

Affärs- och verksamhetsplan
2020 - 2022

DIN GLÄDJE VÅR STOLTHET



**Folktandvården
Västmanland AB**

Stolta Medarbetare
Skapar
Glada Kunder
och tillsammans skapar vi
Livskraft för Framtiden

1. Marknad

1.1 Definition

Tandvårdsmarknaden definieras som värdet på de tjänster och produkter som används för att skapa friska munnar under ett år i Västmanland. Tandtekniska tjänster ingår ej.

1.2 Västmanland

1.2.1 Befolkningsunderlag

Befolkningen i Västmanland₁₈₋₁₂₋₃₁ uppgår till 273 229 (+1,0 %).

1.2.2 Kommuninvånare

Kommunernas befolkningstillväxt under 2018 redovisas i tabellen nedan:

Befolkningsunderlag ₁₈₋₁₂₋₃₁			
Kommun	Befolkning	Förändring	
		Antal	%
Arboga	14 138	204	1,5
Fagersta	13 464	49	0,4
Hallstahammar	16 186	188	1,2
Kungsör	8 667	64	0,7
Köping	26 268	152	0,6
Norberg	5 795	- 1	0,0
Sala	22 816	185	0,8
Skinnskatteberg	4 429	- 2	0,0
Surahammar	10 088	51	0,5
Västerås	152 078	1 944	1,3

Under 2018 ökade antalet invånare i alla kommuner utom Norberg och Skinnskatteberg.

1.2.3 Demografi

Befolkningstillväxten fördelat på olika åldersgrupper redovisas i tabellen nedan:

	273 929 invånare₁₈₁₂₃₁	%
Barn (< 3 år)	9 619	3,5
Barn, Ungdomar, Unga Vuxna (3 - 23 år)	66 267	24,2
Vuxna (24 – 64 år)	138 643	50,6
Vuxna (65 –)	59 400	21,7

Antalet invånare i länet ökade under 2018 med 1 944 personer till 273 929 invånare. I tabellen ovan redovisas fördelningen mellan åldersgrupperna.

Försörjningskvoten anger antalet personer i länet i relation till antal i yrkesaktiv ålder. Det vill säga antalet som är mellan 20 – 64 år. Kvoten för Västmanland uppgår till 1,81. För Sverige var kvoten 1,76 (år 2018).

1.2.4 Invånare per tandläkare

Kommun	Invånare₁₈₁₂₃₁	Tandläkare₁₉₁₀₁₁		Invånare/ tandläkare
		Folktandvården	Privata	
Arboga	14 138	2	4	2 356
Fagersta	13 464	4	4	1 683
Hallstahammar	16 186	4	2	2 698
Kungsör	8 667	2	0	4 334
Köping	26 268	8	8	1 642
Norberg	5 795	1	2	1 932
Sala	22 816	6	5	2 074
Skinnskatteberg	4 429	1	0	4 429
Surahammar	10 088	3	1	2 522
Västerås	152 078	41	49	1 690
Västmanland	273 929	71	75	1 876

Inflyttning till Västmanland innebär att antalet invånare per tandläkare ökar. Information om antalet privata tandläkare kommer från sökning via internet, 1177.se och Eniro.se och har stämts av med klinikcheferna.

1.3 Tandvårdskapacitet

1.3.1 Folktandvårdens klinikstruktur

Folktandvården Västmanland AB har 17 allmäntandvårdskliniker.

Antalet behandlingsrum på klinikerna är:



Antalet behandlingsrum uppgår till 119 rum plus ett rum på äldreboenden i Köping (Hagaberg). Kliniken i Hallstahammar har en filial i Virsbo med två behandlingsrum.

Klinikernas öppettider omfattar cirka 260 000 kliniska timmar per år (52 veckor) eller cirka 1 timme per länsinvånare.

1.3.2 Folktandvårdens tandvårdskapacitet

Under 2018 har 94 660 tandläkartimmar och 59 810 tandhygienisttimmar registrerats på våra kliniker. Antalet kliniska patienttimmar uppgår till 114 401 timmar, vilket motsvarar 74 % klinisk tid av den registrerade tiden.

Tiden har fördelats till 36 % på patienter yngre än 23 år och till 64 % på patienter 23 år eller äldre.

Folktandvårdens kliniska utförda tid motsvarar 25 minuter per länsinvånare.

1.3.3 Privata tandläarkapaciteten

Analys av tandläkarstrukturen hösten 2019 indikerar 75 privata tandläkare i Västmanland varav 49 tandläkare i Västerås. Praktikertjänst förväntar sig 1 300 kliniska timmar per år av tandläkare. Det motsvarar 97 500 kliniska tandläkartimmar, vilket innebär cirka 21 minuter tandläkartid per invånare.

1.3.4 Tandhygienister

Antalet tandhygienister i länet är cirka 80 tandhygienister varav 49 är anställda hos Folktandvården. Kvoten tandhygienist/tandläkare uppgår till cirka 0,6. Målet är att kvoten är 1.

1.4 Tandvård och tandhälsa (epidemiologi)

1.4.1 Allmänt

Tandhälsan har förbättrats kraftigt de senaste 25 åren. Karies är en av de vanligaste folksjukdomarna. Trots att den går att förebygga utgör det ett betydande hälsoproblem. Karies och tandlossning (Parodontit) är infektionssjukdomar som tillsammans med frätskador på tandytan utgör de stora tandsjukdomarna.

Trots att tandhälsan har förbättrats finns det fortfarande skillnader i tandhälsa och tandvårdskonsumtion mellan olika grupper i befolkningen. Skillnaderna förklaras av levnadsvanor och socioekonomiska faktorer. Det betyder att det finns stora grupper som har många tänder med omfattande kariesangrepp. Vi bedömer således att behovet av tandvård kommer att fortsätta öka.

Socialstyrelsen har i maj 2013 redovisat sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Resultatet från studien visar:

- Majoriteten av barn och unga kommer till tandvården när de blir kallade.
- Det föreligger ett samband mellan föräldrars och barns tandhälsa.
- Föräldrarnas sociala förhållanden har betydelse för förekomst av karies hos barnen och om de kommer när de kallas.

I februari 2019 redovisade Socialstyrelsen nya epidemiologiska uppgifter för 2017. Uppgifterna avser barn och ungdomar. Resultaten visar att andelen kariesfria 19-åringar fortsätter att öka till 40 %, vilket är en ökning med 1 % sedan 2016 och 6 % sedan 2013. Andelen kariesfria approximativt var 70 % vilket är i nivå med tidigare resultat.

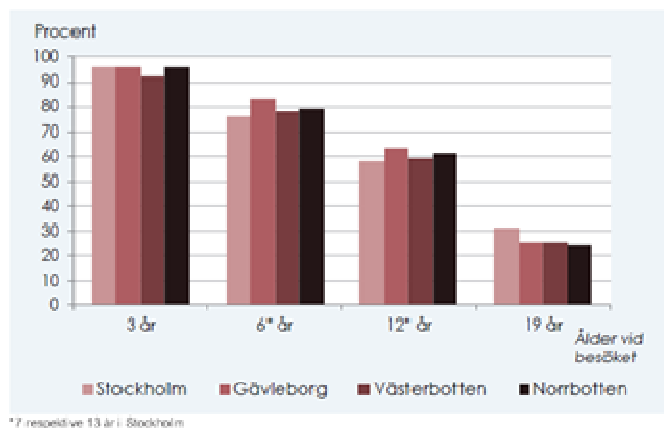
Tolvåringar har i medeltal 0,70 kariesfria tänder (flickor 0,73 och pojkar 0,68). Andelen kariesfria är 68 %. Signifikant Caries Index (SiC) beskriver antalet kariesskadade tänder hos den tredjedel som har flest skadade tänder. År 2017 var SiC för tolvåringar i Sverige 2,09, vilket är i nivå med 2014.

Andelen kariesfria sexåringar minskade 2017 med två procentenheter till 73 %. Mellan regionerna i landet varierar andelen från 59 % till 82 %. Spridningen kan förklaras av hur ofta friska barn undersöks. Barn med karies undersöks mer frekvent och blir "överrepresenterade" i resultatet jämfört med friska som undersöks vartannat år. Om resultatet kompenseras för detta blir andelen kariesfria 75 %.

Kariesfrihet och förekomst av karies hos barn och unga

Andelen kariesfria barn och ungdomar minskar med åldern enligt figuren nedan:

Figur 2. Kariesfria barn och unga i fyra län 2005–2011
Andel av samtliga undersökta i respektive åldersgrupp. Procent.



Svenskt kvalitetsindex för Karies och Parodontit [SKaPa] årsrapport 2018

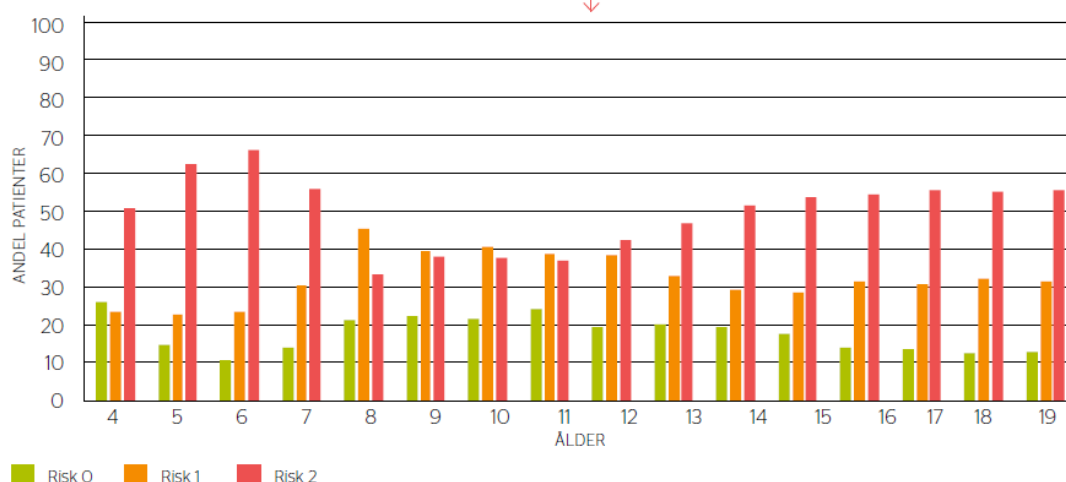
SKaPa:s årsrapport 2018 är baserat på vårdinformation från mer än 6 miljoner patienter. De har, under perioden 1 juli 2008 till 31 december 2018, besökt någon av 932 folktandvårdskliniker eller 272 Praktikertjänstmottagningar. I årsrapporten anges att det saknas undersökningsåtgärd för några av dessa patienter.

Vårdinformationen i rapporten är baserade på referensprislistans (från TLV) åtgärdsgrupper 100 – 900. Resultatet visar att i snitt utgör 45 % av åtgärderna en undersökning (åtgärdsgrupp 100), 13 % en sjukdomsförebyggande åtgärd (åtgärdsgrupp 200), 19 % en sjukdomsbehandlade åtgärd (åtgärdsgrupp 300), 15 % en reparativ åtgärd (åtgärdsgrupp 700) och 4,1 % en kirurgisk åtgärd (åtgärdsgrupp 400). Resterande åtgärder fördelas mellan åtgärder i någon av åtgärdsgrupperna 500, 600, 800 och 900.

I Västmanland avviker åtgärdsstatistiken i två åtgärdsgrupper. Hälften (50 %) av utförda åtgärder finns i åtgärdsgrupp undersökning och 6 % av åtgärderna finns i sjukdomsförebyggande åtgärder i åtgärdsgrupp 200.

