vara åtgärder som skulle kunna bidra till att minska antalet remisser från den allmänna till den specialiserade barn- och ungdomstandvården.

Vid analys av skickade remisser kan det konstateras att det i genomsnitt skickades cirka 9 remisser per 100 listade patienter under 2015. Antalet remisser varierar dock mellan enheter. Exempelvis står 10 enheter för 44 procent av alla remisser från samtliga allmäntandvårdsenheter. Samtidigt representerar dessa enheters patientpopulation endast 21 procent av samtliga barn och ungdomar i Region Skåne.

Bland vårdgivare som endast är ackrediterade inom den allmänna barn- och ungdomstandvården (totalt 239 enheter, cirka 250 000 patienter) skickar privata enheter och Tandvårdshögskolan i genomsnitt mer än dubbelt så många remisser per 100 listade patienter som enheter som tillhör Folktandvården Skåne (Figur 11).²⁹

Figur 11 – Antal skickade remisser per 100 listade patienter 0-19 år för enheter som endast har allmän barn- och ungdomstandvård, för Tandvårdshögskolan, privata enheter och Folktandvården, 2015



Antal skickade remisser	25	490	1 607
Antal listade patienter	1 325	27 908	246 938

Not: Avser tandvårdsenheter endast ackrediterade för allmän barn- och ungdomstandvård samt patienter 0-19 år listade 15 december 2015 (172 privata, 1 Tandvårdshögskola, 66 Folktandvården Skåne).

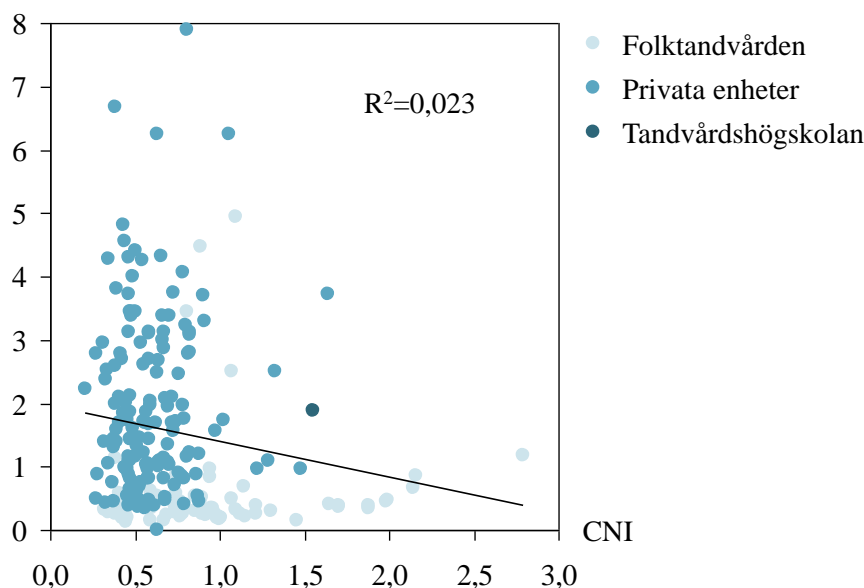
Källa: Region Skåne (2016c)

Ett annat sätt att analysera antalet skickade remisser på är att ställa dem i relation till enhetens CNI, se Figur 12. Det tycks finnas ett svagt samband mellan antal remisser som skickas och en enhets CNI. Sambandet är signifikant, men har ett mycket lågt förklaringsvärde ($R^2= 2,3$ procent) vilket tyder på att många andra faktorer påverkar antalet remisser, inklusive slumpmässig variation. Av figur 12 framgår också att variationen i antalet remisser per patient är större bland enheter med lågt CNI än bland enheter med högt CNI. För att få en djupare förståelse för varför vissa enheter tenderar att skicka fler remisser, behöver ytterligare analyser göras.

²⁹ Enheter med ackreditering inom såväl allmän som specialiserad barn- och ungdomstandvård har exkluderats, då deras patienter antas ha ett särskilt stort behov av specialiststandvård.

Figur 12 – Antal remisser per 100 patienter 0-19 år i förhållande till enhetens CNI, 2015

Antal remisser / 100 patienter



Not: Avser enheter ackrediterade för endast allmän barn och ungdomstandvård samt patienter 0-19 år listade 15 december 2015. Data är även rensad för enheter utan uppgifter om antal listade, enheter med färre än 30 listade, samt enheter som saknar CNI-värde.

Källa: Region Skåne (2016c)

Det kan finnas flera orsaker till de observerade skillnaderna i antalet skickade remisser. En orsak kan vara variationer i patienternas behov av specialisttandvård, eller att vårdgivarnas rutiner för att bedöma vilka åtgärder som remitteras vidare skiljer sig åt. Eftersom vårdgivarna får en fast ersättning per listat barn finns ekonomiska incitament att förskjuta kostnaderna för patienternas behandling till andra vårdgivare (Anell, 2015). En annan orsak kan vara skillnader i registrering av remisser. Representanter för Region Skåne beskriver att vårdgivare inom den allmänna barn- och ungdomstandvården ibland undviker att skicka remisser via Tandvårdfönster eftersom det upplevs ta längre tid. Istället skickar de en pappersremiss som sedan registreras som en egenremiss i Tandvårdsfönster av remissmottagande specialistenhet. Remissen blir då registrerat som en remiss som specialisttandvårdsenheten skickat till sig själv. Detta begränsar möjligheterna att följa upp varifrån remissen skickas och innebär att kvantitativa analyser underskattar antalet skickade remisser för allmäntandvårdsenheter som ofta skickar pappersremisser (för en längre diskussion kring egenremisser, se Kapitel 4).

Oral hälsa: Införande av vårdval bedöms ha haft begränsad effekt på den orala hälsan

Region Skåne tenderar att uppvisa sämre resultat för oral hälsa än rikssnittet – det bedöms till liten del bero på vårdvalet

I nationella jämförelser tenderar barn och ungdomar i Region Skåne att uppvisa sämre resultat för oral hälsa än rikssnittet. Exempelvis har Region Skåne jämfört med andra landsting en lägre andel kariesfria 3-, 6- och 19-åringar än rikssnittet för samtliga åldersgrupper. I åldersgruppen 3-åringar finns endast tre landsting med lägre andel (Socialstyrelsen, 2015a). Resultatet är dock

inte justerat för skillnader i hur landstingen definierar åldersgrupperna, vilket innebär att resultaten inte är fullt jämförbara över landet.³⁰

De flesta intervjuade personer tror inte att införande av vårdval haft någon märkbar effekt på oral hälsa hos barn och ungdomar i Skåne. Snarare lyfter de fram att den allmänna barn- och ungdomsvården utifrån sitt nuvarande uppdrag i många fall har begränsade möjligheter att påverka oral hälsa på populationsnivå bland barn och ungdomar, särskilt i områden med låg socioekonomi där den orala hälsan ofta är sämre.

”En förbättrad oral hälsa kräver ofta andra vanor och förbättrad kost hos både barn och föräldrar, och det är svårt för oss att påverka när vi träffar barnen en gång per år ”

Representant för vårdgivarna

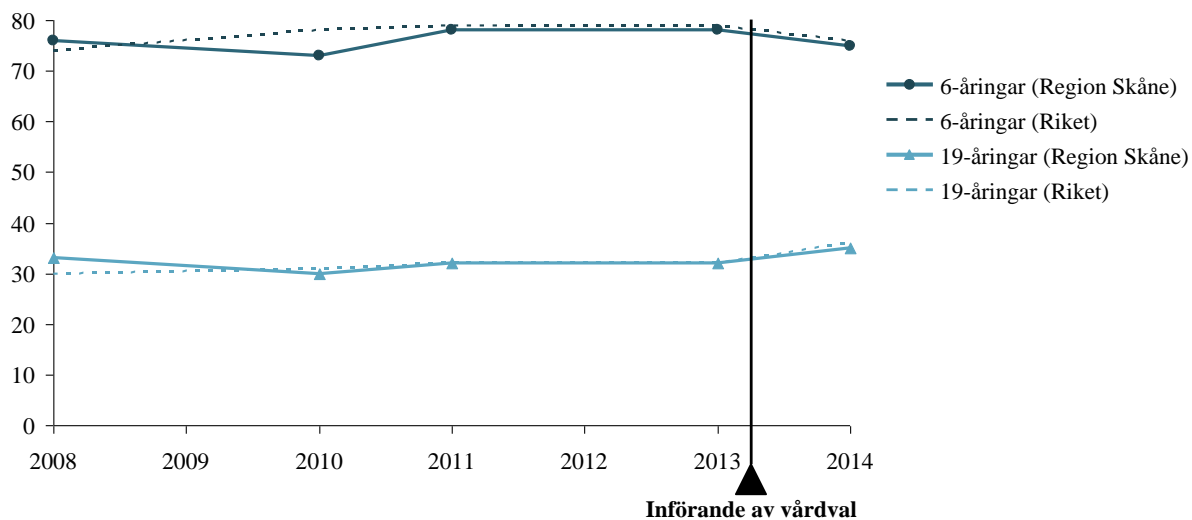
För att åstadkomma ett förändrat beteende och därmed en förbättrad oral hälsa hos dessa patienter och deras föräldrar, efterfrågar intervjuade personer i första hand ökade resurser till riktade insatser. Riktade insatser ingår idag inte i uppdraget för den allmänna barn- och ungdomsvården (Region Skåne, 2015b). Exempel på riktade insatser som lyfts fram som positiva exempel är Tandborsten³¹ samt samtal och föreläsningar på skolor.

I linje med de intervjuade personernas förväntningar observeras begränsade förändringar i oral hälsa hos barn och ungdomar efter införandet av vårdvalet (se Figur 13). Samtidigt betonar intervjuade personer att olika insatser effekter på den orala hälsan först kan observeras efter en längre tid. Även om vårdvalet inte bedöms ha haft någon effekt på den orala hälsan, lyfter intervjuade personer fram att det är viktigt att ha ett långsiktigt tänkande inom tandvården och att insatser inom tandvård först har effekt på den generella orala hälsan efter en längre period.

³⁰ I exempelvis Stockholms län registreras data för 7-åringar, istället för 6-åringar.

³¹ Folk tandvården Skåne har ett funktionsansvar för riktade insatser. Ett exempel på en insats som Folk tandvården Skåne tagit initiativ till är de särskilda enheterna Tandborsten. Tandborsten erbjuder föräldrautbildning med fokus på tandvård i områden med en förhållandevis låg socioekonomi

Figur 13 – Andel kariesfria 6- och 19-åringar i Region Skåne och i riket, 2008-2014



Not: Data saknas för 2009 och 2012

Källa: Socialstyrelsen Karies hos barn och ungdomar (2008, 2010, 2011, 2013 och 2014)

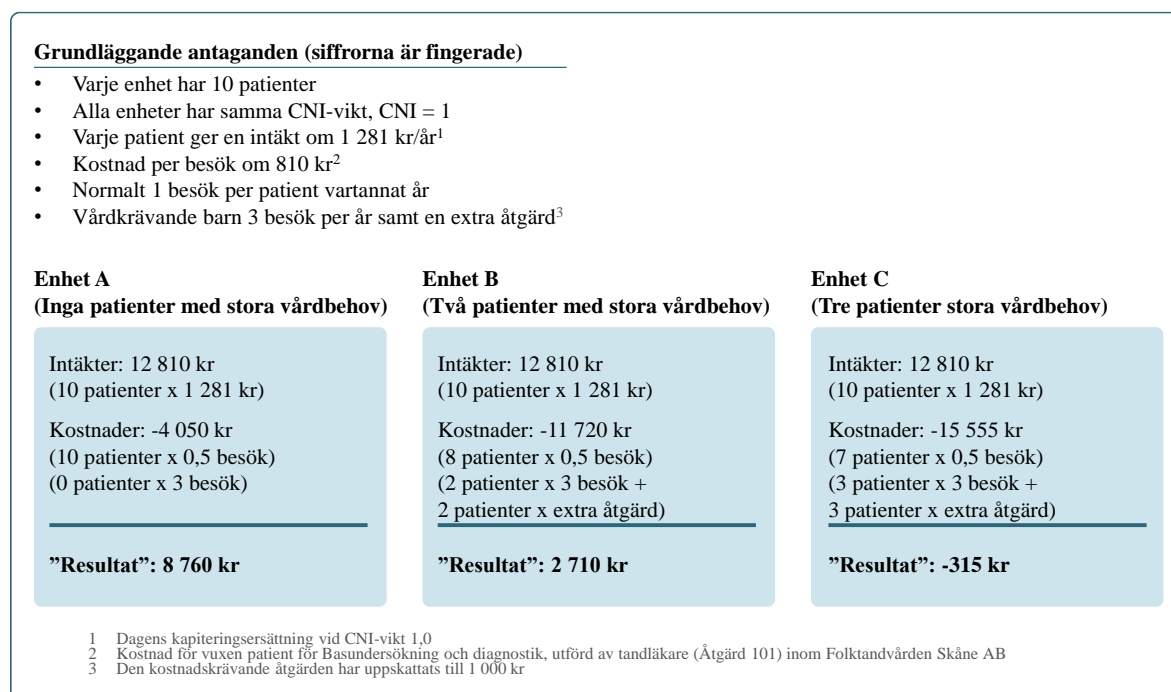
3.4 Dagens ersättningsmodell upplevs i stort vara ändamålsenlig men förutsättningar för att uppnå kostnadstäckning kan förbättras

I intervjuer framkommer att nuvarande ersättningsmodell till stora delar är accepterad av vårdgivare i Region Skåne. Den bedöms ge vårdgivarna möjlighet att anpassa sin verksamhet utan att vara alltför styrande. Kapiteringsersättningen upplevs också uppmuntra vårdgivarna till att arbeta förebyggande och ta ett helhetsansvar under tiden patienten är listad på enheten. Eftersom patienternas vårdbehov varierar anser intervjuade personer att det är rimligt och rättvist att ersättningen påverkas av patientunderlagets socioekonomi. En bred majoritet av vårdgivarna – oavsett driftsform – lyfter dock fram att dagens ersättningsmodell inte i tillräckligt stor utsträckning ger kostnadstäckning för många enheters barn- och ungdomsvård.

Vårdgivarna upplever svårigheter att nå full kostnadstäckning för patienter med stora vårdbehov, särskilt bland enheter med få listade patienter

Enligt intervjuade personer bär enheterna i dagsläget en alltför hög finansiell risk för patienter med omfattande vårdbehov (så kallade kostnadsytterfall). Ersättningsnivån anses skapa begränsad marginal om en enhet till exempel får ”ytterligare” en vårdkrävande patient under ett år om den inte samtidigt har flera patienter med mindre vårdbehov. För dessa enheter kan slumpmässiga variationer i patientunderlaget ge en stor ekonomisk inverkan, se illustrativt exempel i Figur 14 nedan. Dessa variationer kan också omvänt ge enheter positiv finansiell påverkan om få av dess listade patienter inte har omfattande vårdbehov. För större vårdgivare är kostnadsytterfall oftast ett begränsat problem då variationerna i patientunderlag tenderar att jämna ut sig. För mindre vårdgivare kan det däremot vara ett större problem.

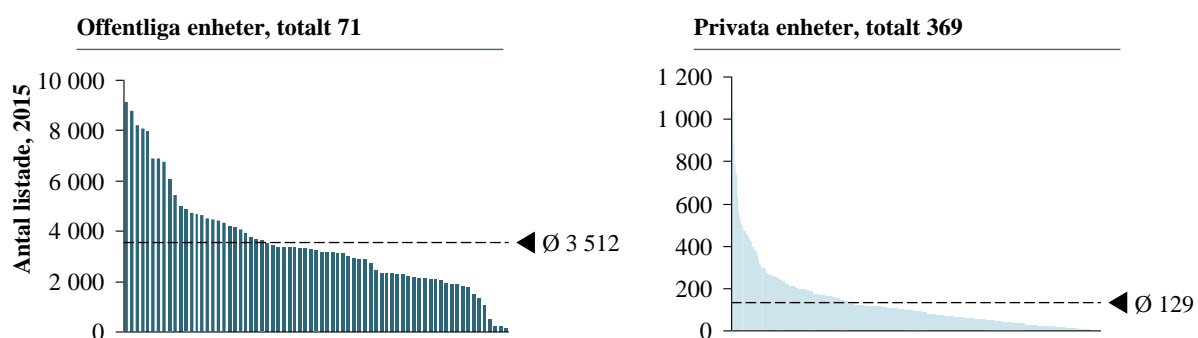
Figur 14 – Illustrativt exempel över påverkan på det ekonomiska resultatet för tre exempel enheter vid variation i antalet patienter med stora vårdbehov, 2016³²



Privata enheter tenderar i regel att ha förhållandevis få listade patienter mellan 0-19 år. I genomsnitt har privata enheter cirka 130 listade patienter, vilket är betydligt färre än det genomsnittliga antalet för Tandvårdshögskolan (cirka 1 300 patienter) och för Folktandvården Skånes enheter (ca 3 500 patienter). Totalt fem av Folktandvården Skånes enheter har fler än 7 000 listade patienter samtidigt som 80 privata enheter har färre än 30 listade patienter 0-19 år (se Figur 15).

