



FOLKTANDVÅRDENS UPPDRAG

HSN/275/2020

Bodel Göransson

Innehåll

FOLKTANDVÅRDENS UPPDRAG OCH FINANSIERING	3
1. BAKGRUND	3
2. FOLKTANDVÅRDENS EKONOMI	4
2.1 Folktandvårdens intäkter/finansiering	4
2.2 Samband mellan produktion och resultat beroende på finansieringsform	5
2.3 Moms	7
2.4 Investeringar	7
2.5 Tandvårdstaxan	8
2.6 Ersättning för allmäntandvård barn- och ungdomar	10
2.7 Ram	10
2.8 Beräkning av kostnader för tillgänglighet	11
3. UPPDRAG BARN- OCH UNGDOMSTANDVÅRD	12
3.1 Allmäntandvård	12
3.2 Specialisttandvård	12
3.3 Särskilda uppdrag	12
4. UPPDRAG TANDVÅRD FÖR VUXNA	13
4.1 Allmäntandvård	13
4.2 Specialisttandvård	13
4.3 Särskilda uppdrag	13
5. REGIONENS SÄRSKILDA ANSVAR	14
5.1 Tillgänglighet	14
5.1.1 Akuttandvård	14
5.1.2 Allmäntandvård	15
5.1.3 Specialisttandvård	16
5.2 Kompetensförsörjning	17
5.2.1 Tandläkare i Allmäntandvård	17
5.2.2 Tandhygienister	18
5.2.3 Tandsköterskor	19
5.2.4 Specialisttandläkare	20
5.2.5 Ortodontiassistenter och tandsköterskor med utökad kompetens	21
5.2.6 Chefer, OLU, MLA och kliniksamordnare	21
5.2.7 Generella kompetensförsörjningsåtgärder	22
5.2.8 Attraktionskraft	22

5.3 Befolkningsuppdrag	23
5.4 Offentlighet och förvaltning	24
6. FRAMTIDA UTVECKLINGSOMRÅDEN	25
6.1 Modern teknik.....	25
6.2 Digitala tjänster	25
6.3 Folkhälsa.....	25
6.4 Forsknings-och utvecklingsarbeten.....	25
7. FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER	26
7.1 Korrigering av ersättning för barntandvård (kapiteringsersättning)	26
7.2 Taxan, beräkna basnivå samt beslut om årlig uppräknig LPIK.....	26
7.3 Utökad ram till specialisttandvården för utökad åldersgrupp för fri tandvård.	27
7.4 Utökning av ST-tjänster och ram för detta	27
7.5 Införa beredskap som stöd till 1177	27
7.6 Få lyfta moms för uppdrag som är ramfinansierade	28
7.7 Tillgänglighet i länet, antal kliniker	28
7.8 Konkurrenskraftiga löner	29
7.9 Bättre framförhållning att planera investeringar	29

FOLKTANDVÅRDENS UPPDRAG OCH FINANSIERING

1. Bakgrund

Folktandvården liksom hela regionen står inför en rad utmaningar.

- Den demografiska utmaningen som innebär minskande befolkning i flera delar av länet. En ökande andel äldre (mer vårdkrävande).
- Utmaningen att rekrytera och behålla medarbetare i yrkesgrupper där det råder brist i riket som helhet och i konkurrens med andra län och privata aktörer.
- Nya rön och behandlingsmetoder, ett allt mer omfattande dokumentationskrav och krav kring olika samhällsintressen som ex. miljö, jämställdhet, barnkonvention etc.
- En god ekonomi på såväl kort som lång sikt.

Den ekonomiska utmaningen är ständigt närvarande för Regionen och även för Folktandvården. Finansieringen av folktandvården skiljer sig från den övriga sjukvården. Det är en blandfinansiering som till stor del utgörs av intäkter men även en viss del finansierat med skattemedel. Vid beslut om Folktandvårdens ekonomi måste båda finansieringsdelarna tas i beaktande. Dels på grund av att åtgärder får olika utfall beroende på finansieringsmodell dels med hänsyn till konkurrensneutralitet mot privata aktörer.