Figuren nedan visar hur kariesrisken ser ut vid nästa undersökningstillfälle, hos patienter (4 – 19 år) som tidigare bedömts ha hög kariesrisk:

Figur 3b Kariesrisk 2018 hos patienter 4-19 år som vid närmast föregående riskbedömning bedömts ha hög kariesrisk (kariesrisk = 2).



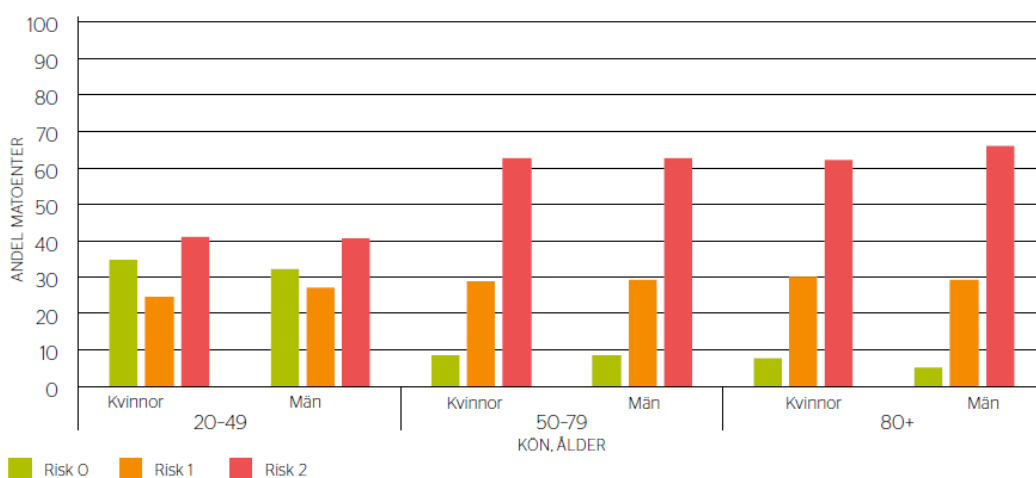
Figuren visar att vid nästa undersökningstillfälle har unga patienter med hög kariesrisk (kariesrisk 2) fortsatt hög risk eller risk för karies (kariesrisk 1 och 2). Beroende på åldersgruppen får mellan 10 – 25 % av dessa personer ett kariesriskvärde 0 vid nästa undersökning.

Resultatet visar att det tar tid att förändra beteenden hos de med hög risk för karies. Resultatet hos vuxna (20 år -) är i princip detsamma. Avseende kvinnor 20 - 49 år med kariesriskvärde 2 hade 40 % av dem kariesriskvärde 1 och 18 % av dem kariesriskvärde 0 vid nästa riskbedömning.

Vuxna patienter är mindre benägna att ändra sitt beteende med stigande ålder.

Förändring av bedömd risk för parodontit hos vuxna redovisas i figuren nedan:

Figur 3d Risk för parodontit 2018 hos vuxna patienter som vid närmast föregående riskbedömning bedömts ha hög risk för parodontit



Figuren visar att förebyggande åtgärder för parodontit får stor effekt hos patienter 20 – 49 år. Effekten är betydligt lägre hos patienter som fyllt 50 år.

Revisionsintervallen för patienter som bedömts ha låg risk för karies och parodontit har ökat med cirka 2,6 månader till 20,4 månader från perioderna 2011 - 2013 till 2016 - 2018 [Åtta Folktandvårdsorganisationer ingick i undersökningen].

SKaPa:s årsrapport redovisar att med ökande risk för karies och/eller parodontit ökar frekvensen av sjukdomsförebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder.

Sambandet är starkast avseende parodontal sjukdomsrisk, vilket förklaras av att rutiner för omhändertagande vid parodontal sjukdom är mer etablerat i professionen än de avseende risk för karies. För patienter med hög risk för karies redovisas en tydlig trend att fler fyllningar har utförts vid bedömd hög risk.

Användningen av åtgärder för beteendemedicinsk behandling [åtgärder 313 och 314] har använts i ringa omfattning av samtliga organisationer. Patienter med lågt riskvärde för karies eller för parodontit skattar sin tandhälsa som god eller mycket god.

Antalet tänder hos befolkningen kan betraktas som ett mått på planering i tandvården och uppföljning av munhälsan. I figuren nedan redovisas medeltal tänder hos vuxna personer som besökt tandvården för basundersökning:

Figur 5a Genomsnittligt antal tänder hos individer 20 år och äldre

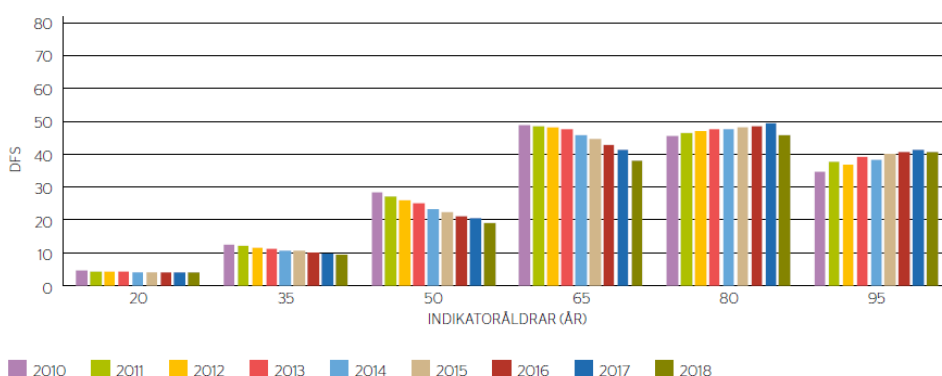


Ökningen av antalet tänder hos äldre understryker behovet av förebyggande vård och reparativa åtgärder i dessa åldersgrupper. Patienter med frisktandvård som är 50 år och äldre har fler tänder kvar. Det vill säga cirka 1,6 fler tänder i åldersgruppen 50 – 79 år och 3 tänder i åldern 80+. Patienter som omfattas av det särskilda tandvårdsstödet, nödvändig tandvård, har färre tänder kvar. Det vill säga 1 tand mindre hos åldersgruppen 20 – 49 år, 4 tänder färre hos 50 - 79 år och 3 tänder färre hos 80+.

I årsrapporten redovisas andelen av patienter som fått sjukdomsbehandling vid karies eller vid parodontit där patienten betalar själv, har frisktandvårdsabonnemang eller har nödvändig tandvård. Resultatet visar att en större andel av patienter med nödvändig tandvård får sjukdomsbehandling för karies jämfört med de som har abonnemangstandvård eller som betalar själva. Frisktandvårdspatienter äldre än 80 år får fler fyllningar och kronor jämfört med de två andra patientgrupperna. Gruppen består av få patienter så det är svårt att dra några slutsatser av detta.

I stapeldiagrammen nedan redovisas karierade och fyllda tandytor (DFS) för patienter 20 år och äldre:

Figur 14 Karierade och fyllda tandytor (medelvärde DFS) i indikatoråldrar 20 år och äldre, 2010-2018



Resultatet ovan visar att bland 20-åringar ligger DFS-värdet stabilt runt 4 ytor. I åldersgrupperna 35, 50 och 65 år är trenden tydligt minskande med åren. I grupperna 80 och 95 år ökar DFS-värdet med indikation om trendbrott 2018.

I Västmanland är DFS-värdet för 20-åringar 4,6, 35-åringar 9,2, 50-åringar 19,3, 65-åringar 37,1, 80-åringar 45,0 samt 95-åringar 39,3. Det vill säga något högre värde för 20- och 50-åringar men lägre för övriga åldersgrupper. Sedan 2010 har DFS sjunkit för samtliga åldersgrupper utom de två äldsta och den yngsta som är oförändrad på 4 ytor.

Kariesförekomsten är oftast fördelat skevt i en population. Det vill säga att även om en grupp redovisar lågt sjunkande DFT-värden (T anger tänder, S anger ytor) så finns det i gruppen en subgrupp med höga värden. SiC beskriver medel DFT hos den tredjedel av gruppen som har högst DFT värden fördelat på kvinnor och män. I Sverige har SiC ökat med 1,5 sedan 2011 för 6-åringar till 3,4 (kvinnor) och 3,6 (män). Motsvarande för 12-åringar är en ökning med 0,1 till 2,3 för kvinnor och 2,1 för män. Nittonåringar har en minskning med 0,2 för kvinnor till 5,8 och en ökning med 0,1 för män till 6,2. SiC Västmanland är för 6-åringar 3,5 (kvinnor) och 3,8 (män); 12-åringar 2,3 (kvinnor) och 2,2 (män) samt 19-åringar 6,0 (kvinnor) och 6,4 (män).

Andelen kariesfria 6-åringar (dft=0) är i Sverige 77 % och Västmanland 77 %. Tolvåringar är 68 % kariesfria (DFT=0) i Sverige och 65 % i Västmanland. Sextiofyra procent (64 %) av 19-åringarna är kariesfria (DFSa=0) i Västmanland med DFT 2,40 jämfört med 68 % (DFSa=0) i Sverige med DFT 2,29. Skillnaden mellan hösta och lägsta värdet är för 19-åringarna en tand. Andelen kariesfria 6-åringar (dft=0) varierar mellan 71 – 84 %. Motsvarande för 12-åringarna (DFT=0) är 60 – 87 %.

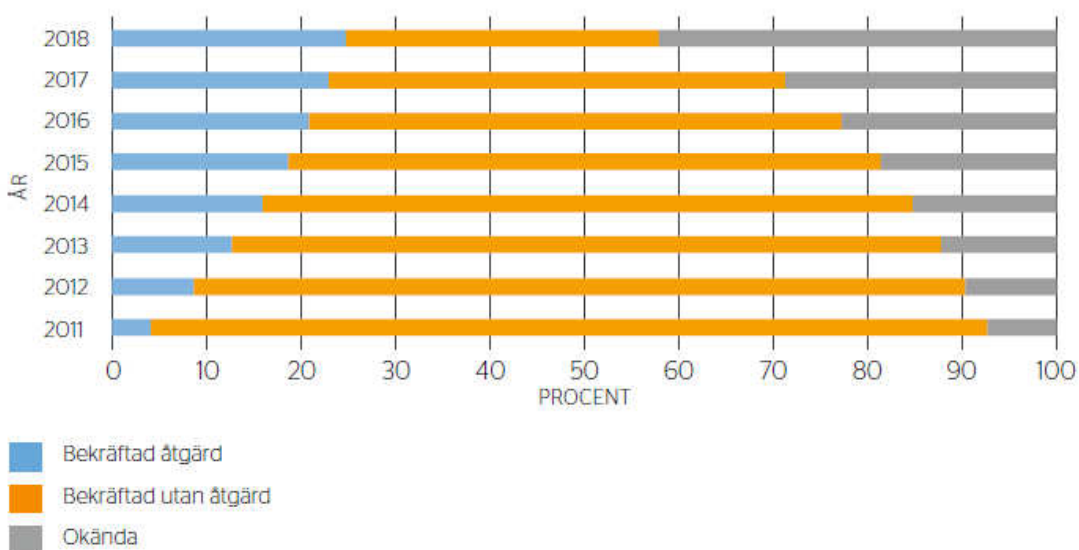
Under 2018 var det cirka 80 % av patienterna (-19år) som inte var i behov av reparativ åtgärd på grund av karies och 83 % av patienter 20 år och äldre. Det är samma som medelvärdet för samtliga organisationer.