³² För att fördjupa förståelsen av hur förändringar i ersättningsmodellen påverkar enheternas ekonomiska resultat, kan det vara värdefullt att vidareutveckla det illustrativa exemplet i Figur 15 till en simuleringsmodell.

Figur 15 – Antalet listade patienter 0-19 år per enhet för offentliga och privata enheter, 2015



Not: För antal listade ingår i analysen enheter med minst en listad patient 0-19 år 15 december 2015. Bland offentliga enheter ingår Folk tandvården Skåne och Tandvårdshögskolan.

Källa: Region Skåne (2016c)

Flera lyfter också det faktum att många privata vårdgivare med fåtal listade patienter 0-19 år har startat sin barn- och ungdomsverksamhet som komplement till sin huvudsakliga vuxenverksamhet. Syftet sägs vara att kunna erbjuda hela familjen tandvård. För dessa vårdgivare kan en överföring ske från vuxen- till barn- och ungdomsverksamhet om barn- och ungdomsverksamheten inte är lönsam.

”Vår barn- och ungdomstadsverksamhet kan aldrig bära sig själv utan finansieras av att vi har vuxna patienter”

Representant för vårdgivare

”Det skulle aldrig fungera ekonomiskt att bara erbjuda barn- och ungdomstadvård”

Representant för vårdgivare

Det upplevs särskilt svårt att nå kostnadstäckning för enheter med högt CNI

Utgångspunkten i dagens ersättningsmodell är att enheter med högt CNI tenderar att ha patienter med ett större vårdbehov. Enheten ska därmed också erhålla en högre ersättning per listad barn. Enligt en representant för en större vårdgivare går dock en majoritet av deras enheter med hög CNI-vikt med underskott medan en majoritet med låg CNI-vikt går med överskott. För att nå ett positivt konsoliderat resultat på koncernnivå beskrivs enheter med underskott (högt CNI) behöva täckas upp av verksamheter med överskott, vilket till exempel sägs vara enheter med lågt CNI samt vuxentandvård. På grund av begränsningar i tillgängliga dataunderlag har ett eventuellt samband mellan CNI och ekonomiskt utfall inom den allmänna barn- och ungdomstadvården inte kunnat bekräftas utifrån kvantitativa analyser. Tidigare översyn och analyser av vårdval har dock visat att offentliga BVC-mottagningar och vårdcentraler med *högt* CNI tenderar att ha ett *större* överskott (KEFU, 2015a; KEFU, 2015b).³³

³³ För BVC-mottagningar analyseras vinstmarginalen (årets resultat/totala intäkter). För vårdcentraler analyseras rörelsemarginal (intäkter minus kostnader i relation till intäkter).

”Våra enheter i områden med låg socioekonomi går på knäna. Även om det såklart finns undantag, så märker vi en tydlig skillnad i ekonomiskt utfall mellan enheter med högt och lågt CNI”

Representant för Folk tandvården Skåne

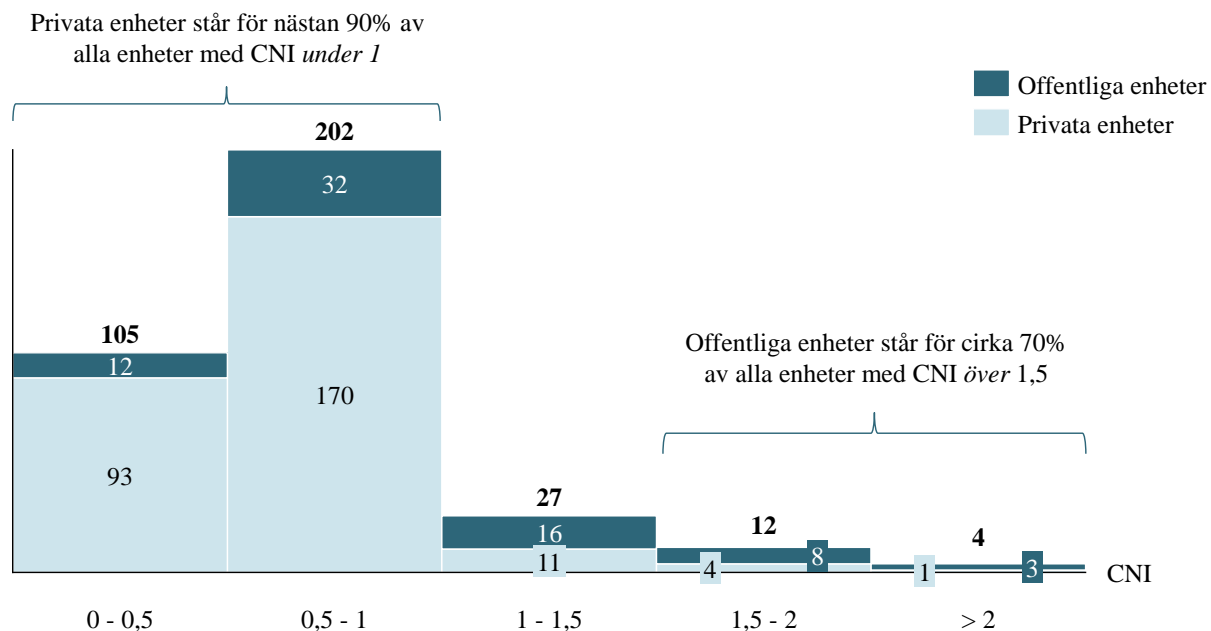
”Den generella ersättningsnivån är väl rimlig men den ersättning som vi får för patienter i områden med låg socioekonomi är alldeles för låg. Vi gör idag åtgärder vi inte får betalt för.”

Representant för Folk tandvården Skåne

En kvantitativ analys som jämför enheter med högt och lågt CNI visar de flesta enheter har ett lågt CNI. Av cirka 350 enheter (med fler än 30 listade patienter)³⁴ hade 307 stycken av dessa, det vill säga nästan 90 procent, en förhållandevis låg CNI-vikt (under eller lika med 1,0). De resterande 43 enheterna har en CNI-vikt över 1,0 vilket kan betraktas som ett relativt högt CNI-värde (se Figur 16). Offentliga enheter har i genomsnitt ett högre CNI än privata enheter (se Figur 17).

De offentliga vårdgivarna står för den största andelen enheter med CNI över 1,5 (totalt 11 av 16 enheter³⁵), se Figur 16. De privata vårdgivarna står för nästan 90 procent av enheterna med ett CNI under 1 (totalt 263 av 307 enheter³⁶).

Figur 16 – CNI-viktning hos privata och offentliga enheter, fördelade efter intervall på CNI, exklusive enheter med färre än 30 listade patienter, 2015



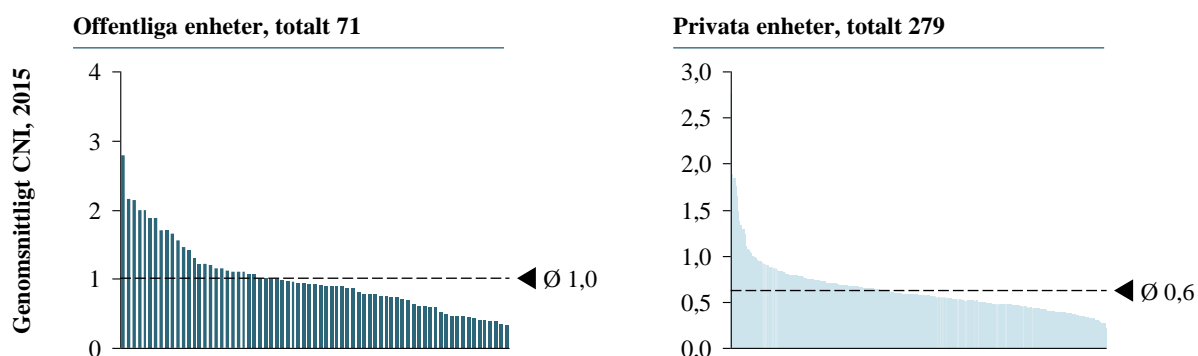
Not: Endast enheter (totalt 350) med rapporterad CNI-data för samtliga månader 2015 och minst 30 listade patienter 0-19 år 15 december 2015 har inkluderats i analysen. Bland offentliga enheter ingår Folk tandvården Skåne och Tandvårdshögskolan.

³⁴ Enheter med färre än 30 listade patienter har sorterats bort då de kan uppvisa en betydande större variation i förhållande till enheter med ett mer stabilt patientunderlag, vilket försämrar analysmöjligheterna för hela datamaterialet. Detta är standardförfarande vid statistiska analyser.

³⁵ Med totalt cirka 57 000 listade patienter, vilket motsvarar 99 procent av alla patienter listade på enheter med CNI över 1,5

³⁶ Med totalt cirka 41 000 listade patienter, vilket motsvarar 23 procent av alla patienter listade hos enheter med CNI under 1

Figur 17 – Genomsnittligt CNI-värde hos offentliga och privata enheter, exkl. enheter med färre än 30 listade patienter 0-19 år, 2015



Not: Endast enheter (totalt 350) med rapporterad CNI-data för samtliga månader 2015 och minst 30 listade patienter 0-19 år 15 december 2015 har inkluderats i analysen. Bland offentliga enheter ingår Folktandvården Skåne och Tandvårdshögskolan.

Källa: Region Skåne (2016c)

CNI-viktning anses delvis fungera för att styra ersättningen mot patientgrupper med stora vårdbehov

CNI anses delvis fungera som en utgångspunkt för ersättning till enheterna

Många intervjuade anser att CNI med dess starka koppling till socioekonomi är en bra utgångspunkt för justering av ersättning eftersom barn och ungdomar i områden med låg socioekonomi tenderar att ha sämre oral hälsa och därmed större behov av insatser.

Andra nämner att CNI har flera brister. En kritik är att CNI framför allt baseras på föräldrarnas socioekonomi, vilken sägs kunna variera från patientens. Vidare nämns att även patienter i områden med hög socioekonomi (låg CNI-vikt) kan ha dålig oral hälsa, vilket då leder till att enheten får för låg ersättning relativt patientens vårdbehov. Flera lyfter också frågor kring huruvida CNI de facto speglar vårdbehov och risken för dålig oral hälsa hos patienter.

"I vilken utsträckning speglar egentligen CNI faktiskt vårdbehov inom tandvården?"
Representant för vårdgivare

"Jag tycker att man gör det för enkelt för sig med CNI. CNI visar vilket postnummer patienten har men är det inte bättre att använda ett mått som faktiskt speglar den orala hälsan?"

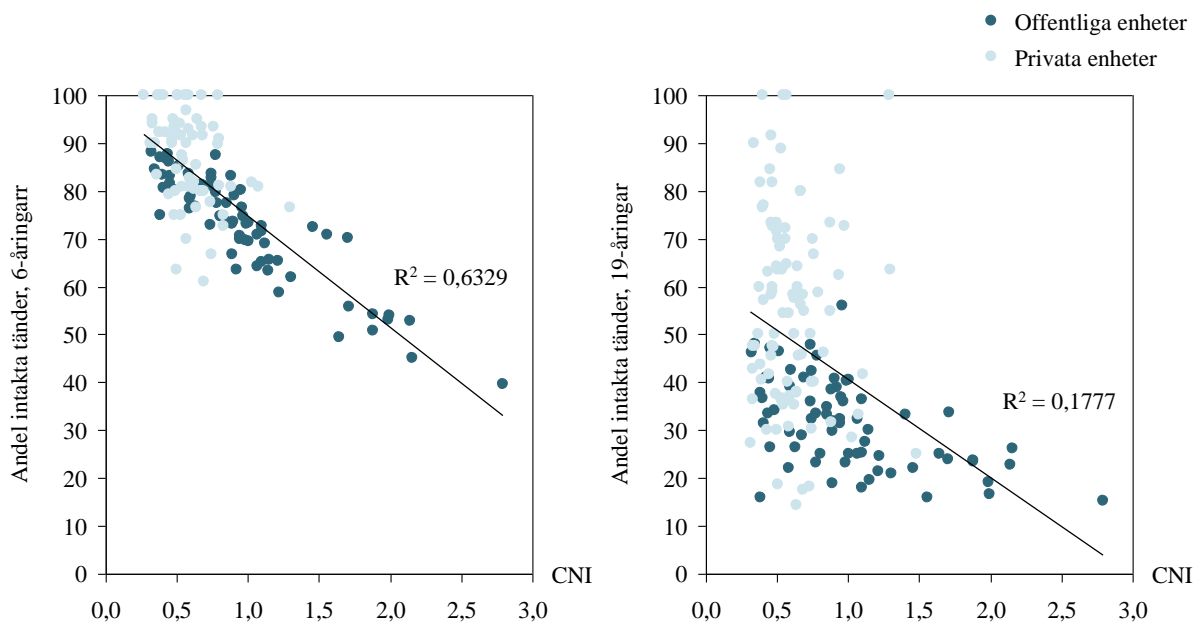
Representant för vårdgivare

Det finns idag inga förbestämda insatser eller aktiviteter (exempelvis informationsträffar) som föreskrivs enheter med högre CNI-ersättning. Enligt vårdprogrammet ska intervallet mellan besöken på enheten och innehållet i vården avgöras av sjukdomsrisk och vårdbehov. Enheter med högt CNI förväntas dock ha patienter högre sjukdomsrisk och större vårdbehov, vilket antas leda till att de behöver träffa sina patienter oftare och utföra fler åtgärder.

Visst samband mellan CNI och oral hälsa observeras

Utifrån genomförda analyser tycks det inom Region Skåne finnas ett visst samband mellan CNI och oral hälsa. Detta skulle eventuellt kunna tala för användandet av CNI som justeringsfaktor för vårdbehov inom tandvården. Lägre CNI tycks till exempel hänga samman med en högre andel intakta tänder bland 6-åringar och 19-åringar. Signifikanta samband mellan CNI och ohälsotal³⁷ kunde även noteras bland 3-, 6-, och 19-åringar, se Figur 19. Förklaringsvärdet (R^2) tycks vara högre bland yngre patienter (3- och 6-åringar) och lägre bland 19-åringar (se Figur 18 och 19).³⁸ Att det finns ett samband mellan CNI/socioekonomi och oral hälsa är i linje med intervjuade många personers förväntningar samt tidigare rapporter som påvisar att de sociala förhållanden som barn och ungdomar växer upp i har stor betydelse för deras orala hälsa (Socialstyrelsen, 2013; Landstinget i Östergötland, 2013).

Figur 18 – Andel intakta tänder för 6-åringar respektive 19-åringar, per enhet efter CNI, och uppdelat på offentliga och privata enheter, 2015



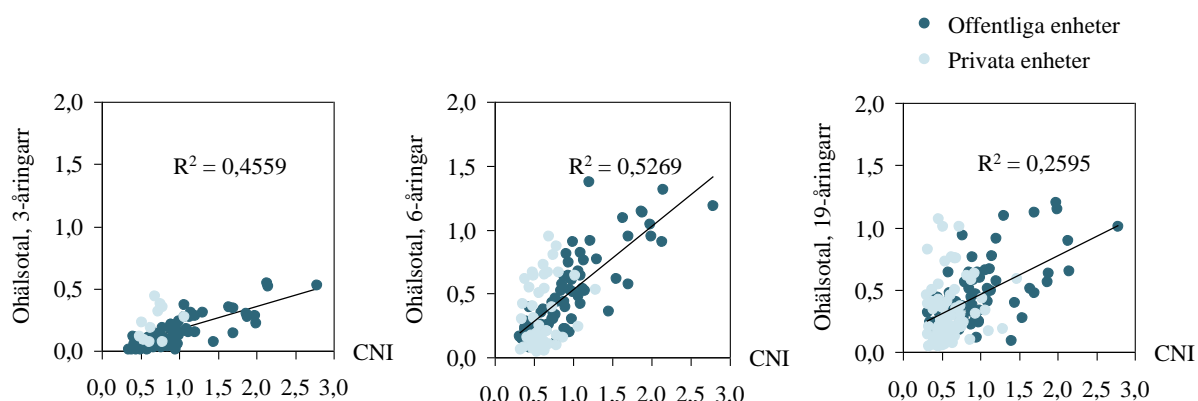
Not: Analysen inkluderar endast enheter med ett registrerat CNI-värde för alla månader år 2015, minst 30 listade patienter 0-19 år den 15 december 2015, samt minst tio 6-åringar respektive 19-åringar (beroende på vilken analys). Bland offentliga enheter ingår Folk tandvården Skåne och Tandvårdshögskolan.