Inför beslutet om Folktandvårdens taxa 2020 fördes många politiska diskussioner kring dilemmat att hitta en nivå för tandvårdstaxan som är konkurrensneutral och täcker årliga kostnadsökningar samtidigt som kostnaderna för patienterna ska vara så låga som möjligt. För att kunna hålla en låg taxa och därmed låg kostnad för patienten fanns önskemål om att hitta andra åtgärder. Bästa effekt för ekonomi och tillgänglighet vore att expandera och producera större vårdvolymmer med låga fasta kostnader per patienttimme. Tyvärr är rekryteringsläget så problematiskt att utvecklingen snarare går mot en minskning. Det alternativ som återstår är att skära ner på kostnader. Neddragningar av personal som är den största kostnadsposten (64% av totala kostnaderna 2019) är uteslutet. Det skulle påverka volymen och intäkterna negativt och ge ytterligare försämrad ekonomi. Det som återstår är att göra neddragningar på övriga rörliga och fasta kostnader. Med den stora kostnadsmedvetenhet som råder inom Folktandvården har neddragningar redan gjorts på det som är påverkbart. Det som kan göras ytterligare är endast marginellt. För att uppnå kostnadsminskningar som ger större effekt måste förändringar göras av Folktandvårdens uppdrag. I den diskussionen måste hänsyn tas till om uppdraget är intäktsfinansierat eller ramfinansierat eftersom det ekonomiska utfallet påverkas av finansieringsformen.

2. FOLKTANDVÅRDENS EKONOMI

2.1 Folktandvårdens intäkter/finansiering

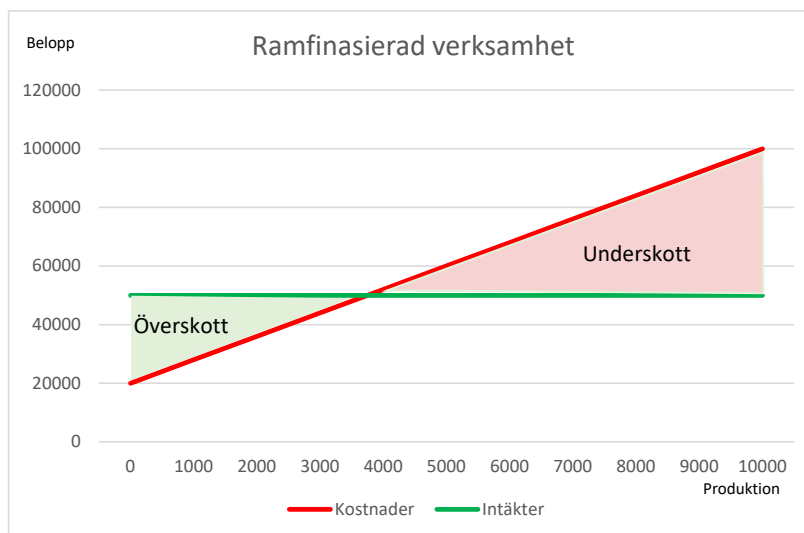
Folktandvårdens intäkter kommer från flera olika betalare. Vem som betalar för uppdraget är kopplat till vilken patientkategori patienten tillhör och vilken typ av vård som utförts. Nedanstående bild är en översikt. Den visar också hur stor andel de olika intäkterna utgjorde av den totala finansieringen år 2019 samt vilka delar som är konkurrensutsatta. Den konkurrensutsatta delen utgör ca 71%. Denna del får inte subventioneras av Regionen genom att tillskjuta ram eller genom att uppkomma underskott inte återställs av Folktandvården.

ERSÄTTTS AV:	PATIENTGRUPP	KONKURRENS- UTSATT	ANDEL AV TOTAL FINANSIERING
Regionen, Kapiteringsersättning	Barn- och ungdomstandvård	Ja	21,1%
Privatperson, Tandvårdstaxan	Vuxentandvård utan högkostnadsskydd	Ja	28,0%
Försäkringskassan, Tandvårdsstödet	Allmänt tandvårdsbidrag (ATB)	Ja	15,2%
	Särskilt tandvårdsbidrag (STB)		
	Vuxentandvård med högkostnadsskydd		
Regionens stöd för patienter med särskilda behov, Baserat på tandvårdstaxan	Tandvård för personer med stora behov p.g.a långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning	Ja	5,6%
	Tandvård som led i kortvarig sjukdomsbehandling		
	Nödvändig tandvård för vissa äldre och funktionshindrade		
	Uppsökande verksamhet	Nej	0,7%
Regionen, statliga medel för asyl. Baserat på tandvårdstaxan	Tandvård för asylsökande	Ja	0,3%
Regionen, Ram	Specialisttandvård för barn och ungdomar	Nej	28,5%
	Specialisttandvård som faller inom ramen för hälso- och sjukvård		
	Särskilda uppdrag		
Statliga ersättning	LAN, personalanknutna bidrag	Nej	0,1%
Övriga ersättningar, externa	Försäljning av tandvårdsprodukter. Sålida tjänster mm	Ja	0,5%