I figuren nedan redovisas vad som händer med fyllningar utförda 2010:

Tabell 13a Vad händer med fyllningar utförda 2010? Mesialytor, 50-59 år (procent)

År	Andel ytor med ny åtgärd	Andel ytor som bekr. funktionella	Andel obekräftade ytor
2010	0	0	100
2011	4	88	7
2012	9	82	10
2013	13	75	12
2014	16	69	15
2015	19	63	19
2016	21	56	23
2017	23	48	29
2018	25	33	42

Figur 23 Vad händer med fyllningar utförda 2010? Mesialytor, 50-59 år (procent)



Under perioden 2011 - 2018 har cirka 58 % av fyllningar som var gjorda 2010 bedömts vid undersökning. Tjugofem procent (25 %) av dem behövde ny åtgärd och 33 % dokumenterades som funktionella.

Av fyllningar som gjordes 2017 (samtliga patienter 20 - 39 år) behövde 3,9 % av ytorna ny åtgärd 2018 hos kvinnorna och 3,5 % hos männen. Motsvarande för Västmanland var 2,6 % hos kvinnor och 3,2 % hos män. Hos patienter 60 – 79 år i Västmanland behövde 3,9 % av ytorna ny åtgärd hos kvinnor och 4,8 % hos männen. Medelvärdet för samtliga är 4,4 % för kvinnor och 5,0 % för män.

Av rotbehandling som gjordes i Sverige 2017 (samtlige patienter 20 – 99 år) behövde 2,5 % hos kvinnor och 2,4 % hos män en ny åtgärd inom ett år. Motsvarande i Västmanland var 2,6 % hos kvinnor och 2,1 % hos män.

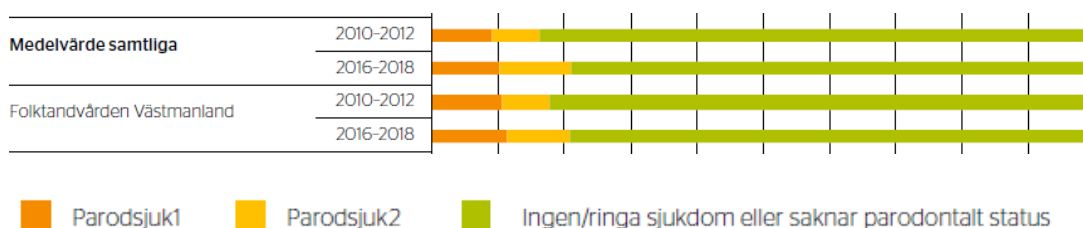
I Sverige behövde 2,2 % (kvinnor) och 2,0 % (män) som under 2017 fick en krona få ny åtgärd på samma tand under 2018. I Västmanland var det 2,9 % (kvinnor) och 1,1 % (män). Resultaten för samtliga patienter visar att var tionde krona behöver göras om eller repareras inom fem år.

Sjukdomsbehandling vid karies och som dokumenteras ökar långsamt. Det är vanligare bland yngre patienter (10 - 19år) än äldre. För samtliga patienter får 51 % av yngre patienter (10 - 19år), 27 % hos de som är 20 – 49 år, 17 % hos de som är 50 – 79 år och var femte patient (20 %) hos de som är 80+ sjukdomsbehandling. I Västmanland får 27 % av de yngre, 15 % av 20 – 49 åringarna, 12 % av 50 – 79 åringar samt 17 % av 80+ sjukdomsbehandling.

I Västmanland är det färre patienter som är 50 år och äldre som får tänder extraherade på grund av karies jämfört med medelvärdet för samtliga patienter i SKaPa-registret.

Sedan perioden 2010 - 2012 har andelen patienter (20 - 49år) som har en registrerad parodontal undersökning ökat med 10 %-enheter till 40 % för samtliga patienter och med 7 %-enheter till 37 % i Västmanland. Bland patienter 50 – 79 år har andelen patienter med parodontstatus ökat hos de med basundersökning till 55 % för samtliga patienter och till 58 % i Västmanland. Motsvarande för 80+ är cirka 50 %.

Figuren nedan visar att varje femte vuxen patient (20 år -) visar tydliga tecken på parodontit:



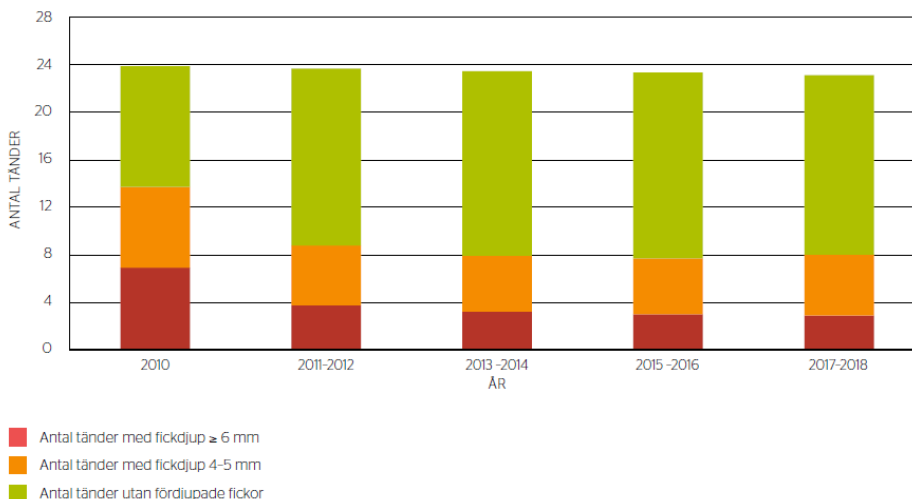
Parodontsjuk1 innebär minst en tand med fördjupade tandköttsfickor på minst 6 mm och parodontsjuk2 minst 4 tänder med fickdjup 4 - 5 mm men mindre än 6 mm.

Parodontsjuk1 ökar med stigande ålder till cirka 70 år. Behandlingsåtgärder för parodontit har sedan 2010 - 2012 ökat med 31 % (2016 - 2018) och kostnaderna enligt referensprislistan (TLV:s) med 23 %.

Nästan var femte patient (22,2 %) i registret har fått sin parodontit behandlad med depuration (mekanisk infektionsbehandling) (TLV tillstånd 3043). I Västmanland fick var femte patient (19,3 %) motsvarande behandling. Cirka en tredjedel av patienter som får depuration får också sjukdomsinformation och instruktion i egenvård. Detta innebär en viss eftertanke eftersom god egenvård är viktig för prevention och behandling av parodontit. Undantaget är Sörmland där alla patienterna som har fått depuration också har fått informationsinstruktion.

Patienter med avancerad parodontit har färre affekterade tänder efter 8 år, vilket visas i nedan figur:

Figur 33a Individer 20 år och äldre med basundersökning (TLV 101, 102, 111, 112) som har fyra eller fler tänder och med fickdjup ≥ 6 mm 2010, allmäntandvård



Andelen patienter med avancerad parodontit 2017 som inte fått behandling är nästan var femte patient. Orsaken till detta kräver en fördjupad analys. För patienter med parodrisk 1 får cirka en av tre ingen sjukdomsförebyggande behandling.

Tandvårdsstödet

Ersättningen från tandvårdsstödet visar att cirka 88 % av åtgärderna avser bastandvård, det vill säga undersökningar, förebyggande åtgärder och lagningar. Tolv procent (12 %) avser protetik- och tandregleringsåtgärder, det vill säga kronor, broar, implantat, proteser och tandställning.

Referenspriser för det statliga tandvårdsstödet fastställs årligen av TLV. Ersättningen är baserad på de åtgärder som utförs. En mer komplicerad åtgärd kan innebära en högre kostnad än en enklare åtgärd. Detta benämns latituder.

Folktandvården Västmanlands prislista fastställs årligen av regionfullmäktige och följer referenspriserna i det statliga tandvårdsstödet utan möjlighet till latituder.

Uppsökande verksamhet och tandvård som led i sjukvårdsbehandling

SKL har redovisat att det var cirka 163 000 personer som uppsöktes 2007 för att få en munhälsobedömning. Det motsvarar cirka 1,8 % av befolkningen. Befolkningen blir allt äldre och behovet av munhälsobedömningar och nödvändig tandvård ökar.

I Västmanland ökade befolkningen med 1,0 % till 273 929 personer. Cirka 22 % av befolkningen är 65 år eller äldre. Femtionio personer var 100+.

Folktandvården Västmanland utför munhälsobedömningar i länet och i Västerås på Hammarby, Viksäng och Skultuna. Antalet munhälsobedömningar som utfördes 2018 var 1 769 vilket var betydligt lägre än under 2017 då vi utförde munhälsobedömningar i Västmanland och Västerås.

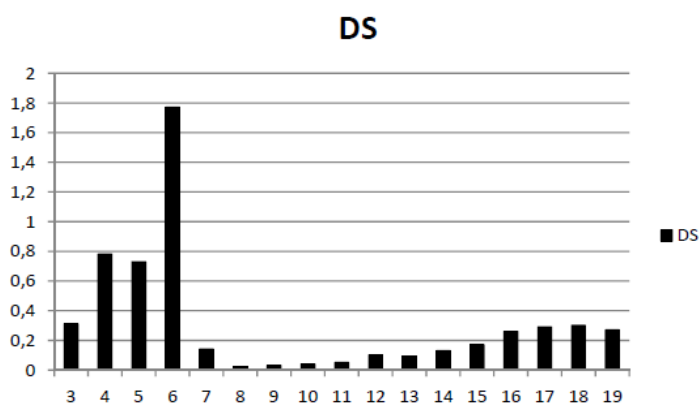
Under 2018 (2017) behandlade vi 2 739 (2 679) patienter med nödvändig tandvård, 60 (71) patienter som led i sjukdomsbehandling samt 320 (274) patienter med stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Andelen invånare med behov av dessa åtgärder kommer att öka med den åldrande befolkningen. Äldre invånare som bor i ordinärt boende kan innebära behov av mobila tandvårdsteam eller mobila kliniker i närheten.

1.4.2 Västmanland

Tandhälsan i Västmanland har historiskt speglat rikssnittet. Många av de indikatorer som redovisas från SKaPa stöder den bilden med några mindre avvikelser.

Incidenstalet för karies hos barn och ungdomar är starkt kopplat till barnens ålder enligt diagrammet nedan:



DS-värdet anger kariesskadade tandytor på permanenta tänder. Figuren visar att kariesangrepp på mjölkttänder är vanligt. Från 6 års ålder registreras ej karies i mjölkttänderna så staplarna kan vara högre än vad diagrammet visar för de som har mjölkttänderna kvar. Andelen 19-åringar med karies kan spegla om den förebyggande tandvården har varit framgångsrik under ungdomarnas uppväxttid. Det finns en tydlig effekt på tandhälsan hos barn och ungdomar som beror på den sociala sammansättningen i det område där de bor.

Antalet skadade tandytor är för den genomsnittliga 20 åringen 4 tandytor jämfört med 4,6 tandytor i Västmanland. För övriga åldersgrupper är DFS-värdet lägre i Västmanland jämfört med riket med undantag för 50-åringar som ligger något högre. Andelen kariesfria 6-åringar är 77 % i Västmanland och i Sverige. Andelen 12-åringar är 65 % i Sverige jämfört med rikets 68 %. Sextiofyra procent (64 %) av 19-åringarna är kariesfria i Västmanland jämfört med 68 % i Sverige enligt SKaPa statistiken.

SiC mäter sjukligheten hos den tredjedel av en grupp som har flest skadade/lagade tänder. I Västmanland har barn och unga vuxna (-19 år) ett något högre (+ 0,1 – 0,2) SiC-värde jämfört med rikssnittet med ett undantag flickor 12 år som har ett värde motsvarande rikssnittet. För 19-åriga flickor har SiC

värdet minskat med 0,2 till 5,8 [2011 till 2018].