Källa: Region Skåne (2016c)

³⁷ Ohälsotalet är medeltalet för antal tänder med karies hos barn från 3 till 19 år.

³⁸ R^2 är ett mått på det totala förklaringsvärdet som CNI i dessa analyser har - det vill säga hur stor del av variationen i andel intakta tänder och ohälsotal på enhetsnivå som kan förklaras av variationer i enheternas CNI.

Figur 19 – Ohälsotal och CNI per enhet, uppdelat på offentliga och privata enheter, 2015



Not: Analysen inkluderar endast enheter med minst ett registrerat CNI-värde för alla månader år 2015, ett ohälsotal >0 för respektive EPI-år, minst 30 listade patienter 0-19 år samt minst tio 3-, 6- och 19-åringar (beroende på analys). Bland offentliga enheter ingår Folk tandvården och Tandvårdshögskolan.

Källa: Region Skåne (2016c)

Ytterligare sätt att styra ersättning mot vårdbehov efterfrågas av verksamheterna

I intervjuerna diskuterades ett antal olika ändringsförslag som bättre skulle kunna ge ersättning till patienter med stora vårdbehov. Dessa återges nedan utan inbördes ordning.

- **Införande av högkostnadsskydd** – Ett sätt att jämna ut risken med kostnadsytterfall är att använda ”högkostnadsskydd” - en försäkringsmässig lösning där resurser avsätts för att täcka upp ovanliga, men för den enskilda vårdgivare, kostnadskrävande behandlingar. Detta önskemål var vanligt förekommande i intervjuer med representanter för såväl privata som offentliga vårdgivare. Ett högkostnadsskydd likt den som fanns i Region Skåne innan vårdvalet anses kunna ge bättre förutsättningar för att omfördela ersättning till de vårdgivarna som genomför den mest kostnadskrävande vården. Genom ett sådant förfarande bedöms också risken för att högkostnadspatienter remitteras till specialisttandvården minska. Till skillnad från CNI anses högkostnadsskyddet även kunna styra ersättning till enheter med många patienter med stora behov men relativt lågt CNI. I tillägg kan högkostnadsskyddet skapa bättre förutsättningar för små och nyetablerade enheter, vilka kan sakna de större koncernernas möjlighet att, vid behov, omfördela resurser från mer lönsamma delar av verksamheten. Samtidigt lyfter intervjuade personer fram att ett återinförandet av ett högkostnadsskydd öka administrationskostnader för den organisation som ansvarar för hanteringen av utbetalningar. Beroende på hur systemet utformas upplever intervjuade personer att finns en överhängande risk att ett högkostnadsskydd kan vara omotiverat vårdrivande.
- **Ökad andel CNI-viktning** – Vissa intervjuade efterfrågar en ökning av den CNI-viktning som sker idag, exempelvis från dagens 20 procent till 25 procent (som var nivån tidigare). Detta upplevs ge bättre kostnadstäckning för de enheter med hög andel patienter med låg socioekonomi vilka bedöms ha ett större vårdbehov. Nackdelen med denna förändring anses vara att den ökade viktning inte säkerställer att de ökade resurserna går

till att tillgodose patientens faktiska behov, samt att det inte ger högre ersättning för patienter med låg CNI-vikt som ändå har stora vårdbehov.

- **Ersättning baserad på andra mått än CNI** – Dagens CNI-viktade ersättningsmodell ger inte mer ersättning för patienter som har hög socioekonomisk status men dålig tandhälsa. Detta anser vissa intervjuade personer är orättvisst. De föreslår därför att ersättningen istället ska baseras på patientpopulationens orala hälsa. Denna typ av viktning skulle dock inte skapa finansiella incitament att förbättra den orala hälsan i patientpopulationen, då en förbättrad oral hälsa skulle leda till en sänkt ersättning. Vidare anses det svårt att säkerställa likvärdigt och enhetligt inrapporteringen av oral hälsa. Andra intervjuade pekar på att dagens ersättningsmodell inte heller fullt ut speglar det faktum att barn och ungdomar i olika åldrar tenderar att ha olika vårdbehov. Därför har vissa efterfrågat olika ersättningsnivåer för olika åldersgrupper.
- **Ökad andel åtgärdsbaserad ersättning** – Vissa intervjuade skulle vilja se att en större andel av ersättningen blir åtgärdsbaserad snarare än kapitationsbaserad – ”man får betalt för den vård man utför”. Nackdelen med åtgärdsbaserad ersättning anses dock vara att det kan fungera vårddrivande och inte styr mot ett förebyggande förhållningssätt som många vårdgivare anser vara eftersträvansvärt inom tandvården.
- **Målrelaterad ersättning** – De flesta intervjuade är skeptiska till målrelaterad ersättning och anser att det, i praktiken, blir svårt att implementera. Flera anser att det är svårt att följa upp utfall på ett tillfredställande sätt. Det bedöms idag finnas få vetenskapliga stöd för vilka aktiviteter eller resultat som Region Skåne borde ersätta för, för att uppnå bättre utfall.
- **Ersättning för riktade insatser** – Inom dagens vårdvalsuppdrag ingår inte riktade insatser. Företrädarna för tandvården har däremot lyft möjligheten att inkludera den typen av uppdrag inom ramen för vårdvalet. Det skulle i så fall krävas en ekonomisk ersättning, antingen via något slags fördelningssystem, eller drivet av ansökningar från vårdgivarna. Tydligare uppdrag med separat ersättning anses kunna öka möjligheterna för vårdgivarna att ta ett större ansvar för den förebyggande tandvården.

3.5 Samtliga landsting och regioner i Sverige har valfrihet att välja enhet men få har infört vårdval enligt LOV

Det finns möjlighet att välja vårdgivare i samtliga svenska landsting och regioner; sex landsting och regioner har vårdval enligt LOV

I samtliga av Sveriges landsting och regioner finns idag system som tillåter patienter mellan 3-19 år att välja mellan privata och offentliga vårdgivare (Privattandläkarna, 2014). Sex landsting och regioner inklusive Region Skåne har infört vårdval enligt LOV för den allmänna barn- och ungdomsvården (se Tabell 2) (SKL, 2016). I samtliga av dessa landsting och regioner fanns, som i Region Skåne, ett system för det fria vårdsökandet, redan innan införande av vårdval. Intervjuade representanter för landsting och regioner med vårdval enligt LOV beskriver att det infördes framför allt som en administrativ förändring. I linje med observationerna i Region Skåne, upplever företrädarna för dessa landsting och regioner begränsade effekter på tillgänglighet, vårdproduktion, oral hälsa och kvalitet.

Tabell 2 – Landsting/regioner med vårdval enligt LOV inom den allmänna barn- och ungdomsvården

Landsting/Region	Vårdval infördes ³⁹
Stockholms läns landsting	2010
Region Skåne	2013
Landstinget Västernorrland	2013
Region Östergötland	2014
Region Jämtland Härjedalen	2014
Norrbottnens läns landsting	2015

Källa: Stockholms läns landsting (2011); Landstinget i Östergötland (2013); Landstinget i Västernorrland (2015); Region Jämtland Härjedalen (2016); Norrbottens läns landsting (2016)

³⁹ Avser det första år som verksamheterna kunde bedrivas inom LOV. Beslut kring införande kan ha fattats under tidigare år.

Samtliga landsting och regioner har kapitationsersättning – endast ett fåtal justerar för vårdbehov

I samtliga landsting och regioner används någon form av kapitationsmodell för att ersätta den allmänna barn- och ungdomstandvården för invånare mellan 3-19 år. De flesta landsting och regioner justerar idag inte sin kapiteringsersättning utifrån socioekonomi eller vårdbehov. Av de som justerar sin ersättning sker det oftast med utgångspunkt i olika geografiska områdens socioekonomi och/eller oral hälsa, vilket kan jämföras med CNI som utgår från individens socioekonomi. Fyra exempel på befintliga sätt att justera för socioekonomi/vårdbehov i andra landsting och regioner beskrivs i faktaruta nedan.

Exempel från landsting och regioner med justerad kapiteringsersättning

- **Stockholms läns landsting** – Stockholms läns landsting viktat grundersättning per patient utifrån fyra olika ”vårdbehovsområden”. Utgångspunkten i behovstilläggen är resursåtgång dvs. tidsåtgång per besök. Tidsåtgången kombineras med en indelning av närområden samt tandstatus för samtliga 3, 7, 13 och 19-åringar (Västra Götalandsregionen, 2014). Vårdbehovsområde 1 får den grundläggande ersättningen om 943 kr per listad (exklusive eventuell avsättning till högkostnadsskydd). Jämfört med Vårdbehovsområde 1 får de övriga vårdområdena följande ytterligare ersättning per listad patient; Vårdbehovsområde 2 +195 kr (+21%), Vårdbehovsområde 3 +403 kr (+43%) och Vårdbehovsområde 4 +539 kr (+57%) (Stockholms läns landsting, 2016a)
- **Region Jönköping län** – I Jönköpings län justeras kapiteringsersättning (grundersättning om 1 243 kr) utifrån tre olika geografiska områden inom regionen. De tre områden har utvecklats utifrån att en omfördelning av resurser önskas att ske till områden med låg socioekonomisk status och hög kariesaktivitet. Den högsta ersättning som erhålls i ett område är 1 546 kr (+24 %) och den lägsta ersättning som kan erhållas är 1 126 kr (-9%) (Region Jönköpings län, 2015)
- **Västra Götalandsregionen** – I Västra Götalandsregionen används en viktning av kapitationsersättningen per patient som varierar mellan tolv olika geografiska områden. Den särskilda ersättningen utbetalas för att kompensera för det utökade tandvårdsbehovet som relateras till socioekonomisk betingad hälsa. 2016 fick det område som fick högst ersättning cirka 3 procent högre ersättning än det område som fick lägst ersättning. Inom VGR finns framtaget förslag om att från och med 2017 införa CNI som viktningmodell inom den allmänna barn- och ungdomstandvården som justeringsfaktor för socioekonomi (Västra Götalandsregionen, 2016; Västra Götalandsregionen, 2015a)
- **Region Halland** – Region Halland hade 2015 en genomsnittlig ”barntandvårdspeng” om 1 429 kr. Faktiskt utbetald kapiteringsersättning per listad beror på var enheten är verksam geografiskt. De fyra grupperna är framtagna för att representera olika stort tandvårdsbehov. Grupperna har fastställts genom en viktning för området baserad på tandhälsa 40%, köpkraft 20%, utbildningsnivå 20% och andelen utlandsfödda 20%. Som jämförelse erhöles 1 164 kr per listad inom område ”Bra tandhälsa” och 1 753 kr per listad inom område ”Sämre tandhälsa”. För respektive ersättningsnivå utformas ett vårdprogram som styr vilken vård som ska erbjudas barnet (Region Halland, 2012a; Region Halland, 2012b; Region Halland, 2015; Privattandläkarna, 2016b)

Intervjuade representanter för tre av landstingen/regionerna som inte viktat ersättning för vårdbehov ser flera fördelar med att vårdgivarnas ersättning framöver skulle kunna viktas enligt patienternas vårdbehov. Dessa landsting/regioner har dock avvaktat med att införa en viktad ersättning på grund av begränsningar i deras IT-system. I dagsläget stödjer inte IT-systemen uppskattning av enheternas CNI och beräkning av ersättningsnivå utifrån CNI. CNI och

geografiskt område ses båda som relevanta mått att justera ersättning efter. I Västernorrland har det förts diskussioner kring att i högre utsträckning vikta ersättningen efter ålder, exempelvis genom att dela in patienterna i 2-3 åldersgrupper där patienter i den äldre åldergruppen ges lägre ersättning.

Ersättningsnivåerna – och uppdragen – skiljer sig åt mellan landstingen

En jämförelse mellan grundersättningen i landsting och regioner kan ge indikation på hur Region Skånes ersättningsnivå förhåller sig till övriga riket. Enligt en översiktlig nationell kartläggning genomförd som enkätundersökning av Privattandläkarföreningen konstateras att grundersättningen per listad patient 3-19 år är högre i Skåne (1 281 kr) än genomsnittet⁴⁰ för samtliga landsting och regioner (1 242 kr). För landsting och regioner som liksom Region Skåne valt att inkludera interceptiv ortodonti i den allmänna tandvården är ersättningen i Skåne i nivå med genomsnittet (1 232 kr). Fem landsting och regioner (Norrbottens läns landsting, Region Örebro län, Region Kronoberg, Landstinget Sörmland och Region Östergötland) har högre grundersättning än Region Skåne. Dock kan innehållet i allmäntandvårdens uppdrag skilja sig åt mellan landsting/regioner. För att få en djupare förståelse av skillnaderna i ersättningsnivåer kan en detaljerad genomgång av uppdraget för den allmänna barn- och ungdomstandvården i varje landsting/region genomföras. Den typen av fördjupningsanalys bedöms ge begränsat förklaringsvärde för denna översyn och omfattas därför inte.

Flera landsting och regioner har högkostnadsskydd för att justera för kostnadsytterfall

Högekostnadsskydd för att jämna ut risken med kostnadsytterfall efterfrågas av flera intervjuade och förekommer i dagsläget i flera landsting och regioner, däribland Stockholms läns landsting, Region Kronoberg, Region Halland, Landstinget i Värmland och Landstinget i Kalmar län. Gemensamt för högkostnadsskydden är att de finansieras genom att anslutna vårdgivare gemensamt avsätter medel, exempelvis genom att avstå från en del av kapiteringsersättningen. (Privattandläkarna, 2014).

Flera skillnader i utformningen och utbudet av högkostnadsskydd observeras. Stockholms läns landsting har ett obligatoriskt högkostnadsskydd för privata vårdgivare. Region Halland har två högkostnadsskydd, där *Risikfond 1* är till för alla vårdgivare i regionen inklusive Folktandvården medan *Risikfond 2* är till för Privattandläkarnas medlemmar (Privattandläkarna, 2014; Stockholms läns landsting, 2015a).

I flera landsting och regioner krävs en förhandsprövning för att vårdgivaren ska erhålla ersättning ur högkostnadsskyddet. I Region Halland sker förhandsprövning av fast protetik. Förhandsprövning förekommer även i Landstinget i Värmland och Region Kronoberg. Det finns olika upplägg över vem som genomför prövningen. I Region Kronoberg sköts exempelvis förhandsprövningen av den lokala styrelsen hos Privattandläkarna. I Stockholms läns landsting sköter landstinget administrationen mot ett avtalat belopp i betalning (Privattandläkarna, 2014).

⁴⁰ Oviktat medelvärde

Det finns även olika sätt att hantera karensbeloppet⁴¹. I Region Kronoberg och Landstinget i Kalmar län är karensbeloppet en multipel (3X) av grundersättningen. I Region Halland har *Risikfond 1* ett karensbelopp på 3 800 kr och *Risikfond 2* ett karensbelopp på 2 200 kr. Landstinget i Värmland har en karens på 4 000 kr, men i de fall patienter har en neuropsykiatrisk diagnos står Folk tandvården för karensbeloppet (Privattandläkarna, 2014).

⁴¹ Karensbeloppet innebär, i detta fall, det belopp som är gränsen för hur mycket vårdgivaren behöver betala innan högkostnadsskyddet tar vid.

Kapitel 4

Analysresultat för den specialiserade barn- och ungdomstandvården

4.1 Introduktion till analysresultaten

Innan vårdvalet infördes i mars 2014 utfördes i princip all specialiserad barn- och ungdomstandvård av offentliga vårdgivare, med undantag för den specialiserade ortodontin som konkurrensutsattes redan 2002. I och med vårdvalets införande konkurrensutsattes ytterligare specialistdiscipliner och ersättningsmodellen för dessa discipliner ändrades från anslagsfinansiering till åtgärdsbaserad ersättning.

Detta kapitel fokuserar framför allt på de specialistdiscipliner som konkurrensutsattes i och med att vårdvalet infördes (protetik, käkkirurgi, pedodonti, endodonti, bettfysiologi och parodontologi⁴²). Resultaten baseras på intervjuer med representanter för tandvården i Region Skåne och kvantitativa analyser.

