

Erfarenheter av att beställa tandvård

Bertil Koch

Uppdelning på beställare och utförare blir allt vanligare i kommuner och landsting. Inom tandvården har detta också börjat tillämpas. I Stockholms läns landsting har man gått längst med en särskild beställarenhet för tandvård - tandvårdsstaben.

Bertil Koch, som tidigare var chef för den samlade tandvårdsförvaltningen, gick för två år sedan över till att bygga upp och förestå den nya tandvårdsstaben.

Inom landstingen och kommunerna har det under de senaste åren gått en våg av förändringar när det gäller att tydligare skilja på olika roller. Några exempel på sådana roller är att utöva myndighet, att beställa och betala olika tjänster samt att utföra tjänster. Inom tandvårdens område förekommer det knappast någon myndighetsutövning i dess innersta mening - att utöva samhällets makt. Däremot är landstingen och de landstingsfria kommunerna Malmö, Göteborg och Gotland stora beställare och finansierare av tandvård. Totalt sett rör det sig om tandvård för omkring 2,5 miljarder kronor årligen, som finansieras via landstings- och i vissa fall kommunalskatter.

Fram till för några år sedan var det knappast någon, som såg problem i att samma politiker och tjänstemän i landstingen och kommunerna ansvarade för både beställar- och utförarfunktionerna. De kunde tämligen fritt själva bestämma om en viss verksamhet skulle utövas inom den egna organisationen eller av externa entreprenörer. Inom de "hårda" områdena, som t.ex. gatu- och vägbyggnad, var det vanligt att blanda egenproduktion med köpta tjänster medan det inom vårdområdet förekom mera sällan att man anlätade externa leverantörer.

Det traditionella sättet att fördela de tillgängliga medlen till verksamheterna inom egenregi var genom årliga anslag. Mera sällan beskrevs i detalj vad som skulle göras för de anslagna medlen. Mycket energi lades från utförarnas sida på anslagsframställningarna, där det

gällde att så välformulerat som möjligt visa att det behövdes mera pengar. Några sanktioner vidtogs sällan om de förväntade tjänsterna sedan inte blev utförda.

I takt med att Sveriges "ständiga" högkonjunktur började vika och skattepengarna började minska, uppstod också krav på en effektivare hushållning med de allmänna medlen. Bättre ekonomiska styrsystem behövdes. Anslagsmodellen ifrågasattes och ersättningar efter utförda prestationer blev vanligare. De enskilda chefernas ansvar för de ekonomiska resultaten blev också tydligare. Så småningom ökades också politikernas insikt om att konkurrensmedlet borde utnyttjas i större utsträckning för att minska kostnaderna för de skattefinansierade tjänsterna.

Landstingens och kommunernas tandvård följde med strömmen - det blev allt vanligare att tydligare definiera och "beställa" de olika tjänster som skulle utföras vid de olika klinikerna och "betala" prestationsbaserade ersättningar för dessa. Barn- och ungdomstandvård och specialistutbildning prissattes tidigt.

Nästan all av landstingen och kommunerna finansierad tandvård utfördes tidigare inom de egna folktandvårdsorganisationerna. När tandvårdslagen tillkom 1985 förutsattes också, att all tandvård som landstingen skulle svara för också skulle utföras av folktandvården. 1992 kom emellertid ett tillägg till tandvårdslagen, som medgav att landstingen fick sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget och dess folktandvård skulle ansvara för. "Någon annan" kunde vara t.ex. ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller enskild individ. I och med detta öppnades en ny möjlighet att låta externa entreprenörer konkurrera med egenregi.

Med detta uppstod också en konflikt hos de politiker och tjänstemän som skulle bestämma om den egna folk-

Nästan all av landstingen och kommunerna finansierad tandvård utfördes tidigare inom de egna folktandvårdsorganisationerna

I lagen om offentlig upphandling från 1994 framhålls tydligt de krav på affärsmässighet, objektivitet och sekretess, som skall gälla vid all offentlig upphandling

tandvården eller en konkurrerande extern entreprenör skulle få utföra en viss tjänst.

Uppdelning i beställare och utförare

Folktandvården i Stockholms län hade tidigare en traditionell organisation där förvaltningschefen som högsta tjänsteman hade att ta ställning till om en viss verksamhet skulle föreslås bli konkurrensutsatt och, om politikerna så bestämde, också genomföra upphandlingen. När det sedan gällde att utvärdera de inkomna anbudena från den egna folktandvården och de externa entreprenörerna, blev lojalitetskonflikten tydlig. Från den egna organisationen kom anklagelser om att "sälja ut Folktandvården" - från de externa entreprenörerna misstänktes i gengäld att anbudena inte skulle värderas opartiskt utan att den egna folktandvården skulle gynnas.

I och med att Sverige närmade sig och sedermera kom med i EU, skärptes konkurrenslagarna. I lagen om offentlig upphandling från 1994 framhålls tydligt de krav på affärsmässighet, objektivitet och sekretess, som skall gälla vid all offentlig upphandling. Höga skadestånd kan bli påföljden om inte reglerna följs.