Omgörningar kan vara ett mått på kvalitet på den reparativa åtgärden. Fyllningar som gjordes 2017 behövde hos 3,9 % av kvinnor (20 – 39 år) göras om i Sverige jämfört med 2,6 % i Västmanland. Motsvarande för männen var 3,5 % i Sverige jämfört med 3,2 % i Västmanland. Mönstret är detsamma för de flesta grupperna att färre patienter i Västmanland gjorde en omgörning 2018 från en lagning utförd 2017. Det är små avvikelser och det finns några små undantag.

Enligt statistiken i SKaPa har sjukdomsförebyggande åtgärder registrerats för färre patienter i Västmanland än för riket som helhet. Detta kan bero på andelen av de vuxna patienter som har tecknat frisktandvård. Den andelen är betydligt högre hos majoriteten av Folktandvårdsorganisationerna. Det betyder att åtgärdsgrupp 200 (sjukdomsförebyggande åtgärd) kan utföras och registreras utan att patienten betalar extra för det. Sjukdomsförebyggande åtgärd kan innebära information om hur patienten ska förebygga sjukdom.

Sjukdomsbehandling vid parodontit (tillstånd 3043 dvs depuration, mekanisk infektionsbehandling) gavs till var fjärde till femte patient i landet och hos var femte patient i Västmanland. Det vill säga knappt en tredjedel av patienterna som får depuration får sjukdomsinformation och instruktion i egenvård. Åtgärden är viktig för prevention och behandling av parodontit.

1.5 Drivkrafter och barriärer i marknaden (omvärldsanalys)

1.5.1 Politiska drivkrafter

Tandvårdsstödet infördes 1 juli 2008 och det är statens bidrag till enskildas tandvård. Det ska uppmuntra vuxna att regelbundet besöka tandvården. Det består av tre delar, ett allmänt tandvårdsbidrag, ett högkostnadsskydd samt ett särskilt tandvårdsbidrag för personer som på grund av sjukdom har ökad risk för tandsjukdomar. Syftet med tandvårdsstödet är att upprätthålla god tandhälsa och ge tandvård till rimlig kostnad för patienter med stora behov.

Det generella bidraget uppgår till 300 eller 600 kr per år beroende på patientens ålder. Högkostnadsskyddet innebär att patienten betalar tandvårdskostnaden upp till ett referenspris på 3 000 kr, 50 % av kostnaden från 3 000 – 15 000 kr och 15 % av tandvårdskostnaden överstigande 15 000 kr. Resterade kostnad upp till referenspriset betalas av Försäkringskassan (Staten). Pris som överstiger referenspriserna får patienten betala själv. Dessutom finns ett särskilt tandvårdsbidrag (STB = 600 kr/år) för personer med vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa.

Antalet vuxna patienter med minst ett besök har varit drygt 4 miljoner de senaste åren samtidigt som befolkningen har ökat. Knappt en tredjedel av patienterna tar del av högkostnadsskyddet och 4 % har en kostnad som innebär att de når den högsta subventionsnivån. Nyttjandet av tandvårdsstödet fördelar sig jämnt mellan olika socioekonomiska grupper samtidigt som de med allra lägsta inkomster konsumerar mindre tandvård.

Prislistan för olika åtgärder är baserad på tidsstudier från en eller flera standardkliniker. Det innebär att priset för nuvarande åtgärder inte täcker de faktiska behandlingarkostnader som kliniken har när patienter behöver längre behandlingstider.

Riksrevisionen har i en enkät till 2 000 personer undersökt om tandvårdsstödet fungerar. Syftet när det infördes var att cirka 67 % av vuxna skulle besöka tandvården årligen. Resultatet i enkäten visade att 59 % hade besökt tandvården 2011. Enkäten visar även att stödet inte når dem med låga inkomster och dålig tandhälsa. Förklaringen är att patienterna inte känner till tandvårdsstödet och att karensnivån på 3 000 kr är för hög. Högkostnadsskyddet når således inte målet om bättre tandhälsa för dem med stora behov.

Regeringen har den 8 mars 2018 gett Veronica Palm i uppdrag att utreda ett tandvårdssystem för jämlik tandhälsa. Syftet är att utreda och lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt och jämlikt.

Barn- och ungdomstandvård är kostnadsfri för patienter till och med 23 år och finansieras via barnpengen av regionerna. Barnpengen beräknas för 2020 till 1 433 kr/person.

Revisionsintervallen för en frisk patient bedöms vara 18 månader – 24 månader. Socialstyrelsen har tillsatt en arbetsgrupp som kommer att revidera nuvarande riktlinjer för god tandvård. Professionen har matat in synpunkter till arbetsgruppen om lämpliga revisionsintervall. Om friska patienter undersöks av tandläkare varje eller vartannat år räcker antalet tandläkare inte till för att hjälpa de mest sjuka patienterna. Det är således rimligt att förlänga revisionsintervallet för vuxna friska till 3 år.

Den totala kostnaden för tandvården 2013 var 24 miljarder kronor, varav 1,9 miljarder kronor utgör barn- och ungdomstandvården. Kostnaden för den senare delen finansieras via landstingsskatten. Staten finansierar cirka 6,3 miljarder kronor av denna kostnad, varav 5,3 miljarder kronor avser högkostnadsskyddet och 1 miljard kronor det allmänna bidraget. Kostnader för patienter med särskilt behov uppgick till 809 miljoner kronor, vilket finansieras via landstingsskatten. Resterande kostnader (c:a 62 %) finansieras via patientavgifter Raimo P et al Tandlaegebladet 2015;119(8);100-108 Videnskap

Klinik Översiktsartikel Systems for provision of oral health care in the Nordic countries.

Kostnaden för tandvård i de nordiska länderna varierar från 193\$ per capita (Finland) till 274\$ per capita (Norge). Kostnaden i Sverige var 272\$ per capita.

1.5.2 Ekonomiska drivkrafter

Stämmningsläget i Sverige har varit starkare än normalt under några år men under våren 2019 har signaler kommit om ökad risk för svag recession under begränsad tid. Tillverkningsindustrins orderingång är dock fortsatt stark vilket förklaras av en svag krona. Två exportnationer Tyskland och Kina hackar med PMI under 100. Det förklaras till stort av att den tyska bilindustrin möter lägre efterfrågan för sina bilar i Kina. Tyskland är Sveriges största exportmarknad.

Svenskt inköpsindex (PMI) redovisas i figuren nedan. PMI kom in i juni på 52,0. Det är en nedgång från 53,1 i maj.



Inköpschefsindex (PMI - Purchasing Managers Index) är en konjunkturmätare för den svenska ekonomin som genomförs i samarbete mellan Swedbank och Sif för dels tillverkningsindustrin dels tjänstesektorn. Målet med PMI är att snabbt mäta den rådande konjunkturen. Varje månad inhämtas konjunkturstatistik från inköpschefer som ingår i en svarspanel. Ett indextal över 50 indikerar tillväxt medan ett indextal under 50 innebär en nedgång. Inköpschefsindex för tillverkningsindustrin publiceras den första bankdagen varje månad kl. 08:30 och Inköpschefsindex för tjänstesektorn publiceras den tredje bankdagen varje månad kl. 08:30

Svensk inflation ($KPIF_{SCB}$) uppgår i maj 2019 till 2,1 % vilket är över Riksbankens inflationsmål på 2,0 %. Riksbanken bedöms under lång tid framöver ligga kvar på en styrränta (reporäntan) på – 0,25 %. Den har varit negativ sedan februari 2015 utan att inflationstrycket mätt som KPIF har tagit nämnvärd fart. KPI uppgår till 334,95 [index 1980 = 100] och var i maj 2,2 %. Prognosen är att Riksbanken kommer lämna reporäntan oförändrad under resten av 2019.

Den låga styrräntan har gett låga boräntor, vilket har drivit upp fastighetsvärden men samtidigt skapad tillväxt genom bostadsbyggande och förbättringar på befintliga fastigheter. Den har också drivit upp aktievärden då det inte finns något alternativ till aktier och pensionskapitalet söker avkastning.

Den expansiva penningpolitiken har troligen varit en av orsakerna till en svag kronkurs vilket har gynnat svensk exportindustri även om meningarna är delade om det. Den svaga kronkursen blir samtidigt en utmaning för importberoende företag som exempelvis handeln. På grund av konkurrensen är det inte möjligt att föra över ökade kostnader på konsumenterna som söker det affärsmässigt bästa alternativet via e-handel. Det som produceras i Sverige kan prissättas på andra marknader. El producerat i Sverige prissätts på den nordiska elbörsen.

SBAB:s prognos för BNP_{2019} är tillväxt på 1,3 %, vilket är betydligt lägre än 2,4 % under 2018. En av förklaringarna är minskat bostadsbyggande och begynnande lågkonjunktur hos våra exportmarknader. Observera att tillväxten minskar trots befolkningen ökar med 1 %.

1.5.3 Socialt

Inom 20 år behöver skatten höjas med 13 kr om Sverige ska klara omsorgsbehoven enligt Rolf Solli vid Högskolan i Borås. Försvarsbudgeten växer, kompetensbristen driver upp lönerna, nya cancerläkemedel kostar belopp som raderar ut möjligheten att ge lika vård för alla samtidigt som kraven på samma välfärd och samhällsservice, oavsett var man bor, är en rättighet enligt 86 % av svenskarna enligt en undersökning av Kairos Future, som också ställer frågan: Behöver samhällskontraktet skrivas om?

Regionerna kommer att behöva spara vilket kommer påverka finansieringen av tandvård.

Den demografiska utvecklingen där antalet barn, unga och äldre ökar i snabbare takt än de i arbetsför ålder innebär att färre ska vårda fler samtidigt som urbaniseringen och invandringen innebär att samhället blir mer mångkulturellt. Det handlar om att möta patienterna där de befinner sig. Att vara frisk eller sjuk är mer relativt i dagens samhälle än när provinsialläkaren respektive tandläkaren själv fastställde diagnosen.

Bristen på tandläkare och tandhygienister är mycket stor särskilt utanför de större städerna. Socialstyrelsens nationella planeringsstöd för 2018 visar att antalet tandläkare sannolikt kommer att minska de kommande tio åren på grund av stora pensionsavgångar. Under 2016 utfärdade socialstyrelsen 398 legitimationer till tandläkare, vilket är en minskning jämfört med 2015 och 2014 då det utfärdades 466 respektive 411 tandläkarlegitimationer.

Nyexaminerade tandläkare med liten praktisk erfarenhet ska ersätta erfarna tandläkare som väntas gå i pension under den kommande tioårsperioden. När färre och mindre erfarna tandläkare ska ta hand om en större, äldre och mer vårdkrävande befolkning kan det leda till långa väntetider. Med för få tandläkare ökar risken för att tandhälsan blir mer ojämlig.

För 200 år sedan bodde 90 % av Sveriges befolkning på landet. Idag är det nästan tvärtom, cirka 85 % bor i tätorter. Denna urbanisering skapar ett antal storstadskommuner i vårt närområde med Stockholm, Örebro, Västerås och Uppsala. Utbildningen av tandläkare och tandhygienister sker i storstadskommuner längs kusten. Behovet av terapeuter är betydligt större än tillgången. En stor del av de som utexamineras stannar kvar på utbildningsorten. Konkurrensen om de som flyttar är mycket hög. Det ökar risken för att Folktandvården i Mellansverige bjuder över varandra med ökande personalkostnader som följd. Denna ökning finansieras antingen via produktivitetsförbättringar eller via höjning av prislistan. De som kan avvika från referensprislistan har således en fördel vid rekrytering och bibehållandet av medarbetare.