Kapitlet har följande disposition: Första delen av avsnitt 4.2 fokuserar på *tillgänglighet* ur dimensionerna geografisk tillgänglighet, antal valbara enheter och tidsmässig tillgänglighet. Andra aspekter av tillgänglighet som till exempel patienternas upplevelser av tillgängligheten omfattas inte av denna översyn. Andra delen av avsnitt 4.2 diskuterar vilka förändringar som skett i *vårdproduktion* efter vårdvalets införande. Avsnitt 4.3 tar sin utgångspunkt i dagens *ersättningsmodell* för att sedan beskriva ett antal olika förbättringsförslag som framkommit i intervjuerna.

⁴² För en beskrivning av respektive specialistdisciplin, se ordlistan på s. 3

4.2 Sedan vårdvalets införande observeras viss förbättrad tillgänglighet, en ökad vårdproduktion och ökade kostnader

Tillgänglighet – Utökade möjligheter att välja vårdgivare, men flera hinder till ytterligare förbättringar lyfts fram

Den geografiska tillgängligheten har förbättrats – antalet valbara enheter har ökat inom samtliga specialisterdiscipliner som omfattas av LOV

I och med vårdvalets införande har antalet valbara enheter ökat. Det finns numera möjlighet att välja mellan privata och offentliga alternativ inom samtliga specialisterdiscipliner som konkurrensutsattes. Detta anser både offentliga och privata vårdgivare är positivt. Flest privata enheter har tillkommit inom protetik (7 enheter) och käkkirurgi (7 enheter).

”Innan var det självklart att patienterna kom till oss, nu måste vi arbeta för att synas för patienterna”

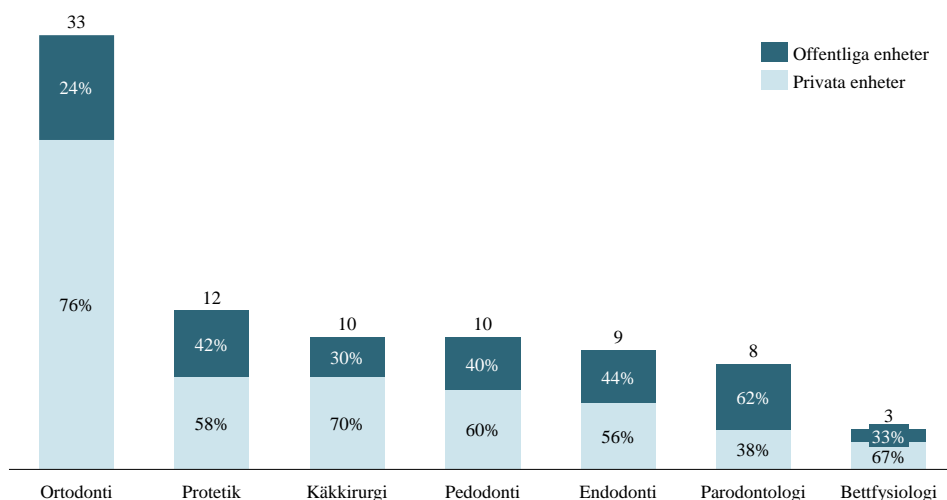
Representant för Folk tandvården Skåne

”Det är positivt att flera aktörer kommer in på marknaden – det ger patienterna utökade valmöjligheter och gör att vi måste anstränga oss för att behålla patienterna”

Representant för Folk tandvården Skåne

Inom de specialisterdiscipliner som konkurrensutsattes är idag cirka 60 procent av enheterna privata (30 av 52). Detta kan jämföras med den specialiserade ortodontin som konkurrensutsattes 2002 och där andelen privata enheter uppgår till 76 procent (25 av 33) (se Figur 20).

Figur 20 – Antal enheter per disciplin och driftsform, dec 2015



Not: För en beskrivning av respektive specialisterdisciplin, se ordlistan på s. 3

Källa: 1177 Vårdguiden Skåne (2016)

Utifrån den geografiska tillgängligheten har ökningen framför allt skett i de största städerna Malmö respektive Helsingborg med 14 respektive 8 nya privata enheter. Även på orter där specialisttandvård tidigare saknades (Trelleborg, Höllviken och Landskrona) har det tillkommit nya enheter inom en eller flera specialistdiscipliner. Tillgången till statistik över yrkesverksam vårdpersonal inom barn- och ungdomstandvård är begränsad, och utveckling av tillgången till vårdpersonal har därför inte kunnat analyseras.

Förbättrad tillgänglighet i termer av väntetid upplevs begränsas av låg andel remisser mellan olika vårdgivare

Tidigare utredningar om vårdval inom andra områden har visat att införandet av vårdval i flera fall lett till kortare väntetider. Minskade väntetider efter införande av vårdval har bland annat konstaterats i Region Skåne inom den specialiserade ögon- och hudsjukvården (KEFU, 2015a) och inom specialistsjukvården i Stockholms läns landsting (Stockholms läns landsting, 2013b) och Landstinget i Uppsala län (Health Navigator, 2015). Även intervjuade representanter för Stockholms läns landsting menar att införande av vårdvalet inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården lett till betydande minskningar i väntetider i landstinget. Samtidigt finns andra studier som tyder på begränsade effekter i väntetid vid införande av vårdval. Inom exempelvis primärvården i Region Skåne observeras en vikande trend gällande patientupplevd väntetid efter införande av vårdval (KEFU, 2016). På grund av begränsningar i dataunderlag är det i dagsläget inte möjligt att följa utvecklingen av väntetider inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården i Region Skåne. Analyserna nedan baseras på intervjuer och remissdata.

Att vårdgivare tenderar remittera till egen verksamhet bedöms leda till ineffektiv fördelning av patienter och därmed sämre tillgänglighet

Flera intervjuade personer menar att vårdvalets införande endast haft begränsade effekter på väntetider inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården. Enligt representanter för privata vårdgivare och Tandvårdshögskolan begränsas potentiella minskningar av väntetiderna av att patienterna inte har tillräckligt goda förutsättningar att göra välinformerade val. Detta anses riskera att leda till ineffektiv fördelning av patienter till enheter som har längre väntetider.

Flera intervjuade personer beskriver också att remitterande enheter tenderar att rekommendera specialister inom sin egen koncern när patienten ska välja specialist. Detta sägs särskilt gynna Folktandvården Skåne, som är den största koncernen med cirka 80 procent av alla listade patienter 0-19 år. Kvantitativa analyser indikerar att enheter tenderar att skicka remisser till specialister inom samma koncern eller med samma ägandeform. Under 2015 skickades cirka 80 procent av Folktandvården Skånes remisser till koncernens egna specialister. Cirka 75 procent av privata utförarens remisser går till andra privata utförare (se *Figur 21*). En uppföljande analys av perioden januari-juni 2016 visar på likartade resultat (se *Figur 22*) – cirka 75 procent av Folktandvården Skånes respektive privata vårdgivares remisser går till Folktandvården Skånes specialister respektive andra privata vårdgivare.

Intervjuade personer pekar på att det ofta är patienten själv (eller dennes vårdnadshavare) som ber remittenten om råd vid val av specialist. Det beskrivs i dessa fall vara naturligt för remittenten att rekommendera en specialist inom samma koncern, eftersom det ofta finns ett

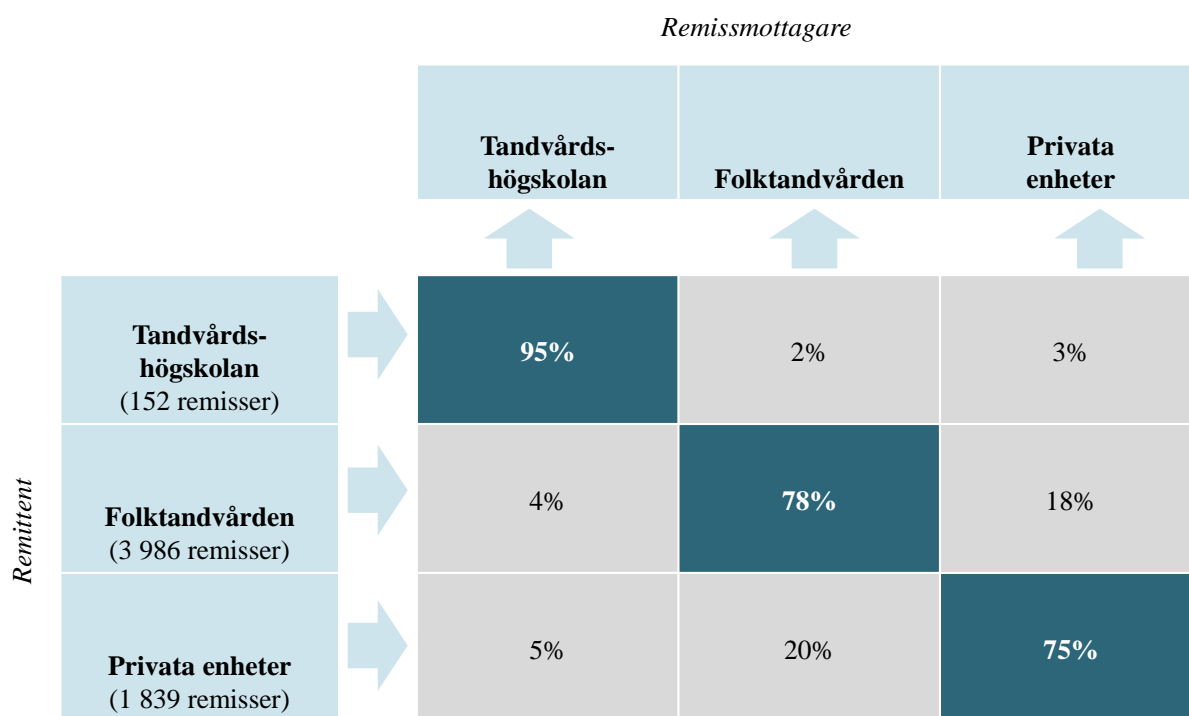
upparbetat förtroende sedan tidigare. I tillägg beskrivs till exempel Folktandvården Skåne verka för ett förstärkt samarbete mellan allmän- och specialisttandvård, i syfte att skapa en mer sammanhållen vårdkedja och ett ökat erfarenhetsutbyte mellan vårdnivåerna. Enligt intervjuade personer leder detta till ökad patientnytta men med viss risk för minskad möjlighet till konkurrens.

Flera intervjuade personer efterfrågar tydligare riktlinjer och standardiserat informationsmaterial från Region Skåne för att säkerställa konkurrensneutraliteten när information om valmöjligheter ges. Det kan exempelvis ske med hjälp av en översikt över valbara enheter, vilken kommun de ligger i samt förväntad väntetid. Flera pekar på den specialiserade ortodontin som ett positivt exempel. Där får patienter med betalningsgaranti för tandreglering hem information om vårdvalet och en lista på olika valmöjligheter för att underlätta val av enhet.

”Vi har kortare kö, men allmäntandläkarna skickar ändå patienter till andra specialister”
Representant för den specialiserade barn- och ungdomstandvården

”Det fria vårdvalet fungerar inte när vårdvalsalternativen inom specialiserad barn- och ungdomstandvård inte presenteras på ett objektivt sätt av allmäntandvården”
Representant för den specialiserade barn- och ungdomstandvården

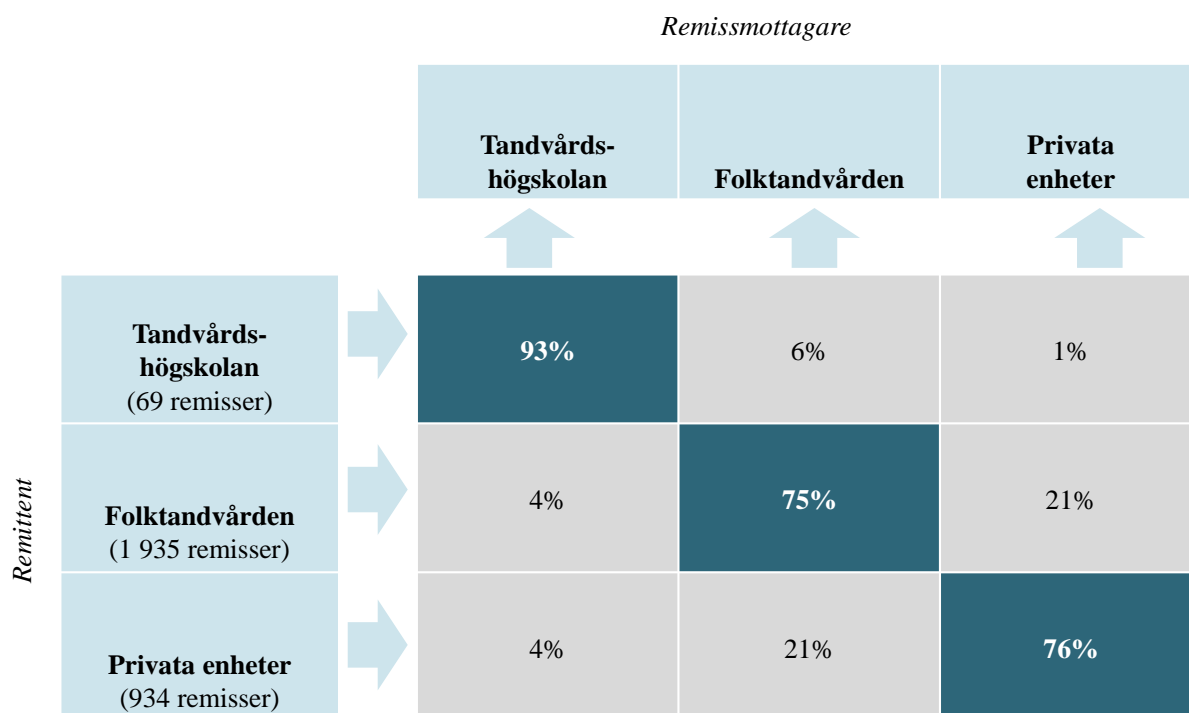
Figur 21 – Andelen remisser fördelade efter remittent och remissmottagare, 2015



Not: Analysen gäller samtliga enheter som bedrev verksamhet under det aktuella året ingår. En enhet (totalt 1 remiss) har exkluderats då namn och driftform saknades.

Källa: Region Skåne (2016c)

Figur 22 – Andelen remisser fördelade efter remittent och remissmottagare, jan-jun 2016



Not: Analysen gäller samtliga enheter som bedrev verksamhet under det aktuella året ingår. En enhet (totalt 8 remisser) har exkluderats då namn och driftform saknades. Nedersta radens innehåll summerar inte till 100 procent p.g.a. avrundning.

Källa: Region Skåne (2016c)

Bristande kompetensförsörjning anses begränsa tillgängligheten till tandvård

Enligt flera intervjuade personer är det i första hand den begränsade tillgången till specialister och annan vårdpersonal som lett till att väntetiderna i Skåne inte förbättras efter vårdvalets införande. Representanter för såväl privata som offentliga vårdgivare efterfrågar att Region Skåne ökar finansieringen till specialistutbildningen. För att hantera bristen på specialister har Folktandvården Skåne valt att själva finansiera ST-tjänster inom pedodonti, ortodonti, endodonti och oral protetik⁴³ (Karlsson, 2016).

”Tillgängligheten är framför allt beroende av specialistkompetens – det behövs helt enkelt fler händer som utför specialisttandvård”

Representant för vårdgivare

”Personal är den begränsande faktorn – vi behöver fler specialister”

Representant för vårdgivare

⁴³ För en beskrivning av respektive specialistdisciplin, se ordlistan på s. 3

Intervjuade personer tror inte att vårdvalet har ökat antalet specialister i Region Skåne genom att attrahera specialister från andra landsting. Detta kan jämföras med Stockholms läns landsting där företrädare för tandvården lyfter fram att de ser en tendens till ökat antal specialister sedan vårdvalets införande inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården.

I jämförelse med andra landsting, har Region Skåne ungefär lika många anställda inom tandvården per 100 000 invånare som riksgenomsnittet. Detta gäller för såväl tandläkare med som utan specialistkompetens (Socialstyrelsen, 2015b). Kommande pensionsavgångarna av specialisttandläkare kan ytterligare bidra till utmaningarna inom kompetensförsörjning. En kartläggning av tillgången till tandvårdspersonal på nationell nivå visar att cirka 40 procent av specialisttandläkarna förväntas gå i pension fram till år 2021. Minskningen bedömdes bli störst inom specialistdisciplinerna bettfysiologi, parodontologi och endodonti⁴⁴ (SKL, 2013b). Kartläggningen gäller dock hela riket och en regional kartläggning kan behövas för att förstå situationen i Region Skåne.