Mot denna bakgrund växte i Stockholms läns landsting successivt tanken fram att skilja beställar- och utförarrollerna inom tandvården. Från och med den 1 juli 1994 delades därför tandvårdens tjänstemannaorganisation upp i en beställardel - tandvårdsstaben och en utförardel - Folktandvården. Var och en fick en egen chef direkt underställd den politiska ledningen och med eget budget- och resultatansvar. Politikerorganisationen har tills vidare behållits oförändrad. Diskussioner pågår dock att dela upp även denna.

Från att tidigare ha varit chef för hela tandvårdsförvaltningen övergick jag själv då till att förestå och bygga upp den nya tandvårdsstaben. Denna fick tre huvuduppgifter: att *planera* tandvården i länet, att *beställa* den tandvård och andra därmed förbundna tjänster, som finansieras med landstingsmedel samt att *följa upp* de beställda tjänsterna till kvantitet och kvalitet.

Rätt tjänst, rätt kvalitet och rätt pris

När det gäller att beställa, måste man bestämma

- * vad som skall beställas
- * vilken kvalitet detta skall ha
- * på vilket sätt det skall beställas
- * vilket pris som skall gälla
- * hur uppföljningen skall ske.

Dessa preciseringar är i stort sett nya för tandvården. Visst har det förts kvalitetsdiskussioner och visst har det satts priser - tandvårdstaxan är ett exempel på det senare. Men de strikta kopplingarna mellan de olika faktorerna har inte varit vanliga.

Det grundläggande är att definiera de olika tjänster man som beställare vill ha utförda. Ju tydligare detta görs, desto lättare är det att sedan komma överens om priser och uppföljning.

För vår del har vi valt att dela in de tjänster, som skall beställas och finansieras med landstingsmedel i ett femtontal huvudområden. Följande är några exempel.

BARN- OCH UNGDOMSTANDVÅRD - befolkningsansvar

BARN- OCH UNGDOMSTANDVÅRD - allmäntandvård utom tandreglering

BARN- OCH UNGDOMSTANDVÅRD - tandreglering

BARN- OCH UNGDOMSTANDVÅRD - övrig specialisttandvård

VUXNA - allmäntandvård

VUXNA - specialisttandvård

CENTRAL AKUTTANDVÅRD

TANDVÅRD FÖR SKÄRGÅRDSBEFOLKNINGEN
UTBILDNING - specialistutbildning/specialiserings-tjänstgöring

FORSKNINGS- OCH UTVECKLINGSARBETE

SAMHÄLLSSERVICE

ADMINISTRATIV SERVICE

ARBETSMARKNADSPOLITISKA ÅTGÄRDER

Inom varje huvudområde finns sedan preciserat vad som ingår. Mätbara kvalitetskrav finns också uppsatta.

När det gäller sättet att beställa tjänsterna har vi tre olika modeller.

En viktig utgångspunkt från beställarens sida är att undvika att beställa tjänster på löpande räkning och sätta priser utan tak

1. Beställning utan upphandling av landstingets egen-regi - Folktandvården

2. "Peng-system" där patienten själv väljer vårdgivare för en definierad tjänst, t.ex. allmän barn- och ungdomstandvård. Patienten för med sig ett av politikerna fastställt belopp till vårdgivaren.

3. Beställning efter upphandling i konkurrens där Folktandvården konkurrerar på lika villkor med externa entreprenörer.

Överenskommelser sker om priserna för de olika tjänsterna. En viktig utgångspunkt från beställarens sida är att undvika att beställa tjänster på löpande räkning och sätta priser utan tak. Naturliga begränsningar utgörs t.ex. av antalet barn och ungdomar, som är bosatta inom länet. Man kan också begränsa antalet behandlingar. När det gäller tandregleringsvård för barn och ungdomar, har t.ex. det antal behandlingar som ersätts, begränsats till 25 procent av antalet barn och ungdomar i en genomsnittlig årsklass. I övriga fall måste sättas gränser för de högsta beloppen som utföraren kan erhålla.

Uppföljningen av både "levererade" kvantiteter och kvaliteter är viktig

Uppföljningen av både "levererade" kvantiteter och kvaliteter är viktig. En särskild uppföljningsfunktion har inrättats på tandvårdsstaben för detta ändamål. Det bör påpekas, att det inte är den odontologiska kvaliteten i utförda arbeten, som bedöms. I stället är det kraven på tillgänglighet, administrativa rutiner, debiteringar, kvalitetssäkringsarbete m.m. som följs upp.

Erfarenheterna av snart tre års arbete med att beställa tandvård kommer successivt fram.

Både beställare och utförare är nöjda med den ökade tydligheten och systemet känns rättvist. Även om utförarna till att börja med tyckte att det var besvärligt med de många detaljerade reglerna, känns det ändå nu som en fördel med den ökade ordningen och redan.