En hållbar cirkulär ekonomi ska hushålla med samhällets och naturens resurser; både nytvunna, de som finns tillverkade och använda varor. En verksam miljöpolitik vilar på träffsäker beskattning av miljöpåverkan och reglering av farliga ämnen. Folktandvården har länge arbetat bort från negativ miljöpåverkan och mot effektivare resursanvändning. Insatser för att vara frisk i munnen hela livet börjar med generella hälsoinsatser i förskolor och skolor, fortsätter med frisktandvård på vuxna patienter för att sedan via munhälsobedömningar få äldre patienter att förbättra sin munhälsa. Allt för att patienter ska ha förståelse för vad som ger besvär i munnen och hur livsstil påverkar tandhälsan samt vikten av att sköta sina tänder hela livet. Frisk mun ger minst miljöpåverkan vilket tillsammans med minimering av kvicksilverutsläpp är övergripande mål med Folktandvårdens miljöprogram.

Via mobiltelefon och internet är vi ihopkopplade med varandra via sociala medier. Patienter förväntar sig hjälp här och nu. Digitalisering och sociala medier förändrar maktförhållanden mellan patienter och vårdpersonal. En fullkomlig flod av hälso- och sjukvårdsinformation strömmar ut från internet via hundratals webbsidor och andra digitala kommunikationskanaler. Patienter har före besöket hunnit både skaffa sig information om sina besvär samt diskutera informationen i sociala medier. Patienter delar med sig av sina erfarenheter från mötet till sina vänner i de sociala nätverken.

Tandvården står inför generationsväxling och en åldrande befolkning med andra behov av tandvård. Samhället är mer komplext och mångkulturellt. Livsstilstrender blir allt viktigare. Individen vill både vara frisk och må bra. Det handlar om att möta patienter när de behöver hjälp här och nu och skraddarsy deras upplevelse.

Medborgarna vill ha makt över sin egen situation. De väljer klinik som ligger nära arbetsplats eller bostad med öppettider som passar deras livssituation. De förväntar sig ett respektfullt bemötande.

Millenniers är nästa stora befolkningsgrupp. De är födda på åttio- och nittioalet. De utgör en tredjedel av alla personer mellan 24 – 74 år. Mellan 10 – 35 % av dem är barn till första generationens invandrare eller så har de invandrat själva. Gruppen är således både stor och mångfaldig.

Som medarbetare önskar de flexibilitet och eget ansvar. Som personer är de alltid uppkopplade och har därmed tillgång till all information. Som studenter har dubbelt så många av dem examen från högskola eller universitet jämfört med tidigare generationer. Som konsument önskar de tillgång men inte ägarskap. Det vill säga tjänsten att nyttja en produkt som bil ska finnas när de behöver den, men de ska nödvändigtvis inte behöva köra tillbaka bilen eller sköta den. De använder sociala medier för att snabbt få ut sitt budskap.

Vi som lever idag kommer troligen att bli äldre än tidigare generationer. Cirka 20 % av Sveriges befolkning är 65 år eller äldre. Andelen varierar dock kraftigt mellan olika kommuner. Från och med 2020 kommer andelen 80-åringar eller äldre i befolkningen att öka. Särskilt för dem som är äldre än 85 år.

De äldre är allt friskare högre upp i åldern. Det är särskilt de som är äldre än 85 år som kommer att påverka vårdbehovet. Den ökade åldern gör att hälsotillståndet successivt försämras. De bor också kvar i sina hem vilket förklaras av att de vill, men också att det inte finns tillräckliga många bra alternativ. Detta varierar också mellan kommuner.

Att fler äldre bor kvar hemma är både ett resultat av bättre hälsa men också av en medveten politik från samhällets sida att styra över vårdresurser från olika former av institutionsboenden till möjligheter att bo kvar i hemmet. Hemtjänsten har utökats men samhället förlitar sig på ett ökat stöd från anhörigas sida.

1.5.4 Teknologiska drivkrafter

Den ökande digitaliseringen är en av de starkaste förändringskrafterna i dagens samhälle. Det kommer att påverka vården på ett genomgripande sätt om det inte redan har börjat ske. Vi är sällan längre från mobilen än en halv meter 24 timmar per dygn och sju dagar per vecka. Vill vi nå och kommunicera med våra kunder och patienter är mobilen verktyget. Kostnader för digitaliseringen bedöms öka väsentligt.

Trendspanare bedömer att vi snart kommer att glömma bort att vi använder internet. Det bygger på att röstsök etableras i Sverige. Med röstkommandon och smarta system, som ser våra behov och önskningar innan de blir medvetna för oss själva, blir internet som luften vi andas - osynlig. I USA, Storbritannien och Tyskland kan personer sedan flera år beställa varor, tjänster, lyssna på musik och få svar på frågor genom att prata rakt ut i rummet. I USA har vart femte hushåll en smart högtalare. Röstshopping bedöms växa från dagens 17 miljarder kronor till 335 miljarder kronor år 2022 i USA och Storbritannien. Är det möjligt att vi om några år kommer att be våra smarta system att boka tid hos tandvården?

Den medicintekniska utvecklingen har inneburit nya innovativa lösningar med betydande investeringar och därmed höga driftskostnader (avskrivningar). Informationsteknologin har revolutionerat hanteringen av information i patientjournaler med mera. Kostnadsutvecklingen för IT-strukturen med avseende på utrustning, drift och säkerhet har inneburit betydande investeringar med höga driftskostnader.

Den odontologiska utvecklingen har de senaste 20 åren skapat ny avancerad tandvård med protetik och implantat. Protetiska lagningar är mer bestående och implantat innebär nya tänder istället för proteser.

Internet gör patienten välinformerad. I december 2010 fanns det 255 miljoner hemsidor på internet. Sociala medier ger patienter möjlighet att snabbt sprida uppfattningar om bemötande och hur professionell kliniken uppfattas.

Internet möjliggör både tidbokning av och kommunikation med patient. Tandvårdens krav på effektiva processer påverkas av om- och avbokningar. Det innebär således utmaningar att göra det lätt för patienten att boka tid på kliniken vid rätt tidpunkt samtidigt som det ska vara svårt att boka av sin tid.

1.5.5 Kulturellt

Kulturella aspekter på tandvård beror av hur relationer mellan tandvård och kund skapas. Praxis i Sverige har varit att kalla patienter regelbundet utifrån deras odontologiska risk. Patienter har kallats varje eller vartannat år. En grupp av vuxna patienter föredrar att boka tid när de upplever ett behov. För att möta deras behov har Folktandvården i Stockholm byggt särskilda ”drop-in” kliniker.

Livsstil påverkar hur vi mår senare och tandvården kan vara en resurs för att skapa hälsa.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen ställer allt högre krav på dokumentation för att kvalitetssäkra tandvården.

1.6 Slutsats

Folktandvården kommer att möta några starka drivkrafter de närmsta åren. De är:

1. Besparingskrav innebär ökade avgifter för tandvård.
2. Millenniers söker flexibla arbetslösningar under eget ansvar.
3. Millenniers efterfrågar tjänsten när behovet uppstår vilket talar för frisktandvårdsabonnemang och drop-in kliniker.
4. Äldre personer (> 85+ år) i hemmiljö ökar behovet av mobila lösningar.

Befolkningen ökar snabbt i Västmanland och antalet prioriterade patienter har ökat samtidigt som det råder brist på tandläkare och tandhygienister. Det betyder att det blir fler personer per tandläkare och tandhygienist. Personalmixen och patientmixen kan öka risken att tandläkare går till de privata vårdgivarna för att få färre patienter och större andel vuxna. Folktandvården har ökat sin produktivitet sedan bolagiseringen och det kommer att vara svårt att behålla produktiviteten när yngre tandläkare och tandhygienister med ringa klinisk erfarenhet ska ersätta erfarna.

Tandvårdsmarknaden kännetecknas av hård konkurrens på en mogen marknad samtidigt som det finns signaler om en strukturomvandling från små privata kliniker till privata kedjor med större kliniker. Det innebär en hård konkurrens om tandläkare och tandhygienister utanför utbildningsorterna vilket medför ökande personal-kostnader. Fyrtiosex medarbetare beräknas gå i pension vid 65 års ålder inom en femårsperiod. Av dem är cirka 8 tandläkare och 5 tandhygienister. Det innebär att Folktandvårdens kostnader för personal kommer att öka. Finansiering av ökade personalkostnader innebär behov av att få avvika från referensprislistan.

Befolkningen har sedan 60-talet fått allt friskare tänder samtidigt som en stor andel av nyanlända svenskar har hög frekvens karies med stort vårdbehov och långa behandlingstider. Det finns också stora skillnader i behov av tandvård som relateras till livsstil och socioekonomiska faktorer.

Antalet äldre vuxna (>80 år) i Sverige beräknas öka från 499 000 (år 2014) till 826 000 personer (år 2030). Andelen av befolkningen som är 65 år och äldre var i slutet på 2018 20 %, 80 år och äldre 5,1 % och 90 år och äldre 1 %. I Västmanland bor det cirka 14 100 personer som är 80 år och äldre samt cirka 2 800 personer som är 90 år och äldre år 2020 [Antagande: Folkmängden växer med 1 %].

Äldre personer kommer att ha ett ökat tandvårdsbehov. De flesta äldre har egna tänder med ökad risk för karies och parodontit. De äldre drabbas mer av sjukdomar och demens. Det medför problem som muntorrhet samt svårighet att sköta sin munhygien, vilket ger en ökad kariesrisk.

Äldre vuxna är mindre rörliga vilket ökar behovet av mobila utrustningar och mobila IT-lösningar. Det finns även unga vuxna som på grund av livsstil har större risk för frätskador på tänder än för karies. Det finns således behov av hälsoinsatser för att invånarna ska förstå sambanden mellan riskfaktorer och förekomst av karies, frätskador och parodontit.

Frisk i munnen hela livet är en röd tråd som genomsyrar allt Folktandvården gör i Västmanland. Det bygger på en vårdkedja av förebyggande åtgärder från generella hälsoinsatser till barn och unga vuxna, vårdprogram till vuxna med frisktandvård samt munhälsobedömningar hos äldre så att de snabbt remitteras till tandläkare och tandhygienister för att kunna behålla en frisk mun och god hälsa. Allt för att minimera miljöpåverkan och ge en hållbar utveckling.

2.0 Konkurrensanalys

2.1 Produkter och tjänster

Vi tillhandahåller allmäntandvård definierad enligt åtgärder i den nationella referensprislistan samt frisktandvårdsavtal. Vi tillhandahåller även:

- Akut tandvård.
- Barntandvård.
- Befolkningsansvar.
- Munhälsobedömningar/Uppsökande verksamhet.
- Nödvändig tandvård.
- Tandvård som led i sjukdomsbehandling.
- Förebyggande åtgärder och tjänster.
- Generella Hälsoinsatser.
- Remiss till specialisttandvård.
- Tandvårdsprodukter (tandborstar mm).

Vi erbjuder länets invånare en bred och djup produktportfölj av högkvalitativa produkter och tjänster.

2.2 Allmänt

Konkurrensen på den svenska tandvårdsmarknaden 2018 speglas i en rapport från Konkurrensverket [Rapport 2018:1 kapitel 23].

Omsättningen på den svenska tandvårdsmarknaden uppgår årligen till cirka 26 miljarder kronor, varav staten finansierar sex miljarder kronor via ATB, STB och högkostnadsskydd. Regionerna finansierar fem miljarder kronor för barn- och ungdomstandvård (t om 23 år), sjukhustandvård och äldretandvård. Resterande 15 miljarder kronor finansierar patienterna själva via sina avgifter.