Vårdproduktion – Sedan vårdvalet infördes observeras en ökning i både vårdproduktion och kostnader inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården

Vårdproduktion ökade med 12 procent efter vårdvalets införande

Vårdproduktionen inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården har ökat sedan vårdvalets införande. En jämförelse mellan 12-månadersperioderna mars 2013 – feb 2014 och mars 2014 – feb 2015 visar att antalet åtgärder inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården har ökat med ungefär 12 procent, från cirka 52 200 åtgärder till 58 700 åtgärder (se Figur 23). Under samma period ökade också kostnaderna med 12 procent, från 137 miljoner kronor till 154 miljoner kronor (se Figur 24).

Den förväntade volymutveckling inom vårdval kan variera inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården. Vad som omfattas av vårdvalet och hur uppdragen utformas och definieras spelar roll för de förväntade effekterna. Vårdvalsområden som avser många olika behov och diagnoser utifrån en viss specialistkompetens (”osorterade behov”) ställer högre krav på kostnadskontroll och ofta samordning med första linjens vård (i detta fall den allmänna tandvården). Vid vårdval som baseras på en bestämd behandling såsom tandreglering (”sorterade behov”) finns i teorin mindre behov av särskilda insatser för att skapa kostnadskontroll. Kostnaderna begränsas av antalet patienter i behov av behandlingen och av att patienterna som hänvisas till specialistvården ofta fått sin diagnos/remiss på annat håll (SKL, 2013a).⁴⁵

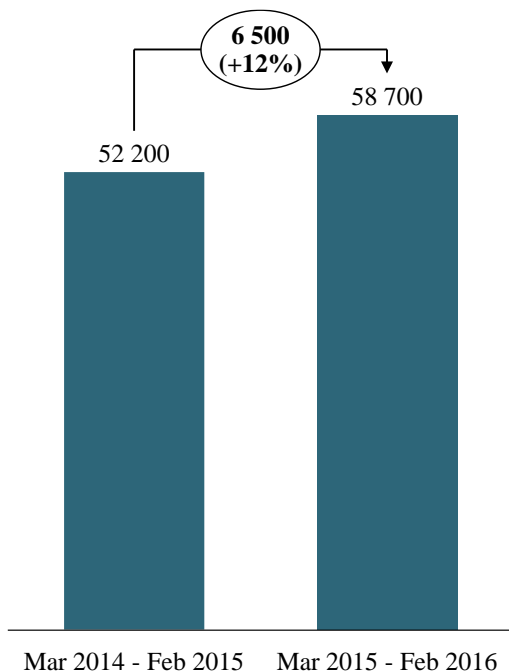
Flera intervjuade pekar på att det är för tidigt att se vilka långsiktiga effekter vårdvalet har haft på vårdproduktionen och efterfrågar en kontinuerligt uppföljning av vårdproduktionsutvecklingen. Intervjuade personer menar att ökningen i vårdproduktion delvis kan förklaras av ett uppdämt vårdbehov och befintliga vårdköer. Enligt denna teori beror

⁴⁴ För en beskrivning av respektive specialistdisciplin, se ordlistan på s. 3

⁴⁵ För en mer utförlig diskussion kring ”sorterade” och ”osorterade behov” hänvisas till rapporten Vårdval i specialistvården – utveckling och utmaningar (SKL, 2013a)

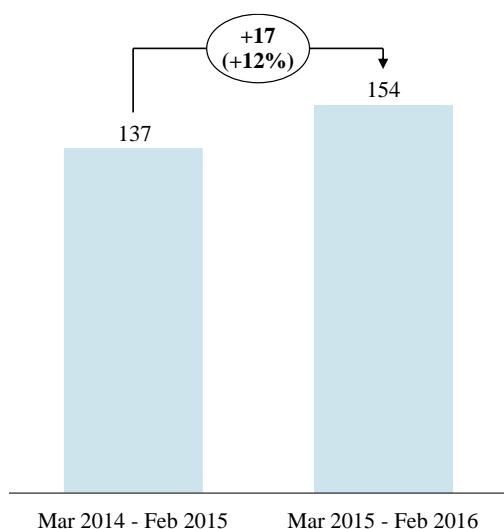
ökningen på att patienter som tidigare stod i vårdkö nu har fått komma till specialisttandvården. Om detta stämmer borde ökningen i vårdproduktion plana ut allteftersom dessa patienter blir färdigbehandlade. Liknande mönster har noterats i utvärderingar och uppföljningar av andra specialiserade vårdval som avsett en specifik behandling, exempelvis höft- och knäprotesoperationer, så kallade ”sorterade behov” (Wohlin J, 2012; Health Navigator, 2015).

Figur 23 – Antal åtgärder inom specialisttandvården, mars 2014 - februari 2016



Källa: Region Skåne (2016c)

Figur 24 – Kostnaden i miljoner kronor för specialisttandvården, mars 2014-mars 2016



Driftsform	Mar 2014 - Feb 2015	Mar 2015 - Feb 2016	Absolut förändring	Procentuell förändring
Privat	66	77	11	17%
Offentlig	71	77	6	9%
Totalt	137	154	17	12%

Not: Tidsperioden 2014-2015 avser 1 mars 2014 till 28 februari 2015 och tidsperioden 2015-2016 avser 1 mars 2015 till 28 februari 2016. Bland offentliga enheter ingår Folktandvården, Tandvårdshögskolan samt enheter inom Skånevård.

Källa: Region Skåne (2016c)

En fördjupad kvantitativ analys visar att ökningen i vårdproduktion kan härledas till olika faktorer. Till exempel får fler patienter specialisttandvård (ökning med 9 procent, från 14 300 till 15 700 patienter) och varje patient får i genomsnitt fler åtgärder (ökning med 3 procent, från i genomsnitt 3,6 till 3,7 åtgärder per patient). Samtidigt har kostnaden per åtgärd inte ökat, utan ligger kvar på cirka 2 620 kronor i genomsnitt.

Ökningstakten skiljer sig åt mellan specialistdiscipliner

På övergripande nivå har ökningstakten i vårdproduktion varit högre för de discipliner som konkurrensutsattes i samband med LOV:s införande (15 %) jämfört med den specialiserade ortodontin som konkurrensutsattes tidigare (7 %) ⁴⁶ (se Tabell 3).

Störst *absolut* förändringen observeras inom *pedodonti*, med en ökning på cirka 5 000 åtgärder på helåret (15 %), från drygt 32 000 åtgärder till 37 000. Många intervjuade pekar på att det är särskilt svårt att avgöra när en åtgärd ska utföras i pedodontin eller i den allmänna barn- och ungdomstandvården. Det beskrivs att det ofta är samma typ av åtgärder som utförs, men att en åtgärd ska remitteras till pedodontin om barnet har särskilt svåra sjukdomar som påverkar den orala hälsan eller har annan speciell behandlingsproblematik.

Tabell 3 – Antal åtgärder och kostnad inom specialisttandvården, mars 2014 - februari 2016

Specialistdisciplin	Mars 2014 - februari 2015		Mars 2015 - februari 2016		Förändring (absolut)		Förändring (%)	
	Antal åtgärder	Kostnad (MSEK)	Antal åtgärder	Kostnad (MSEK)	Antal åtgärder	Kostnad (MSEK)	Antal åtgärder	Kostnad
Pedodonti	32 415	28,8	37 212	34,1	4 797	5,3	15%	18%
Käkkirurgi	1 988	5,1	2 499	7,0	511	1,9	26%	38%
Protetik	1 797	3,4	1 527	3,1	- 270	-0,3	-15%	-9%
Parodontologi	1 277	1,4	1 276	1,6	- 1	0,1	0%	9%
Bettfysiologi	538	0,7	917	1,1	379	0,5	70%	68%
Endodonti	467	0,9	653	1,2	186	0,3	40%	36%
Totalt exkl. ortodonti	38 482	40,3	44 084	48,1	5 602	7,8	15%	19%
Ortodonti	13 756	96,6	14 655	105,7	899	9,1	7%	9%
Totalt	52 238	136,9	58 739	153,8	6 501	16,9	12%	12%

Not: Tidsperioden 2014-2015 avser 1 mars 2014 till 28 februari 2015 och tidsperioden 2015-2016 avser 1 mars 2014 till 28 februari 2015.

Källa: Region Skåne (2016c)

Tabell 3 visar att kostnaderna har ökat i takt med att antalet åtgärder blivit fler. För de specialistdiscipliner som ingick i vårdvalet (pedodonti, käkkirurgi, protetik, parodontologi, bettfysiologi, endodonti) har kostnaderna ökat med cirka 8 miljoner kronor, från 40 till 48 miljoner (19%). Kostnaderna har även ökat för ortodontin som inte ingick, från 97 miljoner till

⁴⁶ Specialistdiscipliner som konkurrensutsattes i och med vårdvalets införande: protetik, käkkirurgi, pedodonti, endodonti, bettfysiologi och parodontologi. För en beskrivning av respektive specialistdisciplin, se ordlistan på s. 3

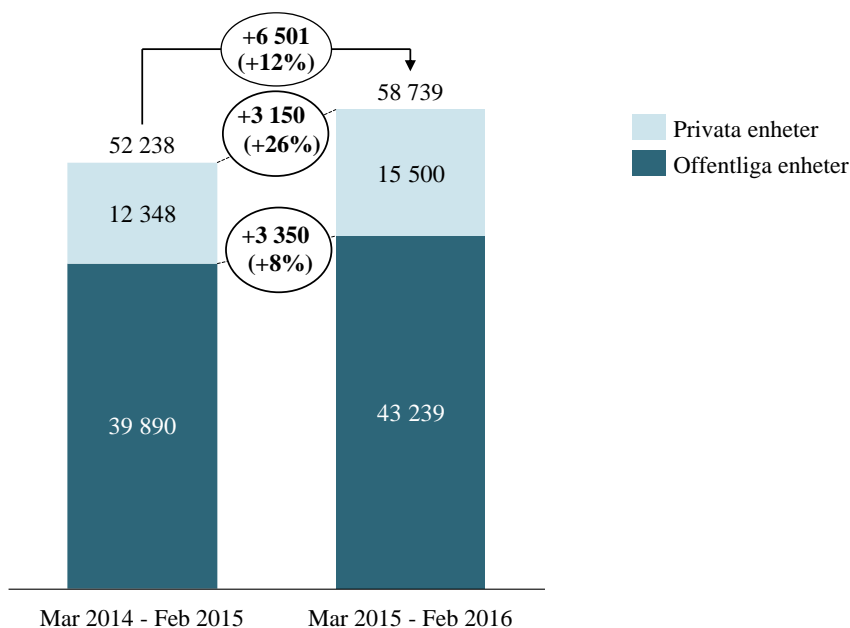
106 miljoner kronor (9%). För pedontontin har kostnaderna ökat med 18 procent, från 29 miljoner kronor till 34 miljoner kronor.

Ett datauttag från Folktandvården Skåne för perioden innan vårdvalet (2010 till 2013) för disciplinerna endodonti, parodontologi, protetik och pedodonti tyder också på att det skett en ökning i vårdproduktion i och med vårdvalets införande. Datauttag för perioden innan vårdvalet bedöms inte vara helt jämförbart med datauttag som gäller perioden efter vårdvalet. Den specialiserade barn- och ungdomstandvården var tidigare anslagsfinansierad och Region Skåne ställde därmed inte samma krav på åtgärdsregistrering.

Såväl offentliga som privata enheter har bidragit till de senaste årens produktionsökning

Såväl åtgärder utförda av privata som offentliga enheter har bidragit till de senaste årens ökning i vårdproduktion. Antal åtgärder utförda av privata enheter har ökat med 26 procent (+ cirka 3 150 styck). Antal åtgärder utförda av offentliga enheter har ökat med 8 procent (+ cirka 3 350 styck). (se Figur 25).

Figur 25 – Antal åtgärder för specialiserad tandvård, uppdelat på offentliga och privata enheter, mars 2014 - februari 2016



Not: Tidsperioderna avser 1 mars 2014 – 28 februari 2015 samt 1 mars 2015 – 28 februari 2016. Bland offentliga enheter ingår Folktandvården, Tandvårdshögskolan och fyra specialisttandvårdsenheter.

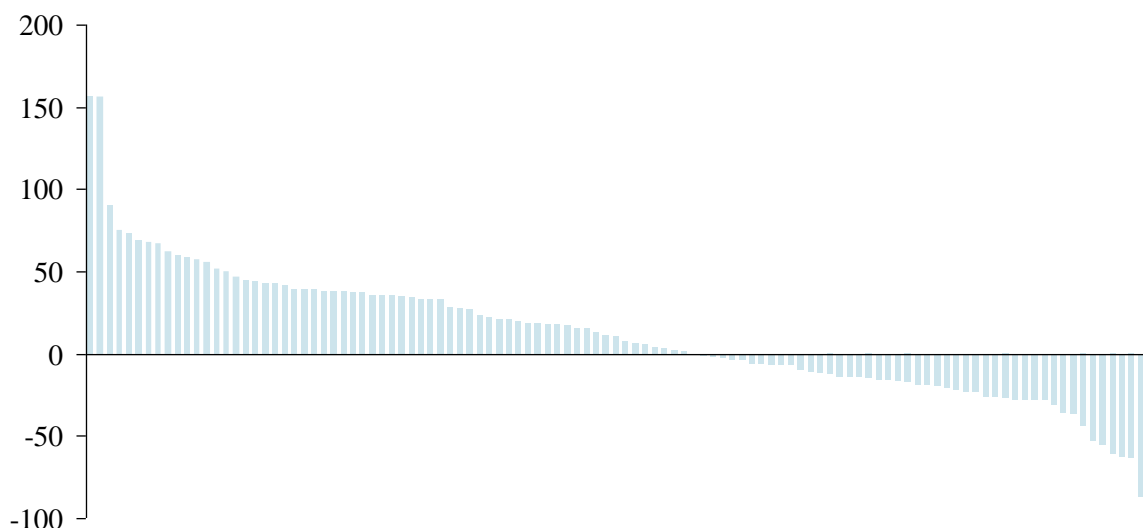
Källa: Region Skåne (2016c)

Skillnader i förändringstakt noteras för olika åtgärder

Som framgår av Figur 26 nedan observeras skillnader i förändringstakt för olika åtgärder mellan de studerade 12-månadersperioderna mars 2014-februari 2015 och mars 2015-februari 2016. För vissa åtgärder observeras en ökning på ungefär 160 procent och för andra noteras en minskning på cirka 60 procent.⁴⁷ Det är dock viktigt att iaktta stor försiktighet vid tolkningar av resultaten, eftersom de baseras på data från en begränsad tidsperiod där dessutom registreringspraxis kan ha ändrats. Förändringarna kan spegla faktiska skiften i vårdproduktion, en slumpmässig variation mellan de studerade tidsperioderna eller förändringar i hur åtgärds-koder registreras.

Figur 26 – Procentuell förändring i antal registrerade åtgärder per åtgärds-kod mellan mar 2014 - feb 2015 och mar 2015 - feb 2016

Procentuell förändring



Not: Endast åtgärds-koder som rapporterats minst för 30 tillfällen under perioden mar 2014 - feb 2015 ingår i grafen

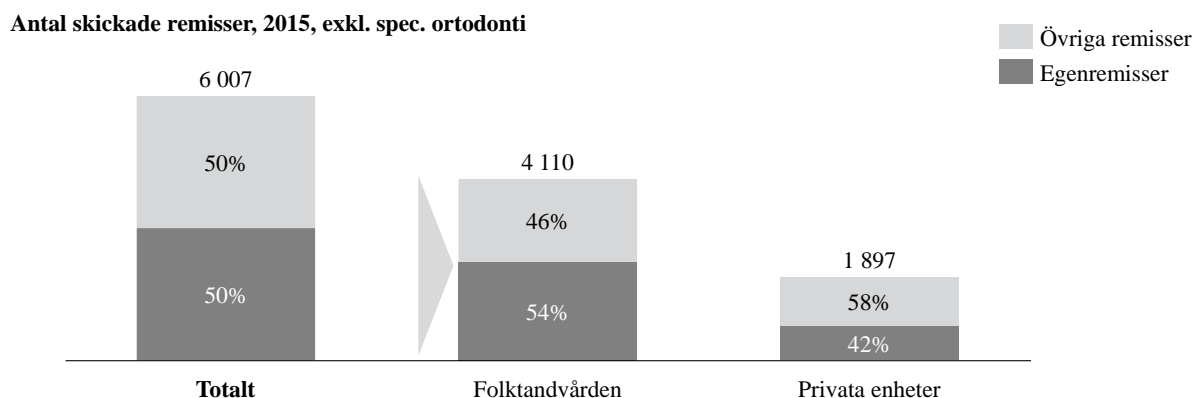
Källa: Region Skåne (2016c)

En varierande och hög andel egenremisser tyder på olika sätt att registrera och hantera remisser vilket försvårar uppföljning av kvalitet och effektivitet

En viktig variabel för uppföljning av tandvårdens kvalitet är andelen remisser som är så kallade egenremisser, det vill säga remisser som en enhet skickar till sig själv. Det kan finnas flera olika skäl till att en specialisttandläkare skickar en egenremiss, exempelvis om patienten har ett behov av ytterligare specialiserad tandvård utöver de åtgärder som den första remissen gällde. Under 2015 var cirka hälften av alla skickade remisser egenremisser (se Figur 27).