Konkurrensutsättningen på marknaden är betydligt högre inom tandvård till vuxna (> 23 år) patienter.

Det finns enligt TLV 2 000 vårdgivare inom det statliga tandvårdsstödet. Marknadsandelen för de största aktörerna redovisas i tabellen nedan:

Tabell 10 Marknadsandelar mätt i vårdgivarpriser över tid

	2009	2011	2013	2015
Folktandvården	32 %	32 %	32 %	30 %
Praktikertjänst	29 %	28 %	27 %	26 %
Smile Colosseum	1 %	2 %	2 %	3 %
Distriktstandvården Sverige AB	0 %	0 %	1 %	1 %
City Dental i Stockholm AB	1 %	0 %	0 %	1 %
OraSolv Clinics AB	0 %	0 %	0 %	1 %
Global Health Partner	0 %	1 %	0 %	0 %
Årlig oms 10–50 mnkr per företag	4 %	5 %	6 %	7 %
Årlig oms 5–10 mnkr per företag	10 %	10 %	11 %	12 %
Årlig oms 1–5 mnkr per företag	15 %	15 %	16 %	16 %
Årlig oms 1 mnkr eller mindre per företag	8 %	7 %	5 %	3 %
	100 %	100 %	100 %	100 %

Källa: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Tabellen redovisar minskade marknadsandelar för Folktandvården och Praktikertjänst samtidigt som nya kedjor har etablerat sig och tagit marknadsandelar. Nya kedjor som MyDentist och Happident har etablerats sig efter 2015. Den andra trenden är minskningen av antalet företag med årsomsättning under 1 miljon kronor.

Antalet åtgärder till vuxna patienter [TLV] uppgår till 16,9 miljoner åtgärder årligen. Privata vårdgivare svarar för 10 miljoner åtgärder vilket motsvarar 59 %. Den mest frekventa åtgärden är basundersökning (åtgärd 101). Cirka 58 % av patientbesöken gjordes hos privata vårdgivare och 42 % hos folktandvården.

Lönsamheten i branschen är god med en vinstmarginal på 11 % hos de som drivs som aktiebolag (2013 - 2016). Prisutvecklingen sedan tandvårdsstödet infördes 2008 har ökat mer än den allmänna prisnivån. I tabellen nedan redovisas referenspriset och vårdgivarprisets utveckling sedan 2008:

Tabell 11 Prisutveckling index. Referenspriser vs Vårdgivarpriser (samtliga, offentlig och privat)

Ar	Referenspris	Vårdgivarpris
2008	100,00 %	100,00 %
2009	101,75 %	101,97 %
2010	105,57 %	105,95 %
2011	108,20 %	109,99 %
2012	108,84 %	112,00 %
2013	119,88 %	121,37 %
2014	120,45 %	122,63 %
2015	119,53 %	123,64 %
2016	125,16 %	127,87 %

Källa: Uppgifter inhämtade från TLV.

Tabellen visar att vårdgivarpriset har skuggat referenspriset. Rapporten från Konkursverket anger att 40 % av patienterna möter ett pris på eller under referenspriset och 60 % ett pris över. Tio procent (10 %) av patienterna debiteras ett pris som är mer än 10 % under och 12 % ett pris som är mindre än 10 % av referenspriset. Sjutton procent (17 %) av patienterna betalar ett pris motsvarande referenspriset.

Tandvårdsmarknaden i Sverige karakteriseras av hård konkurrens om både medarbetare och patienter. Prissättningen för vuxentandvård är fri men staten subventionerar kostnaden upp till referenspriset enligt särskilda regler. Patienter som är yngre än 24 år finansieras av regionerna oftast enligt en kapiteringsmodell. Det vill säga ett fast pris per barn 3 – 23 år. Barn yngre än 3 år ersätter regionen enligt referensprislistan.

Tandvårdskedjor med anställda tandläkare är ett nytt fenomen i Sverige. Ändrade 3:12-regler och minskat intresse hos unga tandläkare att jobba på kliniker med ett eller två behandlingsrum har medfört svårare rekrytering av tandläkare till Praktikertjänst samtidigt som tandvårdskedjorna ser början på en strukturomvandling inom tandvård i Sverige. Tandvårdskedjorna pratar i egen sak men bedömer att de större kedjorna kommer att dominera tandvårdsmarknaden i Sverige tillsammans med Folktandvården.

Tandvårdsmarknaden växer med befolkningen och med ökade priser. Nyetablerade kedjor har enklare att få nya patienter och patienter som inte är nöjda med sin nuvarande vårdgivare. Det finns några kedjor som har fokuserat på specifikt segment som uppsökande verksamhet för att på så sätt ta sig in på marknaden.

Intäkter per medarbetare speglar prislistan, produktmixen, socioekonomi, produktivitet och grad av teamarbete i flera rum. Befolkningstillväxten i länet innebär på sikt fler patienter som efterfrågar tandvård.

Utmaningar för alla tandvårdsorganisationer är:

- Ökad konkurrens om patienter och personal.
- Tandläkarbrist och personalkostnader.
- Tandhygienistbrist.
- Personalkostnader stiger mer än höjningen av prislistan.
- Kostnader för lokaler, utrustning och informationsteknologin.
- Tidbokning, uteblivande och sena återbud.
- Schemaläggning.
- Ökade myndighetskrav.
- Ökade kostnader för barn- och ungdomstandvård utifrån mer omfattande tandvårdsbehov hos nyanlända svenskar vilket innebär att nuvarande ersättning inte kommer att täcka de framtida självkostnaderna.
- Nuvarande referensprislista tar inte hänsyn till att vuxna nyanlända svenskar behöver längre vårdtider samtidigt som de behandlas av nyutexaminerade tandläkare som behöver längre behandlingstider.

2.2.1 Praktikertjänst

Praktikertjänst är ett aktiebolag som samtidigt är ett producentkooperativ. Inom tandvård finns det 650 mottagningar med 1 050 tandläkare.

Omsättningen minskade under 2018 med 1,1 % till 4 288 mkr. Femtio procent (50 %) av omsättningen kommer från Göteborg, Malmö och Stockholm. Marknadsandelen anges till 25 % av vuxentandvården.

Rörelseresultatet för hela Praktikertjänst var 4,2 %.

Under 2018 har 48 nya avtal tecknats med blivande verksamhetsansvariga tandläkare, 103 har slutat varav 77 har gått i pension. Sjuttio (70) assistenttandläkare har rekryterats under 2018 och 13 mottagningar har förvärvats. Fyrtio procent (40 %) av tandläkarna närmar sig pensionen.

Frenda är Praktikertjänst egenutvecklade journalsystem. Under 2018 har Praktikertjänst tecknat avtal med 5 externa vårdgivare, vilket innebär att journalsystemet används av 1 600 användare på 300 resultatenheter.

I Västmanland är 31 tandläkare knutna till Praktikertjänst med kliniker i Arboga, Fagersta, Hallstahammar, Köping, Norberg, Sala och Västerås.

2.2.2 Smile/Colosseum

Smile har under året fortsatt att förvärva kliniker till 40 kliniker från Trelleborg i syd till Kiruna i norr.

Den 1 oktober 2019 förvärvade Smile två specialistkliniker (käkkirurgi), en i Västerås och en i Uppsala. Smile satsar på att utveckla sig inom specialisttandvård.

Smile har ett traineeprogram för nyexaminerade tandläkare med upp till 1,5 års erfarenhet. Programmet pågår i 18 månader och består av regelbundna och schemalagda möten med terapiplanering, diagnostik och råd om patientkommunikation. Tillämpning av tandvårdsstödet, kvalitetssäkring, avvikelshantering och strålsäkerhetsarbete är en del av programmet. Både externa utbildningar och interna kurser ingår i programmet medauskultation hos erfarna allmän- och specialisttandläkare.

Omsättningen 2017 var 624,1 mkr med ett resultat efter finansnetto på 1,4 mkr. Det redovisade resultatet var – 5,0 mkr. Colosseum finns i 31 kommuner med 39 kliniker.

2.2.3 Happident

Happident är Sveriges tredje största tandvårdskedja efter förvärvet av Orasolv AB. De har förvärvat flera kliniker med bra centrala lägen i Göteborg, Malmö, Stockholm och Uppsala. De utvecklar ett koncept med hubbklirik och satellitkliniker i städerna. Satelliter remitterar svårare patienter till hubben och tandläkarna kan även förbättra sin kompetens genom att jobba på hubbklubben under en viss period. Allt för att erbjuda tandläkare ett utvecklande och stimulerande arbete.

Koncernens säte är Göteborg/Tjörn. Grundaren av ME Dental är leg. Tandläkare Mazdak Eyrumlu, som tidigare varit verksam i Storbritannien där han startade en klinik och skapade ett företag med 850 kliniker.

2.2.4 Distriktstandvården Sverige AB

Distriktstandvården har 23 kliniker i Stockholm och en klinik i Mariehamn på Åland. Omsättningen ökade under 2017 med 26,5 mkr till 194,7 mkr. Antalet medarbetare ökade samtidigt med 9 personer till 190 medarbetare. Omsättningen per medarbetare är 1,025 mkr. Bruttomarginalen enligt vår definition var 2017 42,7 %.

Distriktstandvården kommer i Stockholm att utföra uppsökande verksamhet på uppdrag av kommuner i Stockholmsregionen. Det vill säga munhälsobedömningar och munvårdsutbildningar till äldre och funktionshindrade personer samt till personal på äldreboenden och sjukhem. Munhälsobedömningarna kommer att utföras av tandhygienister.

Personer som har behov av profylax men som har svårt att ta sig till en klinik kommer att erbjudas vård i sitt boende (maximalt 4 gånger per år).

För att genomföra ovan strategi har 3D Dentomed förvärvats. Distriktstandvården kan därmed erbjuda tandläkarvård i mobila tandläkarmottagningar inom äldre- och handikappomsorgen. Konceptet bygger på att de reser till kunden så att kunden inte behöver resa till mottagningen. Företaget erbjuder nödvändig tandvård i deras mobila kliniker.



2.2.5 MyDentist (MyDentist Europa AB)

MyDentist är en relativt ny tandvårdskedja bestående av sex kliniker. Det ser ut som att de försöker växa genom att starta nya kliniker. I Västerås har de tagit över en befintlig kundstock hos en tandläkare som kommer att gå i pension.

De öppnar kliniken i centrala lägen som finns i Västerås, Norrköping, Malmö, Göteborg och Borås. Omsättningen 2016 var 2,4 mkr och verksamheten gick med förlust på 3,8 mkr. Antalet medarbetare var 6 personer.

2.2.6 Privata Tandläkare

Det finns fortfarande många privata kliniker med en till två tandläkare. Deras omsättning ligger omkring en miljon per anställd och de har ett positivt resultat.

Det är flera tandvårdsbolag som ser en strukturomvandling i svensk tandvård som innebär minskat intresse hos unga tandläkare att arbeta ensam eller på liten klinik med högst en kollega.

2.3 Folktandvården Västmanland AB

Folktandvården Västmanland AB är ett regionägt bolag som bedriver allmän- och barntandvård i länet. Bolaget förväntas generera ett resultat motsvarande fastställt avkastningskrav för regionägda bolag.

Folktandvården har 17 kliniker varav 7 kliniker i Västerås, 1 klinik i Skultuna och 1 klinik i varje kommun i länet.

Folktandvårdens intäkter finansieras via patientavgifter, det statliga tandvårdsstödet, frisktvård, barnpeng, ersättning för utförda generella hälsoinsatser, munhälsobedömningar med mera.

Urbaniseringen medför att det blir allt svårare att bemanna kliniker utanför Västerås. Länsklinikerna kan erbjuda nyexaminerade tandläkare ett bredare panorama av patienter med olika behov. Andelen av patienterna i ålder 3 – 23 år är lägre.

Personalkostnaderna motsvarar cirka 60 % av intäkterna. Löne-, pensions- och åldersstrukturen innebär att kostnaderna för den förmånsbaserade pensionen för dem som har en inkomst högre än 7,5 IBB ökar de kommande åren. Kostnaden för den förmånsbaserade pensionen är baserad på den modell som används för att beräkna kostnader för framtida åtaganden enligt Tryggandelagen, diskonteringsräntan och den utvalda obligationen som anges (FI) samt pris- och inkomstbasbeloppet. Modellen påverkar bolagets kostnader kraftigt och även likviditeten avseende avsättningarna och löneskatt.

2.4 Sammanfattning

Svensk Tandvård är i ett internationellt perspektiv unik. Tandvården är fri för barn och ungdomar till och med det år de fyller 23 år. Vuxna patienter går regelbundet till sin tandläkare varje eller vartannat år.

Cirka 20 % av befolkningen går till tandläkaren vid behov eller när de har akuta besvär. Befolkningen ökar och antalet patienter som har stort behov av tandvård och som tillhör de prioriterade grupperna ökar också.

Tandvårdsmarknaden kännetecknas av hård konkurrens om tandläkare och tandhygienister. Det medför många vakanser och ökade personalkostnader. Folktandvården hinner med de prioriterade grupperna men halkar efter i gruppen vuxna revisionspatienter.

Nya tandvårdskedjor har etablerats och de växer genom att köpa befintliga kliniker.

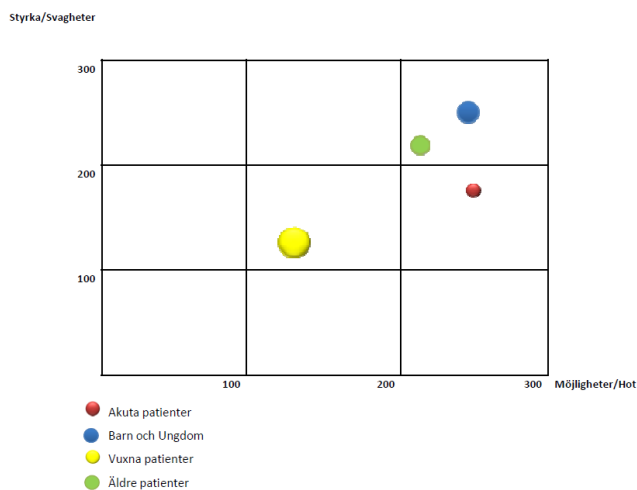
3.0 SWOT (Styrka/Svaghet/Möjlighet/Hot)

Möjligheter och hot	Akuta			Barn och Unga Vuxna			Vuxna			Äldre (80+)		
	Vikt	Betyg	Summa	Vikt	Betyg	Summa	Vikt	Betyg	Summa	Vikt	Betyg	Summa
Befolkningstillväxt	20	3	60	20	3	60	20	1	20	20	3	60
Ha råd	20	3	60	20	1	20	20	2	40	20	1	20
Intresse för sin munhälsa	15	1	15	15	2	30	15	2	30	15	2	30
Smärtfri	10	1	10	10	3	30	10	3	30	10	2	20
Tillgänglighet	20	3	60	20	3	60	20	0	0	20	3	60
Många aktörer	10	3	30	10	3	30	10	0	0	10	2	20
Regelverk	5	3	15	5	3	15	5	1	5	5	3	15
Summa	100		250	100		245	100		125	100		225
Styrka och Svagheter												
Varumärket	20	3	60	20	3	60	20	2	40	20	3	60
Bemannning	25	1	25	25	3	75	25	0	0	25	1	25
Prislista	5	3	15	5	1	5	5	3	15	5	3	15
Kundfokus	15	1	15	15	2	30	15	1	15	15	2	30
Tillgänglighet	15	2	30	15	3	45	15	1	15	15	3	45
Teknik på klinik	5	1	5	5	2	10	5	1	5	5	2	10
Produktivitet	10	3	30	10	3	30	10	3	30	10	3	30
Omkostnader	5	-1	-5	5	-1	-5	5	-1	-5	5	-1	-5
Summa	100		175	100		250	100		115	100		210

Segmenten Vuxna och Äldre har fått lägre poäng jämfört med tidigare år på grund av brist på terapeuter och ökad konkurrens.

3.1 Strategisk position

Folktandvården



3.2 Slutsats

Matrisen ovan speglar Folktandvården Västmanland AB:s kommande utmaningar (möjligheter/hot) och Folktandvårdens styrkor. Storleken på cirkarna visar segmentets storlek i antalet potentiella patienter.

Makroekonomin förklaras av hög befolkningstillväxt och relativt god tillväxt i ekonomin vilket innebär hög efterfrågan på våra tjänster. Samtidigt har det medfört att behovet av terapeuter är betydligt större än tillgången. Det medför ökad konkurrens om personal, vilket pressar upp personalkostnaderna.

Den låga räntan innebär stora utmaningar med höga kostnader för framtida pensionsåtaganden och risk för höga lönekrav. Den första drivkraften gynnar Folktandvården bäst i segmenten akuta, barn och ungdomar samt äldre samtidigt som denna kraft gynnar privata alternativ bättre i segmentet vuxna. Folktandvården behöver flera terapeuter och längre öppettider för att hinna med vuxna revisionspatienter enligt revisionsintervallen. Den låga räntan missgynnar Folktandvården mer än privata tandvårdsorganisationer som bland annat har andra pensionslösningar.

Tandvårdsstödet är både en drivkraft och en barriär. Folktandvården Västmanland följer den nationella referensprislistan och använder inte latituder (åtgärdernas komplexitet). Det betyder att ersättningen inte täcker kostnaderna när unga terapeuter med långa behandlingstider hjälper patienter med behov av långa vårdtider på grund av många olika komplexa faktorer.

Folktandvården har sin största styrka i segmenten akuta, barn och ungdomar samt äldre patienter. Segmentet vuxna behöver stärkas väsentligt genom fler terapeuter och längre öppettider. Det senare kräver flera medarbetare samtidigt som tillgången på tandvårdspersonal är väsentligt mindre än behovet.

4. Vision

Din Glädje – Vår Stolthet!

Visionen speglar vår satsning på förebyggande åtgärder för att skapa friska tänder och ett glatt leende hos våra patienter och kunder. Det innebär att våra stolta medarbetare bidrar till ett gott liv för glada länsinvånare och till en hälsofrämjande region. Tillsammans skapar vi livskraft för framtiden.

5 Mål 31 december 2022

5.1.1 Kund

Kundnöjdhetsindex ska vara lägst 95 %. Det innebär att kunderna blir respektfullt bemötta, får information om sin munhälsa, åtgärdsförslag och sina kostnader. Kunden ska vara delaktig i sin behandling.

Alla patienter (100 %) ska erbjudas tid enligt sina revisionsintervall. Akuta patienter ska erbjudas tid samma dag eller senast nästa dag. Nya patienter erbjuds tid inom 6 månader.

5.1.2 Verksamheten

Folktandvården har ett kvalitets- och ledningssystem implementerat och klinikernas miljöarbete är målmedvetet och inriktat mot en minimering av påverkan på miljön. Kvalitets- och miljöarbete ska präglas av ständiga förbättringar och vara följsamma till ISO 9001/ISO 14001.

Alla patienter ska riskbedömas i R2 och erbjudas en individuell behandlingsplan för att behålla friska tänder hela livet. Patienterna ska involveras i sin behandling med avseende på förebyggande åtgärder.

Andelen kariesfria 6-åringar i det primära bettet skall vara lägst 79 %. Approximalt kariesfria 19-åringar ska vara lägst 68 %.

Kvalitetsmåten ”överlevnad av fyllning på tandnivå” och ”antalet patienter med kariesrisk som får en förebyggande åtgärd” kommer att följa upp verksamheten.

5.1.3 Medarbetare

Hållbart medarbetarengagemang (HME) ska vara lägst 80.
Alla medarbetare ska ha individuella mål.
Sjukfrånvaron bör vara lägre än 6 %.

5.1.4 Finans

Intäkterna beräknas till 265,1 mkr med en bruttomarginal på 36,7 % och resultat på 1,65 mkr.

6 Strategi

6.1 Affärsidé

Vi är ett hälsofrämjande bolag som förebygger och behandlar munsjukdomar. Vi finns i hela länet. Vi behandlar alla lika och ger hela familjen ett gott respektfullt bemötande och god tandvård av god kvalitet till rimliga priser. Vi värnar om att patienten ska förstå sin behandling och vad den kommer att kosta.

6.2 Medarbetaridé

Att ge våra medarbetare möjlighet att utvecklas både som individer och i sina yrkesroller, så att vi tillsammans med stort engagemang, glädje och stolthet skapar en bättre vardag för oss själva och våra patienter.

6.3 Strategiska perspektiv

Med strategi menar vi hur vi använder våra resurser för att nå målen. Med resurser menar vi våra medarbetares kompetenser och våra finansiella medel. Den övergripande strategin är att finnas i alla kommuner i länet och på strategiska ställen i Västerås med öppettider som våra kunder efterfrågar. Vi har ett centralt fastställt kvalitetssystem med rutiner och policys kombinerat med förståelsen att all verksamhet är lokal. Det kliniska arbetet ska utgå från vårdprogram för barn och ungdomar, vuxna och äldre baserade på nationella riktlinjer för god tandvård.

Vårt system för tidsboksplanering ska leda till fulla tidböcker. Våra team ska ta tillvara på alla medarbetares kompetens. Våra processer ska skapa värde för kunderna. Vi arbetar med allas lika värde och respekt.

Under perioden ska vi stärka vår konkurrenskraft inom segmentet vuxna självbetalande patienter. Vi ska åstadkomma detta genom att anställa fler tandläkare och tandhygienister så att vi kan bemanna alla kliniker under hela året.

Vi arbetar med följande perspektiv för att nå målen:

God Hälsa (Patientperspektiv)

Vi arbetar förebyggande med att riskbedöma våra patienters odontologiska risk med hjälp av R2. Patienter får en individuell plan för att skapa god mun- och tandhälsa. Det innebär att patienten ska förstå hur levnadsvanor påverkar munhälsan och hur man ska åstadkomma god munhälsa.

Patienten kallas enligt överenskommen revisionstid som utgår från patientens risk och kundens behov. Förutsättningar för en god munhälsa skapas redan hos små barn. Folktandvården samverkar med barnhälsovården kring riskbedömning av det lilla barnet och information till föräldrar. Barn och ungdomar kallas till undersökning från tre (3) års ålder och sedan vartannat år om ingen risk föreligger. De ska vara undersökta vid kritiska tidpunkter för att säkerställa att bettet utvecklas funktionellt så att åtgärder kan vidtas i tid. I slutet av perioden för den fria tandvården får patienten information om hur man kan bibehålla en god munhälsa med hjälp av egenvård.

Nya patienter erbjuds tid inom sex månader. Akuta patienter får tid samma dag. Vuxna patienter kallas enligt överenskomna revisionstider. Patienterna skall uppleva att vi finns till för dem. Att vi lyssnar och förstår deras behov. Vi arbetar med att göra patienterna delaktiga i sin behandling och att de ska förstå syftet och kostnaden för den.