⁴⁷ Bland de åtgärder som ökar mest procentuellt sett återfinns Fluorbehandling inom pedodonti (+157 procent) och Merkostnader för medicinskt material inom endodonti, käkkirurgi och parodontologi (+156 procent). Bland de åtgärder som minskar mest återfinns Cementering av lossnad protetisk konstruktion inom protetik (-63 procent), Parodontalkirurgisk behandling vid en eller två tänder inom käkkirurgi och parodontologi (-63 procent) och Konsultation specialisttandvård inom endodonti, käkkirurgi, parodontologi, protetik och specialiserad ortodonti (-55 procent). För en beskrivning av respektive specialistdisciplin, se ordlistan på s. 3

Figur 27 – Antal skickade remisser uppdelat på Folk tandvården och privata enheter, exklusive icke-remissbaserad ortodonti, 2015



Not: Egen remisser definieras som remissen skickade från och till samma enhet, Totalt 45 specialisttandvårdsenheter skickade egenremisser, av totalt 52 som fick remisser under året. Tandvårdshögskolan remisser redovisas ej (totalt 149 remisser, varav 72 egenremisser).

Källa: Region Skåne (2016c)

Resultat från intervjuerna och de kvantitativa analyserna tyder på att det kan finnas oönskade variationer i hur remisser hanteras. Intervjuade personer menar att enheter ibland använder egenremisser som ett sätt att kringgå Tandvårdsfönster. Remitterande enheter har ibland använt andra IT-system eller pappersremisser för att remittera. När specialistandläkare sedan mottager remissen registreras den som en egenremiss i Tandvårdsfönster för att på så vis säkerställa att den utförda åtgärden ersätts av regionen. I tillägg beskrivs remisser från icke-ackrediterade enheter, alltså enheter som inte har behörighet att skicka remisser via Tandvårdsfönster, registreras som egenremisser för att patienten ska kunna få vård. Enligt representanter för Region Skåne är det ett betydande problem om enheter väljer att kringgå Tandvårdsfönster, eftersom det försvårar uppföljning och utvärdering av kvalitet och effektivitet inom tandvården.

”Det blir väldigt svårt att följa upp och utvärdera Tandvården om vårdgivarna inte använder Tandvårdsfönster på rätt sätt”

Representant för Region Skåne

Även de olika vårdgivarnas sätt att organisera sig kan förklara den relativt höga andelen egenremisser. Vissa vårdgivare har till exempel valt att organisera all verksamhet inom både den allmänna och den specialiserade barn- och ungdomstandvården i samma enhet, medan andra organiserat dessa verksamheter i olika enheter. Om all verksamhet är organiserad inom samma enhet kommer fler remisser att klassas som egenremisser.

En uppföljande analys för perioden januari – juni 2016 visar att andelen egenremisser minskat från cirka 50 procent till 27 procent totalt, och från 59 procent till 23 för Folk tandvården Skåne. Inom den privat drivna tandvården har också en minskning skett men mer begränsad, från 41 procent till 37 procent. En möjlig förklaring till denna minskning är att remisshanteringen via

Tandvårdsfönster fungerar bättre idag, och vårdgivarna i mindre utsträckning försöker kringgå IT-systemet.

Att vårdgivare använder IT-system eller pappersremisser för att skicka remisser indikeras också av andelen analoga remisser. Analoga remisser är remisser som mottas utanför Tandvårdsfönster och som sedan behöver läggas in manuellt. Cirka 40 procent av remisserna registrerades som analoga remisser under 2015. Under period januari-juni 2016 minskade andelen till 16 procent.

4.3 Den åtgärdsbaserade ersättningsmodellen uppfattas som relativt rättvis men bedöms inte fullt ut styra mot effektivitet och kvalitet

Dagens åtgärdsbaserade ersättningsmodell uppskattas i stort av vårdgivarna

Intervjuade representanter för vårdgivarna är överlag positivt inställda till dagens åtgärdsbaserad ersättningsmodell. Jämfört med det tidigare systemet med anslagsfinansiering anses dagens system i större utsträckning möjliggöra för vårdgivarna att utföra den vård som patienterna har behov av.

”Nu kan vi utföra den vård som behövs, utan att begränsas av en budget”
Representant för specialisttandvården

”Det är bra att vi får ersättning per åtgärd istället för en påse pengar – ersättningen speglar nu bättre det arbete som faktiskt utförs”

Representant för specialisttandvården

Samtidigt har vissa utmaningar med nuvarande ersättningsmodell lyfts fram i intervjuerna. Det finns i dagsläget inget tak för den totala ersättning som utbetalas. Å ena sidan sägs det möjliggöra att alla patienter får den behandling de behöver, å andra sidan poängteras att det över tid finns en risk för produktion av medicinskt omotiverad vård om en verksamhet vill öka sina intäkter. Ett exempel på en situation som både driver kostnader och onödig vård, är om vårdgivarna kallar in patienten vid flera tillfällen för att genomföra kombinationer av insatser, snarare än att hantera samtliga insatser under samma tillfälle.

Utifrån detta ses en viss risk i att dagens ersättningsmodell inte styr mot förbättrade arbetssätt, god vårdkvalitet, ökad effektivitet och tillgänglighet. Andra alternativa ersättningsmodeller som i större utsträckning styr mot önskade resultat och utfall, exempelvis målrelaterad ersättning eller vårdepisodersättning, bedöms dock av intervjuade personer vara svåra att implementera i den specialiserade barn- och ungdomstandvården.

Skillnader i ersättning för samma åtgärd

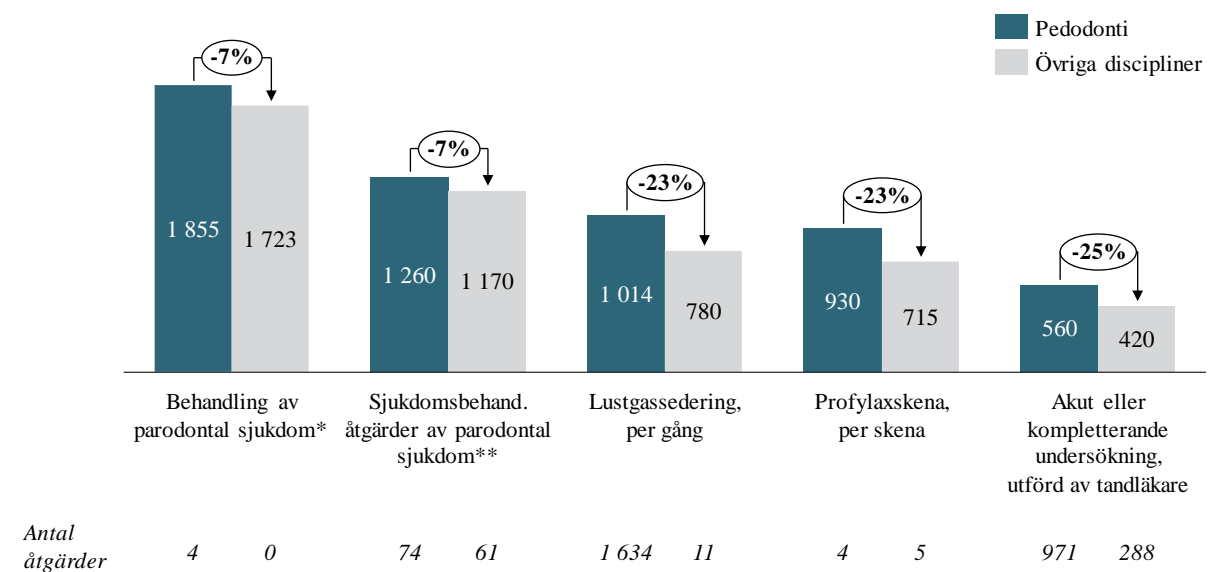
Det finns i dagsläget skillnader i ersättningsnivå per åtgärd beroende på inom vilken specialistdisciplin den utförs inom. Ersättningen för nio åtgärder är högre om åtgärden utförs inom pedodonti jämfört med om samma åtgärd utförs inom en annan disciplin (se Figur 28).

”Jag har svårt att förstå varför det skulle vara en skillnad på de olika specialistdisciplinerna. En utförd åtgärd borde värdesättas lika mycket oavsett vilken specialistdisciplin den utförs inom.”

Representant för den specialiserade barn- och ungdomstandvården

Ett konkret exempel är ersättningen för lustgassedering. När den utförs inom pedodontin får vårdgivaren 1 014 kr. Om den utförs inom annan specialistdisciplin får vårdgivaren 780 kr. Enligt representanter för Region Skåne fastölls principerna för ersättningsmodellen av en partsammansatt grupp. Åtgärder inom pedodonti ansågs då vara mer kostnadskrävande än åtgärder inom andra discipliner eftersom barn med stora vårdbehov och psykosociala problem oftare tenderar att behandlas inom pedodontin. Flera representanter för vårdgivarna upplever att dessa skillnader är orättvisa och anser att de styr mot att vissa åtgärder (medicinskt omotiverat) remitteras vidare till pedodontin som ger mer ersättning.

Figur 28 – Priser för ett urval av åtgärder inom pedodonti och övriga specialistdiscipliner, 2015



* Eller periimplantit - särskilt tidskrävande behandling

** Eller periimplantit, större omfattning

Not: Övriga discipliner inkluderar Bettfysiologi, Endodontologi, Käkkirurgi, Parodontologi och Protetik. För nio åtgärder är ersättning högre för pedodonti än andra discipliner, ovanstående åtgärder är ett urval. För en beskrivning av respektive specialistdisciplin, se ordlistan på s. 3

Källa: Region Skåne (2016c)

Vidare har det i intervjuer med vårdgivarna framkommit viss kritik mot att ersättningsnivåerna inom Region Skåne skulle vara lägre än i andra landsting, och lägre i jämförelse med

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) referenspriser. Vid en översiktlig jämförelse av skillnaderna i ersättning per genomförd åtgärd mellan Region Skåne, Stockholms läns landsting och TLV:s referenspriser kan det dock konstateras att detta inte gäller generellt. Av de 20 åtgärder som stod för högst kostnad i Region Skåne finns exempel på åtgärder där ersättningen är såväl högre, lägre och på samma nivå i Region Skåne, jämfört med TLV:s referenspriser och i Stockholms läns landsting.

Behov av ökad styrning och uppföljning för att säkerställa effektiv och kvalitativ specialiserad tandvård

Även om inställningen till dagens ersättningsmodell är överlag positiv, framhåller flera intervjuade personer att det finns behov av ökad styrning och uppföljning för att säkerställa kvalitet och effektivitet inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården.

Mot bakgrund av ökningen i vårdproduktion och kostnader efterfrågas ökade insatser för att bättre förstå de drivande faktorerna bakom utvecklingen. Flera intervjuade personer lyfter fram att Region Skåne kan bli bättre på att genomföra journalgranskningar och andra efterhandskontroller av fakturerade specialisttandvårdsåtgärder. Utifrån den data som ska registreras i Tandvårdsfönster bedömer intervjuade personer att det borde finnas goda möjligheter att identifiera vilka enheter som är lämpliga för en närmare granskning, exempelvis enheter med relativt stor andel egenremisser. Analysresultat från denna översyn tyder dock på att vårdgivarna inte till fullo använder Tandvårdsfönster såsom det är tänkt, vilket försvårar uppföljningen av tandvården.

”Region Skåne skulle kunna utföra många fler slumpmässiga efterhandskontroller för att säkerställa så att systemet inte missbrukas”

Representant för den specialiserade barn- och ungdomstandvården

Förändringar inom den allmänna barn- och ungdomstandvården tros kunna påverka vårdproduktionen inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården

En ökad vårdproduktion inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården kan också bero på att den allmänna barn- och ungdomstandvården i ökad utsträckning remitterar åtgärder, vilket leder till en glidning på utförd tandvård från allmän till specialiserad tandvård. För den allmänna barn- och ungdomstandvården, som ersätts via kapiteringsersättning, kan detta vara ett sätt att flytta kostnaderna från verksamheten, särskilt för patienter med stora vårdbehov.

”Som en del av en generell trend tycks det utföras allt mindre tandvård i den allmänna tandvården”

Representant för den specialiserade barn- och ungdomstandvården

I intervjuerna diskuteras flera insatser som kan bidra till att motverka detta, däribland införande av högkostnadsskydd, ökad ersättning för konsultation, ökade granskningar och uppföljning av enheter som skickar många remisser samt förtydligad gränsdragning mellan allmän- och specialiserad tandvård. Enligt vissa intervjuade är det dock svårt att skapa en tydlig gränsdragning eftersom det i många fall är samma åtgärder som utförs men på olika patientgrupper. Exempelvis remitteras åtgärder, som i normala fall faller inom den allmänna barn- och ungdomstandvården, till pedodontin när patienten bedöms ha en särskild behandlingsproblematik.

4.4 Förutom Region Skåne har endast Stockholm läns landsting infört vårdval inom den specialiserade tandvården⁴⁸

Det är endast två landsting/regioner (Region Skåne och Stockholm läns landsting) som har vårdval inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården i enlighet med LOV (specialiserad ortodonti exkluderat).

Stockholms läns landsting har upplevt en ökad tillgänglighet och patientnytta sedan vårdvalets införande

I mars 2010 infördes vårdval enligt LOV i Stockholm läns landsting (SLL) inom specialistdisciplinerna pedodonti, parodontologi, oral kirurgi, endodonti, oral protetik, odontologisk radiologi och bettfysiologi.⁴⁹ Den specialiserade ortodontin konkurrensutsattes redan 2000 (Stockholms läns landsting, 2012). SLL:s ersättningsmodell för den specialiserade barn- och ungdomstandvården påminner i stora drag om Region Skånes. Sedan vårdvalet infördes betalar SLL för utförda åtgärder enligt en av beställaren framtagen specialisttandvårdstaxa (Stockholms läns landsting, 2015b). Vid sidan om den åtgärdsbaserade ersättningen finns också målrelaterad ersättning i form av vite (avdrag på ersättningen) som kan utfalla om verksamheten inte lever upp till ett antal miljökrav (Stockholms läns landsting, 2015b).

Representant för SLL beskriver flera positiva effekterna av vårdvalets införande. Väntetiderna sägs ha minskat avsevärt och de flesta vårdgivare kan nu erbjuda vård inom två månader. Även patienterna beskrivs uppskatta att de nu har möjlighet att välja vårdgivare.

En framgångsfaktor bakom de observerade positiva effekterna i Stockholms län beskrivs vara att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetat mycket med att informera invånarna om deras rättigheter och valmöjligheter inom ramen för vårdvalet.

Även i Stockholms län noteras tendenser till att vård som egentligen ingår i den allmänna barn- och ungdomstandvårdens uppdrag remitteras till den specialiserade barn- och ungdomstandvården. Samtidigt anses det i dagsläget vara svårt att följa upp specifika remisser och bevisa att dessa egentligen borde utföras inom den allmänna barn- och ungdomstandvården.

⁴⁸ Specialiserad ortodonti exkluderat

⁴⁹ Innan vårdvalets införande tecknades direktavtal med Folk tandvården och Institutionen för odontologi vid Karolinska Institutet för all specialiserad barn- och ungdomstandvård. För en beskrivning av respektive specialistdisciplin, se ordlistan på s. 3

Andra landsting har valt olika modeller för att ersätta den specialiserade tandvården

Det finns en variation mellan landsting i hur man valt att ersätta den specialiserade tandvården⁵⁰. Det gäller exempelvis huruvida man valt att använda anslagsersättning eller ersättning per utförd åtgärd. Skillnader finns också i om landstingen sätter ersättningstak eller inte. Olika principer kan gälla inom samma landsting, där exempelvis olika discipliner ersätts efter kapitation eller anslag, beroende på vad som lämpar sig bäst (Västra Götalandsregionen (2015b).

I Västra Götalandsregionen (2015b) har en översyn av ersättningsmodellen till den specialiserade barn- och ungdomstandvården⁵¹ genomförts och förslag kring hur den skulle kunna utformas har tagits fram. Den föreslagna modellen består av flera olika komponenter och skiljer sig till vissa delar från den modell som Region Skåne och Stockholms läns landsting infört.

Grundprincipen för den föreslagna ersättningsmodellen är att den ska vara prestationsbaserad (åtgärdsbaserad). Av den totala ersättningen förväntas 60 procent baseras på den vård som en verksamhet producerar utifrån en förutbestämd prislista. Totalt 40 procent förväntas vara en fast ersättning till verksamheten. Den fasta ersättningen förväntas beräknas utifrån i första hand historisk data. Vidare har också en takkonstruktion föreslagits för att skapa en ökad kostnadskontroll för beställaren. Taket förväntas kunna justeras utifrån geografi och socioekonomi så att verksamheter med stor andel patienter med stora vårdbehov kan få mer ersättning.

⁵⁰ Åsytftar även landsting som inte har vårdval inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården

⁵¹ Västra Götalandsregionen har inte vårdval inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården

Kapitel 5

Sammanfattande reflektioner

5.1 Introduktion till sammanfattande reflektioner

I detta kapitel redovisas inledningsvis en sammanfattande reflektion kring analysresultaten (avsnitt 5.2). Vidare presenteras ett antal utvecklingsområden inom barn- och ungdomstandvården som har framkommit i analysen av de två vårdvalen (avsnitt 5.3). Dels lyfts generella områden som har bäring på både den allmänna- och specialiserade barn- och ungdomstandvården, dels lyfts frågor kring vidareutveckling av dagens ersättningsmodeller för respektive område. Avslutningsvis föreslås några områden som Region Skåne skulle kunna utreda vidare (avsnitt 5.4).

5.2 Sammanfattande reflektion kring analysresultaten

I denna översyn analyseras de kortsiktiga konsekvenser av införande av två olika vårdval enligt LOV i Region Skåne – vårdval inom den allmänna barn- och ungdomstandvården år 2013 samt vårdval inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården år 2014. Skillnader i utveckling och resultat observeras för de två vårdvalen. Till en del förklaras dessa skillnader av vårdvalens olika utformning, som i sin tur kan förklaras av skilda verksamhetsmässiga förutsättningar.

Vårdvalets införande inom den *allmänna barn- och ungdomstandvården* har inneburit begränsade förändringar för vårdgivare och patienter. Redan innan vårdvalet infördes fanns ett kapiteringsbaserat valfrihetssystem. Syftet med vårdvalets införande var att omvandla existerande system till ett valfrihetssystem enligt då gällande lagstiftning (LOV). Mot denna bakgrund förväntas effekterna av införande av vårdvalet enligt LOV att vara begränsade – såväl utifrån ett patient- som vårdgivarperspektiv. Dessa förväntningar ligger också i linje med översynens övergripande analysresultat. Vårdvalets införande bedöms än så länge ha haft begränsande effekter på tillgänglighet, oral hälsa och huruvida patienterna får den tandvård som de är i behov av.

Flera intervjuade representanter lyfter fram att vårdgivarna har relativt begränsade möjligheter att påverka den orala hälsan hos barn- och ungdomar inom ramen för den allmänna barn- och ungdomstandvårdens uppdrag. Snarare lyfter intervjuade personer fram potentialen i riktade insatser, exempelvis ”Tandborsten” – en enhet som erbjuder föräldrautbildning med fokus på tandvård i områden med en förhållandevis låg socioekonomi. Utveckling av riktade insatser för att förbättra och utjämna den orala hälsan är i allmänhet ett viktigt tema för framtidens barn- och ungdomstandvård, och i synnerhet för patientgrupper som i dag inte fångas upp av den allmänna tandvårdens insatser.

Införandet av vårdval inom den *specialiserade barn- och ungdomstandvården* har inneburit flera och större förändringar. Ett antal specialistdiscipliner konkurrerades ut och ersättningen till enheter ändrades från anslagsfinansiering till åtgärdsbaserad ersättning. Det uttalade syftet var att ge patienterna större valfrihet, minska väntetiderna samt säkerställa att vårdinsatser ges

på rätt nivå. Cirka två år efter vårdvalets införande kan flera förändringar noteras. Analysresultaten från översynen tyder på att vårdvalets införande delvis uppfyllt sitt syfte. Antal valbara enheter har ökat inom samtliga konkurrensutsatta specialistdiscipliner och fler patienter kan därmed sägas ha fått större valfrihet. Resultaten visar även på att vårdproduktionen och kostnaderna ökat sedan vårdvalets införande. Fler patienter får specialiserad barn- och ungdomstandvård och fler åtgärder per patient utförs inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården. Då det i dagsläget finns begränsade möjligheter att följa upp resultaten utifrån tillgängliga dataunderlag har ingen tydlig bedömning kunnat göras gällande vårdvalets effekter på väntetider. Flera intervjuade personer tror dock att väntetiderna inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården skulle kunna kortas ännu mer om patienterna fick mer information om vilka valmöjligheter som finns.

Gemensamt för *både allmän- och specialiserad barn- och ungdomstandvård* är att det tycks finnas en utbredd positiv syn på valfrihet och konkurrens mellan privata och offentliga vårdgivare. Grunderna för vårdval är väl förankrad hos såväl privata som offentliga vårdgivare. Det utvecklingsområden som lyfts fram av representanterna handlar i stor utsträckning om justeringar eller tillägg i befintliga system.

Utmaningar vad gäller möjligheten att utforma en optimal ersättningsmodell är ett återkommande tema i översynen. De utmaningar som identifierats stämmer väl överens med tidigare utredningar och studier om vårdval inom övrig hälso- och sjukvård. Inom den allmänna barn- och ungdomstandvården handlar det framför allt om svårigheter i att mäta, och därmed vikta ersättning, utifrån patientunderlagets varierande aktuella och framtida vårdbehov. En annan utmaning ligger i att skapa modeller som uppmuntrar till förebyggande insatser och kompenserar vårdgivarna för särskilt kostnadskrävande patienter, så kallade kostnadsytterfall. Inom den specialiserade tandvården förefaller utmaningen i synnerhet handla om att styra och kontrollera kostnadsökningen och vårdproduktion i och med införande av en åtgärdsbaserad ersättningsmodell.

5.3 Förslag på utvecklingsområden för vårdvalen inom barn- och ungdomstandvården i Region Skåne

Utifrån översynen har ett antal förslag på utvecklingsområden kunnat identifieras. Nedan sammanfattas utvecklingsområden som är gemensamma för både den allmänna- och specialiserade barn- och ungdomstandvården. De föreslagna utvecklingsområdena är av övergripande karaktär för den fortsatta utvecklingen av vårdvalen inom barn- och ungdomstandvården. Förslagen syftar till att utveckla och förstärka vårdvalens grundförutsättningar över tid. Vissa av förslagen går att implementera inom en kortare tidsram medan andra avser ett mer långsiktigt och löpande arbete. Förslagen presenteras utan inbördes ordning.

Därefter beskrivs ett antal utvecklingsområden som avser ersättningsmodellerna för den allmänna respektive den specialiserade barn- och ungdomstandvården. Region Skåne rekommenderas att analysera och utforma insatser i dialog med vårdgivarna inom dessa områden för att utveckla dagens ersättningsmodeller. Ett syfte med vidareutvecklingen av ersättningsmodellerna bör vara att skapa ersättningsprinciper som uppfattas som rättvisa av

vårdgivarna och som styr mot en kvalitativ, tillgänglig, jämlik och resurseffektiv barn- och ungdomstandvård.

Generella utvecklingsområden för både den allmänna- och den specialiserade barn- och ungdomstandvården

- **Förbättra förutsättningarna för patienten och deras vårdnadshavare att göra välinformerade val av enhet** – Region Skåne kan öka utbudet och tillgängligheten av patientinformation som beskriver valbara enheter samt hur vårdvalet fungerar. Region Skåne kan även överväga att samla in och kommunicera väntetidsdata inom tandvården. Intervjuade vårdgivare betonar särskilt att information om väntetider är viktig vägledning för patienter och deras vårdnadshavare som ska välja specialisttandvårdsenhet. Insamlad statistik kan också utgöra en viktig utgångspunkt i uppföljningen av tandvården. Därutöver kan Region Skåne arbeta för att förtydliga riktlinjer kring vilken information som remittenten ska presentera för patienter och deras vårdnadshavare.
- **Fördjupa dialogen med vårdgivarna** – I denna översyn identifieras behov av att vidareutveckla och fördjupa dialogen med vårdgivarna inom ett antal områden:
 - Region Skåne bör ta ytterligare initiativ för att fördjupa dialogen mellan uppdragsgivaren och vårdgivare för att diskutera erfarenheter och behov av förändringar inom barn- och ungdomstandvården och utvecklingen av vårdvalen. Exempelvis kan Region Skåne arbeta för att etablera en grupp med representation från ledning och odontologiskt/medicinskt sakkunniga från både offentliga och privata vårdgivare. Dessa föreslås formera en grupp som vid återkommande träffar bjuds in för att diskutera frågor kring vårdvalen och barn- och ungdomstandvårdens långsiktiga utveckling, till exempel utveckling av ackrediteringsvillkor.⁵²
 - Region Skåne bör även fortsätta att involvera och inhämta synpunkter från vårdgivarna i olika öppna forum (till exempel via vårdgivarmöten), och lyssna in vårdgivarnas inspel gällande barn- och ungdomstandvårdens utveckling och andra förändringar som berör tandvården (exempelvis utformning av vårdprogram och IT-stöd). Som en del i detta bör också Region Skåne utveckla sitt arbete med att sammanställa och återrapportera den statistik som samlas in via Tandvårdsfönster till vårdgivarna.

Även inom primärvården och Hälsovalet identifierades ett liknande behov av fördjupad dialog med vårdgivarna vid en genomförd översyn. Flera förslag till nya samverkansformer och partnerskap inom primärvården har beslutats av Hälso- och sjukvårdsnämnden (KEFU, 2016; Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2016). För att harmonisera styrning och förstärka kopplingen mellan tandvården och övrig hälso- och

⁵² Ett liknande förslag har tagits fram för att fördjupa dialogen med vårdgivare inom primvården (se Protokoll för Sammanträde hälso- och sjukvårdsnämnden 26 augusti 2016 - Samverkansformer för utveckling av Hälsoval Skåne)

sjukvård bör Region Skåne sträva efter att eventuella förändringar inom barn- och ungdomstandvården utgår från redan beslutade och etablerade strukturer för vårdgivarsamverkan. Denna typ av harmonisering måste dock anpassas utifrån tandvårdens särskilda förutsättningar och organisering.

- **Förstärk uppföljningen inom barn- och ungdomstandvården** – En förutsättning för uppföljning och utvärdering av tandvården är tillgången till relevanta och tillförlitliga dataunderlag. Region Skåne bör fortsätta arbetet med att säkerställa enhetlig och likvärdig inrapportering i Tandvårdsfönster för att skapa förutsättningar för en bättre uppföljning. Inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården föreslås Region Skåne överväga att utöka sina efterhandskontroller (till exempel granskningar av journaler och remissflöden) under en period för att bättre förstå och följa produktionsutvecklingen. Vidare föreslås Region Skåne att utveckla förutsättningarna för uppföljning inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården och förbättra möjligheter att löpande förstå vilka de kostnadsdrivande åtgärderna/disciplinerna är och när/var de uppstår i vårdförloppet.

För att i ökad utsträckning förankra den uppföljning och styrning som behövs, föreslås Region Skåne inrätta en expertgrupp för utvecklingen av tandvårdens uppföljning och kvalitet. Hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat att inrätta en liknande expertgrupp för primärvården och expertgrupper finns inom ett antal områden i Region Skåne (Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2016).

Förslag på utvecklingsområden kring ersättningsmodellen för den allmänna barn- och ungdomstandvården

- **Behåll och vidareutveckla justeringen av kapiteringsersättningen efter vårdbehov** – Översynen visar att det finns ett stöd hos vårdgivarna för att anpassa kapiteringsersättningen utifrån patienternas vårdbehov. Många vårdgivare ser flera fördelar med den CNI-viktade ersättningen, även om vissa kritiserar dagens modell för att den inte tar hänsyn till att patienter med god socioekonomi också kan ha stora vårdbehov. Region Skåne rekommenderas att tillsvidare behålla den CNI-viktade kapiteringsersättningen och när tillförlitlig data finns tillgänglig genomföra fördjupade analyser kring CNI:s koppling till faktiskt vårdkonsumtion över tid. Den fördjupade analysen bör ta sin utgångspunkt i analyser av patienters vårdkonsumtion och dess kostnader över en flerårsperiod. Analysresultaten kan bland annat leda till en förnyad och faktabaserad diskussion kring hur stor andel av kapiteringsersättningen som bör viktas utifrån CNI. Även dialog kring möjligheten och relevans att inkludera andra viktningsparametrar, till exempel andra åldersindelningar, kan föras.
- **Överväg att utveckla och införa en gemensam modell för hantering av kostnadsytterfall** – En utmaning som identifierats inom ramen för genomförda analyser, är att slumpmässiga variationer i patientunderlag mellan enheterna riskerar att slå mot enskilda enheters ekonomi utifrån patienternas vårdbehov. Detta gäller särskilt om enheter har få patienter och/eller en stor andel patienter med stora vårdbehov. En modell för riskspridning (så kallade ”riskpott”) har tidigare funnits för privata

vårdgivare i Region Skåne, men avskaffades i samband med vårdvalets införande. Region Skåne kan överväga att införa modeller för högkostnadsskydd och kollektiv riskspridning för enheter för att få ersättningsnivåerna att bättre speglar faktiska kostnadsutfall. Grundidén med ett högkostnadsskydd är att vårdgivarna betalar in en premie för att delta i högkostnadsskyddet. Enheterna får sedan ersättning från högkostnadsskyddet när kostnaderna för en patient överskridit en viss gräns. Syftet är att värna kvaliteten i tandvården och ge enheterna ekonomiska förutsättningar att utföra den tandvård som patienterna är i behov av. Införandet och utformning av modell för högkostnadsskydd och kollektivt riskspridande är komplext och bör analyseras och utvärderas ingående innan det kan införas. Flera andra landsting och regioner har i dagsläget någon form av högkostnadsskydd, och Region Skåne rekommenderas att närmare ta del av deras erfarenheter. Exempel på frågeställningar som Region Skåne behöver ta ställning till inför ett införande är bland annat:

- *Hur ska premien finansieras?* Premien kan antingen flyttas inom nuvarande ram eller finansieras med ett tillskott till den allmänna barn- och ungdomstandvården. Om premien avräknas från en del av dagens kapiteringsersättning blir systemet kostnadsneutralt för Region Skåne. Om så sker är det samtidigt viktigt att kapiteringsersättningen efter avräkningen fortfarande ger förutsättningar för vårdgivarna att ge den tandvård som föreskrivs i vårdprogrammet för de patienter som inte utgör kostnadsytterfall. Vidare kan ett maxtak på systemets utbetalningar under en tidsperiod införas för att säkerställa balans mellan in- och utbetalningar. Exempelvis kan ersättningsnivån göras beroende av antal fall som årligen berättigar ersättning.
- *Vilka mekanismer för att motverka otillbörligt utnyttjande av högkostnadsskyddet bör införas (exempelvis vårdgivare som begär ersättning för patienter som inte egentligen har behov av insatser)?* Till exempel kan enheterna själva stå för en del av kostnaderna för patienter med stora vårdbehov (en form av självrisk). Andelen av enhetens kostnadsansvar skulle kunna trappas ned för särskilt kostnadskrävande patienter, men aldrig tillåtas bli noll för att motverka skeva incitament. Ersättning kan betalas ut efter en förhandsbedömning eller kontrolleras slumpmässigt i efterhand via journalgranskningar. Ett annat sätt att motverka otillbörligt utnyttjande kan vara att öka transparensen kring utbetalningar, exempelvis genom offentliggörande av summan av årliga utbetalningar till respektive enhet.
- *Hur ska administrationen av högkostnadsskyddet hanteras?* Finansiering och administrationen av högkostnadsskyddet behöver också diskuteras. Modeller där både Region Skåne eller en extern aktör ansvarar för systemet är möjliga alternativ för administration av högkostnadsskyddet.
- *Vilka vårdgivare ska omfattas av högkostnadsskyddet?* Huruvida högkostnadsskyddet ska vara obligatoriskt är en annan central frågeställning. Större vårdgivare har idag möjlighet att själva parerar för den slumpmässiga variation som kan finnas i patientunderlaget och kan därför vara mindre

intresserade av att omfattas av ett högkostnadsskydd. Om högkostnadsskyddet inte är obligatoriskt finns samtidigt en risk att endast enheter med upplevd hög risk för kostnadsytterfall ansluter sig.