Folktandvården har tandvårdsteam för patienter med behov av extra omvårdnad vid Bäckbykliniken (Västerås), Fagersta, Köping och Sala.

Folktandvården har team som gör munhälsobedömningar på äldre personer i hemmen och vid äldreboenden. Patienter remitteras vid behov till lämplig klinik för nödvändig tandvård.

Folktandvården har team som tillsammans med andra samhällsaktörer utför generella hälsoinsatser och riktade insatser i socioekonomiskt svaga områden.

God Vård (Verksamhetsperspektiv)

Vi erbjuder västmanlänningarna en bred portfölj av traditionell, förebyggande, estetisk, allmän- och omvårdnadstandvård. Vi utför tjänsterna befolkningsansvar, generella hälsoinsatser och uppsökande verksamhet.

Vi har ett kvalitets- och miljöledningssystem som är följsamt till ISO 9001:2008 och ISO 14001:2004. Det betyder att vi ständigt arbetar med att förbättra vår verksamhet så att länets medborgare är trygga och nöjda med våra tjänster och uppdrag. Vårt miljöarbete innebär att vi värnar vår miljö och strävar efter att minimera vår påverkan på miljön för att skapa ett hållbart förhållningssätt i allt vi gör.

Epidemiologiska variabler används för att planera och förbättra våra processer.

Kvalitetssystemet innebär att vi arbetar med God Tandvård med hög patientsäkerhet. Det innebär att alla patienter får samma respektfulla bemötande och omhändertagande. Vi kombinerar ett centralt system med decentraliserat ansvar på klinikerna. Patienterna får hjälp av den som är mest lämpad att hjälpa dem ur ”Bästa Effektiva Omhändertagande Nivå” (BEON).

Engagerade medarbetare

Vår kultur ska vara lärande med ständiga förbättringar samt öppen och rak. Medarbetarna ska vara trygga och engagerade. Ledarskapet ska vara närvarande, coachande och syfta till att få medarbetarna att trivas, prestera och vara stolta över sitt arbete. Samverkansprocessen bygger på en öppen dialog mellan alla medarbetare innan beslut fattas. Cheferna ansvarar för att beslut genomförs och följs.

Samtliga medarbetare ska förstå den strategiska intentionen i visionen och hur vi förhåller oss till varandra och till våra kunder i vårt lagarbete baserat på våra ledstjärnor Glädje, Engagemang, Ansvar och Respekt (GEAR).

Vi engagerar våra medarbetare genom att måla upp en attraktiv resa mot vår vision. Medarbetarna ska i det dagliga arbetet utvecklas som individer och i sina yrkesroller. Medarbetarna får en god och ändamålsenlig introduktion med handledning under de första åren. Vi arbetar med målstyrning och coachning. Alla medarbetare ska ha individuella mål och arbeta mot verksamhetens gemensamma mål. Detta åstadkommer vi med god informationstillgång, bred delaktighet i verksamhetens planering, väl genomförda medarbetarsamtal, daglig coachning, tydliga lönekriterier samt belöning och uppmuntran av medarbetare.

Folktandvårdens organisation ska ha trygga chefer och arbetsledare med tydliga ledarroller och tydligt ansvar. Befogenheter och ansvar ska gå hand i hand. Ledarskapet och medarbetarskapet utvärderas kontinuerligt i det dagliga arbetet och systematiskt vartannat år.

Folktandvården arbetar för att trygga en långsiktig personalförsörjning med rätt personalsammansättning i hela länet. Folktandvården deltar regelbundet i möten med tandvårdsstuderande för att skapa intresse att arbeta i Västmanland.

Stark ekonomi

Verksamheten ska generera ett överskott så att Folktandvården kan kompetensutveckla medarbetarna samt göra nödvändiga investeringar för att förbättra munhälsan och hälsan i länet. Det vill säga vi skall vara självfinansierade för att kunna:

- Förbättra tandhälsan i Västmanland.
- Förstärka kompetensen hos medarbetarna.
- Investera i ny teknologi och arbetsmiljö.
- Svara för Folktandvårdens långsiktiga åtaganden som exempelvis pensioner.
- Kunna vid behov ge utdelning till ägarna.

Folktandvårdens målsättning är en bruttomarginal på 40 %.

Bruttomarginal är ett mått på vårt förädlingsvärde, definierat som nettointäkter minus arbetskostnader i förhållande till nettointäkten.

6.4 Kritiska Framgångsfaktorer

Rekrytera medarbetare som vill utvecklas med Folktandvården i Västmanland.

Folktandvården ska vara en attraktiv arbetsplats som innebär att våra medarbetare vill vara kvar och utvecklas som individer och i sina yrkesroller. Lönepolicy och medarbetarnas kompetensutveckling ska stödja detta.

Medarbetarna ska förstå verksamheten ur kund- och affärsmässiga perspektiv. Det handlar om att kombinera patient- och kundnytta med kostnadseffektiva processer samt optimal bemanning och schemaläggning.

Medarbetare ska se budget som ett styrinstrument och förstår att kostnaderna aldrig kan öka snabbare än intäkterna.

Medarbetarna ska vara stolta, engagerade och ta betalt enligt referensprislistan.

Det ska vara enkelt att boka tid men svårare att boka om tiden. Ombokningar innebär lägre produktivitet vilket påverkar klinikernas resultat. Fokus är fyllda tidböcker och system som underlättar att fylla luckor vid sena återbud.

Kulturen kännetecknas av ständiga förbättringar av verksamheten både kliniskt och affärsmässigt.

Schemaläggning ska utgå från kundernas behov och stödja tandvårdsteamens processer.

Styrtal som kan följas med olika tidsintervaller för att säkerställa att målen nås och att korrigerande åtgärder kan vidtas om avvikelser uppstår på vägen till målen.

7. Resultatbudget 2020 med plan 2021 - 2022

Resultatbudget 2020 med plan för år 2021 - 2022 redovisas i bilaga 1.

8 Känslighetsanalys

Risikfaktorer	Risk	Effekt	Viktiga frågeställningar		
Rekrytering av tandläkare och tandhygienister	Hög	6 – 10 mkr lägre intäkter	Antal som utexamineras, handledning och inskolning av personer med utomnordisk examen	Kompetens- och löne-utveckling	Lagkänsla
Högre andel av barn och unga vuxna har stort tandvårdsbehov	Hög	2 - 5 mkr i lägre intäkter	Omhändertagande av barn och unga vuxna enligt barntandvårdsprogrammet	Bemannning	Arbetsfördelning
Revisionspatienter kallas senare än planerat pga större antal barn och unga vuxna	Hög	2 – 5 mkr	Bemannning	Arbetsfördelning	
Ökade lönekostnader pga brist på legitimerad personal	Medel	1-2 mkr	Lönepolicy		
Ökade kostnader för Pensionsåtaganden utöver plan	Låg	1 – 3 mkr	Löneutveckling	Åldersstruktur	Diskonteringsränta

9 Aktiviteter

9.1 Övergripande aktiviteter

Genomföra arbetsmiljödag för klinikledningarna och skyddsombuden.
Genomföra förbättringar av arbetsmiljön enligt arbetsmiljöplan.

9.2 God Jämlig Tandhälsa

Mäta patient- och kundnöjdhet.
Öka tillgängligheten i Västerås för att minska köer och erbjuda patienter ny tid inom sex månader och tid enligt revisionsintervallen.
Genomföra generella hälsoinsatser i hela länet.

9.3 God Tandvård

Patientsäkerhetsarbete: Hygienmätningar och mäta antibiotikaföreskrivningen.
Utbildningsinsatser kopplade till gränssnittdokument.
Mäta följsamhet till vårdprogram.
Mäta följsamhet till journalföringsrutiner.
Utveckla arbetet med Odontologiska rådet

9.4 Engagerade och stolta medarbetare

Arbeta för en hälsofrämjande arbetsplats och ledarskap
Ta fram en kompetensförsörjningsplan.
Säkerställa att alla medarbetare har individuella mål samt relevanta och väl kända lönekriterier.

9.5 Självfinansierad och lönsam verksamhet

Följa upp verksamheten med bruttomarginal, timintäkt och kostnader.
Följa upp klinikernas bemanning, bemanningskvoter och klinisk tid.
Följa upp avtalstrohet avseende förbrukningsmaterial och tandteknik.
Genomföra internkontroll.

BILAGA 1

Resultatbudget för år 2020 med plan för åren 2021 - 2022

	2020	Plan 2021	Plan 2022
Ersättning från Patient, Försäkringskassa mfl	155 474	160 138	165 684
Ersättning Barnpeng	83 671	86 182	88 853
Ersättning Befolkningsansvar och generella hälsoinsatser	9 976	10 275	10 593
INTÄKTER	249 121	256 594	265 131
Personalkostnader	158 198	162 944	167 832
Kostnader för material, varor och tjänster	19 240	19 817	20 412
Övriga verksamhetskostnader	48 023	49 463	50 947
Lokalhyror	14 775	15 218	15 675
Avskrivningar	4 347	4 527	5 551
Finansiella kostnader	2 888	2 974	3 064
KOSTNADER	247 470	254 944	263 481
RESULTAT efter finansiella poster	1 650	1 650	1 650

Kommentarer till Resultaträkning 2020 med plan 2021–2022

Budgeterat resultat 2020 efter finansiella poster uppgår till 1,65 mkr, vilket motsvarar avkastningskravet. Tillgången på legitimerade tandläkare och tandhygienister är betydligt lägre än efterfrågan. Urbaniseringen innebär svårighet att rekrytera utanför storstäder, vilket medför ökade lönekostnader.

Intäkter och kostnader för åren 2021–2022 har uppräknats motsvarande LPIK. Förändring av den nationella referensprislistan för åren 2021–2022 är i dagsläget inte känd och därmed är intäktsposten osäker. Posten *Avskrivningar* baseras på genomförda investeringar samt planerade med viss beredskap.

Bemanning

Budgeten är baserad på planerad bemanning 2020. Under 2019 har personalomsättningen varit ca 13 %. Den höga personalomsättningen beror på att nyutexaminerade tandläkare efter 1-3 år på länsklirik flyttar till Västerås eller närliggande större städer. Den förklaras också av rekrytering från privata vårdkedjor i Västerås eller att tandläkaren startar sin egen privata klinik. Det är för närvarande mycket svårt att rekrytera tandläkare till både länsklinikerna och kliniker i Västerås. Konsekvensen av detta är förseningar i kallelser av vuxna revisionspatienter.

Pensionskostnader

Kostnaderna för pensioner baseras på en information från KPA. Prognosen innehåller två osäkerhetsfaktorer avseende effekt av förändrad diskonteringsränta och inkomstbasbelopp. Pensionskostnaderna för år 2021–2022 är därmed osäkra.

Placering av pensionsmedel

Folktandvården har från 2013-03-19 placerat medel i ränte- och aktiefonder samt räntekonto för att trygga framtida pensionsutfästelser. Den årliga avsättningen har hittills motsvarat pensionsskuldens ökning i enlighet med Finanspolicyn. Värdet av placeringarna motsvarar 2019-10-15 100 % av pensionsskulden. Beräknad pensionsskuld per 2019-12-31 är 75,9 mkr.

Investeringsberedskap

Bolaget kommer under åren 2020, 2021 och 2022 behöva investera i odontologisk utrustning samt ha beredskap motsvarande cirka 6,8 mkr, 4,1 mkr och 8,9 mkr.

Kontokredit

Bolaget har för närvarande en kontokredit uppgående till 15 mkr, vilken inte har nyttjats hittills och Bolaget ser i dagsläget inget behov av att utnyttja krediten.