- **Se över möjligheter att anpassa ersättningsmodellen för att säkerställa följsamhet till vårdprogram** – Representanter för barn- och ungdomstandvården i Region Skåne bedömer att följsamheten till vårdprogrammet är central. För att säkerställa följsamheten kan Region Skåne förstärka den löpande kommunikationen gentemot vårdgivarna kring kraven i vårdprogrammet och föra en dialog med enskilda vårdgivare vid eventuella avvikelser från vårdprogrammets krav. Som ett ytterligare steg kan Region Skåne se över möjligheten att koppla en viss del av ersättningen till följsamheten till vårdprogrammets krav. Det framförs dock att enheter med hög CNI-vikt har särskilt stora utmaningar med att säkerställa att patienterna kommer till bokade besök. Dessa enheter har därmed särskilda svårigheter att nå god följsamhet till vårdprogram för sina listade patienter. Region Skåne bör därför föra en diskussion med vårdgivarna om, och i vilken utsträckning, dagens CNI-viktade kapiteringsersättningen kan anses omfatta särskilda insatser för att minska uteblivna besök. Denna diskussion behöver föras innan Region Skåne överväger att koppla ersättningen till följsamhet till vårdprogram.

Förslag på utvecklingsområden kring ersättningsmodellen för den specialiserade barn- och ungdomstandvården

- **Skapa mer enhetliga ersättningsnivåer mellan specialistdiscipliner** – För ett begränsat antal åtgärder finns skillnader i ersättningsnivå beroende på inom vilken specialistdisciplin åtgärder utförs. Även om det omfattar ett begränsat antal åtgärder finns en upplevelse inom barn- och ungdomstandvården att dessa skillnader är orättvis och anses av vårdgivarna öka incitamenten att remittera/styra remisser till specialistdiscipliner som ger högre ersättning. Region Skåne bör mot denna bakgrund överväga att skapa, och tydligare kommunicera, mer enhetliga ersättningsnivåerna inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården. För att möjliggöra högre ersättning när åtgärder för patienter med särskilt stora vårdbehov utförs, kan istället kompletterande regionspecifika åtgärds-koder användas⁵³. Vid utökad användning av åtgärds-koder behöver också övervägande ske kring vilka specialistdiscipliner som kan använda koderna. En förstärkt uppföljning av användningen av kompletterande åtgärds-koder blir också nödvändig för att säkerställa att de används på avsett sätt.
- **Analysera och utvärdera möjligheten att ersätta för behandlingsepisoder** – Region Skåne kan utvärdera möjligheterna att förändra ersättningsprinciperna för vissa åtgärder inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården, i syfte att ge vårdgivarna ett större ansvar för vårdkedjan. Exempelvis skulle Region Skåne kunna ge vårdgivarna en ”episodersättning” för utvalda behandlingsepisoder istället för ersättning per enskild åtgärd.

⁵³ Regionspecifika åtgärds-koder finns idag inom Pedodonti (exempelvis kod 017 Psykodonti – som ger 920 kr per behandlingstillfälle)

5.4 Ytterligare områden för fortsatt utredning

För att ge Region Skåne ytterligare insikter kring hur barn- och ungdomstandvården kan utvecklas och vilka konsekvenser som vårdvalen har inneburit kan följande områden vara relevanta för fördjupad utredning:

- **Patienternas upplevelse av tandvården** – Denna översyn har fokuserat på kvantitativa analyser och intervjuer med representanter för tandvården. En kompletterande utvärdering med ett förstärkt fokus på patienternas upplevelse skulle bidra med värdefulla insikter. Frågor som skulle kunna adresseras är: Upplever patienterna att tillgängligheten och vårdkvalitet har förbättrats? Vad tycker patienterna är viktigt och vilka förändringar inom tandvården vill de se? I anslutning kan också patienternas upplevelse av möjlighet till val studeras.
- **Gränsnittet mellan den allmänna och specialiserade barn- och ungdomstandvården** – Region Skåne kan utreda hur gränsnittet mellan den allmänna och den specialiserade barn- och ungdomstandvården kan förstärkas för att säkerställa att insatser utförs på rätt vårdnivå genom både finansiella och icke-finansiella incitament. Som en del i detta kan Region Skåne exempelvis se över möjligheten och konsekvenserna kring att införa ett delat kostnadsansvaret för specialisttandvårdsåtgärder mellan remitterande enhet (företrädevis allmänna barn- och ungdomstandvårdsenheter) och specialiserade barn- och ungdomstandvårdsenheter. Det skulle till exempel kunna innebära att varje remiss var förenad med en kostnad för remitterande enhet eller att en viss procentuell andel av kostnaden för specialiståtgärden belastade den remitterande enheten. Vid en eventuell förskjutning av kostnadsansvar behöver också ramarna för ersättning mellan allmän och specialiserad barn- och ungdomstandvård ses över. De ekonomiska incitamenten för den allmänna barn- och ungdomstandvården att remittera vidare patienter skulle minska (men i mindre utsträckning för vårdgivare med verksamhet inom både allmän- och specialiserad barn- och ungdomstandvård). Det är dock viktigt att ett delat kostnadsansvar kombineras med att en tydlig uppföljning (exempelvis via efterhandskontroller) för att säkerställa att de remisser som skickas också bör utföras inom den specialiserade tandvården. En sådan förbättrad uppföljning kan också i sig ge incitament så att insatser på rätt vårdnivå säkerställs.
- **Kompetensförsörjning inom tandvården** – Vårdgivarna upplever behov av förstärkta förutsättningar inom området kompetensförsörjning, särskilt vad gäller specialisttandvårdskompetens. Med tanke på kommande pensionsavgångar kan det finnas skäl att, tillsammans med berörda aktörer, utreda nya lösningar och tillvägagångssätt för att hantera (kommande) utmaningar kopplade till kompetensförsörjning.
- **Samverkan med andra aktörer** – Flera andra aktörer har regelbunden kontakt med barn och ungdomar, exempelvis BVC, primärvården och skolhälsovården. En förstärkt samverkan och samarbete mellan tandvården och dessa aktörer kan bidra till att säkerställa den orala hälsan hos barn och ungdomar. Samtidigt har tandvården en viktig roll i att upptäcka generell ohälsa och barn som far illa. Hur utökad samverkan mellan tandvården och andra aktörer kan bidra till förbättrad hälsa och trygghet hos barn och ungdomar är en fråga som föreslås undersökas närmare.

Kapitel 6

Referenser

- 1177 Vårdguiden Skåne. (den 27 maj 2016). *Välj tandvårdsenhet för barn och unga*. Hämtat från <http://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Valj-tandvardsmottagning-for-barn-och-unga/>
- Anell, A. (2015). *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi - en litteraturöversikt*.
- Charlesworth, A., Davies, A., & Dixon, J. (2012). *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value*.
- Christianson, J. B., Leatherman, S., & Sutherland, K. (2007). *Paying for quality: Understanding and assessing physician pay-for-performance initiatives*.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy* 2013.
- Folktandvården. (den 16 maj 2016). *Ny klinik ska ge barnen i Fosie friskare tänder*. Hämtat från <http://folktandvardenskane.se/om-oss/nyheter/2016/ny-klinik-ska-ge-barnen-i-fosie-friskare-tander/>
- Folktandvården Skåne. (den 16 maj 2016). *Ny klinik ska ge barnen i Fosie friskare tänder*. Hämtat från <http://folktandvardenskane.se/om-oss/nyheter/2016/ny-klinik-ska-ge-barnen-i-fosie-friskare-tander/>
- Health Navigator. (2015). *Analys av konsekvenser av införande av vårdval specialistvård i Uppsala län*.
- Karlsson, M. (den 13 januari 2016). *Skåne satsar på egen specialistutbildning*. Hämtat från Tandläkartidningen: <http://www.tandlakartidningen.se/arkivet/nyhet/skane-satsar-pa-egen-specialistutbildning/>
- KEFU. (2015a). *Delrapport 1 - Vårdvalens effekter inom den specialiserade ögon- och hudsjukvården i Region Skåne*.
- KEFU. (2015b). *Delrapport 2a - Bidrar CNI-ersättning till BVC till ett förändrat vårdutbud som skapar förutsättningar för jämlik hälsa?*
- KEFU. (2015c). *Delrapport 3 - Vårdvalets och ersättningsmodellens effekter för Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO)*.
- KEFU. (2016). *Översyn av primärvårdens utveckling efter införande av Hälsoval Skåne*. KEFU.
- Konkurrensverket. (den 10 augusti 2016). *Valfrihetssystem*. Hämtat från Konkurrensverket: <http://www.konkurrensverket.se/upphandling/valfrihetssystem/>
- Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). (u.d.).
- Landstinget i Västernorrland. (2015). *Förfrågningsunderlag LOV tandvård barn och ungdom*.
- Landstinget i Östergötland. (2013). *Regelbok för vårdval inom allmäntandvård för barn och ungdomar*.
- Landstinget i Östergötland. (2013). *Socioekonomi och tandhälsa hos barn och ungdomar i Östergötland 2012*.

- Norrbottens läns landsting. (2016). *Vårdval allmän barn- och ungdomstandvård.*
- Privattandläkarna. (2014). *Rapport landstingsfinansierad tandvård.*
- Privattandläkarna. (den 12 augusti 2016a). *Tandvården i siffror.* Hämtat från <http://ptl.se/tandvarden-i-siffror-2/>
- Privattandläkarna. (2016b). *Sammanställning - Enkät svar om barnersättning.*
- Region Halland. (2012a). *Förslag om ny ersättningsmodell för barntandvård från, Dnr. HSS110115.*
- Region Halland. (2012b). *HSS120227.*
- Region Halland. (2015). *RS150353.*
- Region Jämtland Härjedalen. (2016). *Förfrågningsunderlag allmän barn- och ungdomstandvård.*
- Region Jönköpings län. (2015). *Aktuell information från Folkhälsa och sjukvård - Bedömning tandvård, Nr. 2.*
- Region Skåne. (2011). *Barn- och ungdomstandvård hos privattandläkare som är verksamma i Skåne.*
- Region Skåne. (2012a). *Förutsättningar för godkännande/ackreditering och Avtal för enhet i vårdval för allmän barn- och ungdomstandvård i Region Skåne.*
- Region Skåne. (2012b). *Avtal mellan Region Skåne och om Barn- och ungdomstandvård för 3-19-åringar i Region Skåne 2012.*
- Region Skåne. (2012c). *Beslutsförslag i Tandvårdsutskottet 2012-09-06, Dnr 1201472.*
- Region Skåne. (2012d). *Beslutsförslag i Tandvårdsutskottet 2012-03-08, Dnr 1102333.*
- Region Skåne. (2012e). *Beslutsförslag i Vårdproduktionsberedningen 2012-03-26.*
- Region Skåne. (2012f). *Hälso- och sjukvårdsnämnden, beslutsförslag 2012-04-12.*
- Region Skåne. (2012g). *Tilläggsavtal, till "Avtal mellan Region Skåne och Svensk Privattandvård AB om Barn- och ungdomstandvård för 3-19-åringar i Region Skåne 2012".*
- Region Skåne. (2013). *Regionfullmäktige protokollsutdrag 2013-06-17 - §60 Folkvandvården Skåne - Bildandet av Folkvandvården Skåne AB (ärende 8).*
- Region Skåne. (2014). *Handlingsplan för 2015 och 2016 - Strategisk plan för tandvården i Region Skåne.*
- Region Skåne. (2015a). *Vårdprogram för barn- och ungdomstandvård.*
- Region Skåne. (2015b). *Förfrågningsunderlag/ackrediteringsvillkor för Leverantör i vårdval för allmän barn- och ungdomstandvård 0 – 19 år i Region Skåne år 2016.*
- Region Skåne. (2015c). *Förfrågningsunderlag/ackrediteringsvillkor för Leverantör i vårdval för specialiserad barn- och ungdomstandvård 0-19 år i Region Skåne gällande år 2016.*
- Region Skåne. (2015d). *Ersättningsberättigade specialiståtgärder 2016.*
- Region Skåne. (2015e). *Årsredovisning 2014. Kristianstad.*
- Region Skåne. (2015f). *Beslutsunderlag - Hälso- och sjukvårdsnämndens internbudget för 2015, Dnr 1400873.*
- Region Skåne. (2016a). *Årsredovisning 2015.*
- Region Skåne. (2016b). *Intervjuer med representanter för Region Skåne genomförda inom ramen för översyn av vårdval inom allmän- och specialiserad barn- och ungdomstandvård.*
- Region Skåne. (2016c). *Datauttag avseende barn- och ungdomstandvård i Skåne.*

- SKL. (2012). *Vårdval i primärvården - Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar.*
- SKL. (2013a). *Vårdval i specialistvården – utveckling och utmaningar.*
- SKL. (2013b). *Planeringsprognos 2021.*
- SKL. (2014). *Ersättningsystem i vårdval.*
- SKL. (2016). *Valfrihetssystem i landsting och regioner enligt LOVbeslutsläge.*
- SNS. (2014). *Ersättning i sjukvården - modeller, effekter och rekommendationer.*
- Socialstyrelsen. (2009). *Karies hos barn och ungdomar - Epidemiologiska uppgifter för år 2008.*
- Socialstyrelsen. (2011). *Karies hos barn och ungdomar - Epidemiologiska uppgifter för år 2010.*
- Socialstyrelsen. (2012). *Karies hos barn och ungdomar - Epidemiologiska uppgifter för år 2011.*
- Socialstyrelsen. (2013). *Sociala skillnader i tandhälsa mellan barn och unga.*
- Socialstyrelsen. (2014). *Karies hos barn och ungdomar - Epidemiologiska uppgifter för år 2013.*
- Socialstyrelsen. (2015). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.*
- Socialstyrelsen. (2015a). *Karies hos barn och ungdomar - Epidemiologiska uppgifter för år 2014.* Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2015b). *Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2013.*
- Statistiska centralbyrån (SCB). (den 31 12 2015). *Folkmängd efter region, ålder och år.* Hämtat från Statistikdatabasen: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningNy/table/tableViewLayout1/?rxid=e301f175-588c-4245-b308-af34739878a4
- Stockholms läns landsting. (2011). *HSN 1109-1022. SLL.*
- Stockholms läns landsting. (2012). *Förslag till förfrågningsunderlag enligt lagen om valfrihetssystem avseende barn- och ungdomstandvård fr.o.m. 2013-02-01, HSN 1109-1022.*
- Stockholms läns landsting. (2013a). *Tandvård för utsatta grupper, projektrapport nr 13.*
- Stockholms läns landsting. (2013b). *Konsekvensutredning – Utskifte av vård från akutsjukhusen och införande av vårdval. SLL.*
- Stockholms läns landsting. (2015a). *Ersättning för barntandvård.* Hämtat från Vårdgivarguiden: <http://www.vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/avtalsinformation/Tandvard/Barntandvard/Avgifter-for-tandvard/>
- Stockholms läns landsting. (2015b). *Förfrågningsunderlag enligt LOV - specialisttandvård för barn och ungdomar.*
- Stockholms läns landsting. (2016a). *Ersättning för allmän barn- och ungdomstandvård.* Hämtat från Vårdgivarguiden: <http://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/avtalsinformation/tandvard/barntandvard>

- /avgifter-for-tandvard/ersattning-for-barntandvard/ersattning-for-allman-barn--och-
ungdomstandvard-fran-och-med-2014-02-01/
Stockholms läns landsting. (2016b). *Revidering av förfrågningsunderlag för vårdvalsområdet - husläkarverksamhet med basal hemsjukvård.*
Tandvårdslagen 1985:125. (u.d.).
The King's fund. (2012). *Payment by Results.*
Wohlin J, S. H. (2012). *Uppföljningsrapport vårdval höft- och knäprotesoperationer.*
Karolinska institutet.
Vårdanalys. (2012). *Effekter av valfrihet - en kartläggning av kunskapsläget.*
Vårdanalys. (2013a). *Vem har vårdvalet gynnat?*
Vårdanalys. (2013b). *Vad vill patienten veta för att välja?*
Väntetider i vården. (den 12 augusti 2016). Hämtat från <http://www.vantetider.se>
Västra Götalandsregionen. (2014). *Regiongemensamma ersättningsmodeller för tandvård - Rekommendation för vidareutveckling.*
Västra Götalandsregionen. (den 4 september 2015). *Enhet Tandvård - Barn och tonåringar 3-19 år.* Hämtat från <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/Tandvardsenheten/For-dig-mellan-3-och-24-ar/Barn-och-tonaringar-3-19/>
Västra Götalandsregionen. (2015a). *Utvecklingsstrategi för tandvård i Västra Götaland – slutrapport.*
Västra Götalandsregionen. (2015b). *Regiongemensamma ersättningsmodeller för delar av specialisttandvård och datafångst inom specialisttandvård.*
Västra Götalandsregionen. (2016). *Ersättning för tandvård till barn och tonåringar 3-19 år – 2016.*