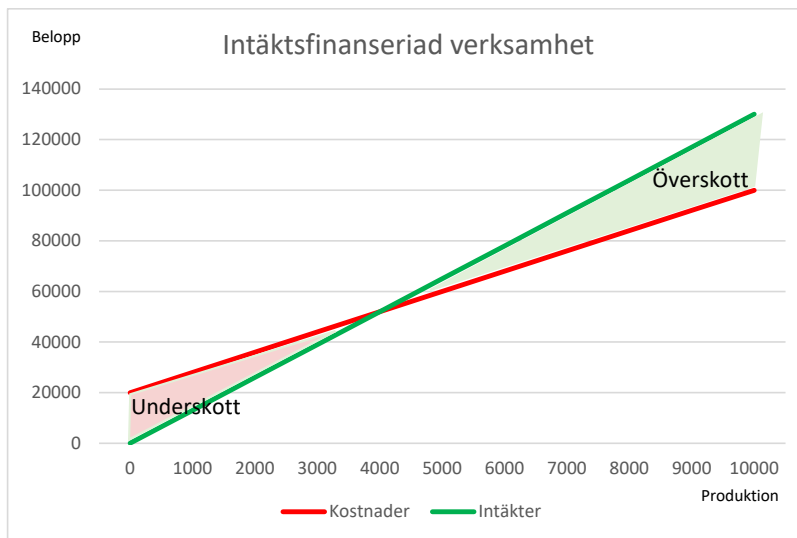
2.2 Samband mellan produktion och resultat beroende på finansieringsform

Eftersom Folkvandvården i grunden har två finansieringsformer, ram- och intäktsfinansiering, blir det ekonomiska utfallet av åtgärder och förändringar olika beroende på vilken finansieringsform uppdraget har.

För de uppdrag som är ramfinansierade påverkas inte intäkterna beroende på hur mycket som produceras. Intäktsidan kan inte påverkas annat än genom politiska beslut om ramökning. Verksamheten kan endast göra åtgärder på kostnadssidan för att undvika underskott. Beslut om kostnadsminskningarna på områdesnivå kan göras så länge de inte påverkar uppdraget och de politiska målen för verksamheten. Eftersom intäkten inte har direkt koppling till produktion kan inte heller resultaten tolkas utan att kopplas till måluppfyllnad. Ett överskott behöver inte betyda hög effektivitet och god ekonomi utan kan betyda att uppdrag inte utförts och därför haft låga kostnader, tex vakanta tjänster. Ett underskott behöver å andra sidan inte innebära ineffektivitet utan att det uppdrag som ålagts verksamheten är orimligt att genomföra inom den ram som erhållits.



De uppdrag som Folkvandvården har och som är konkurrensutsatta har en intäktsida helt kopplad till produktionen. Om ingen eller lite produktion utförs täcker inte intäkterna produktions- och fasta kostnader. Ett underskott uppstår. Vid en viss produktion nås brytpunkten där intäkterna överstiger kostnaderna och genererar överskott. Verksamheten kan inom ramen för de politiska besluten om uppdraget påverka både intäkts- och kostnadssida. Hög produktion och effektiva flöden belönas med och högre intäkt. Hög produktion minskar kostnaderna per producerat besök då de fasta kostnaderna slås ut på fler producerade besök.



I diskussionen kring åtgärder för Folktandvårdens ekonomi måste de två finansieringsmodellerna vägas samman. För att få en ekonomi i balans och uppfylla konkurrensneutralitet måste produktionsintäkterna täcka produktionskostnaderna. De kostnader som kommer av regionens särskilda ansvar för tillgänglighet, sista handsansvar ska täckas av den tilldelade ramen (fig 1).

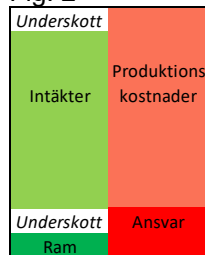
Det läge som Folktandvården står inför är att kostnaderna för det särskilda ansvaret stadigt ökar där tillgänglighet och kompetensförsörjning är de tunga posterna. Eftersom uppdraget och ramen är oförändrad uppstår ett underskott. I den konkurrensutsatta delen ökar produktionskostnaderna dels på grund av den årliga löne- och prisökningen dels på grund av att brist och ryckighet i bemanning som gör det svårt att upprätthålla effektiva flöden. Det beslut som fattats om att tandvårdstaxan inte ska följa prisökningen inom branschen (LPIK) förvärrar det ekonomiska läget. Underskott uppstår i den konkurrensutsatta delen (fig 2).

Besparingar som kan vidtas för att minska produktionskostnaderna är att sänka fasta kostnader genom att exempelvis koncentrera verksamheten till färre orter. Sådana åtgärder minskar även till viss del kostnaderna för regionens ansvarsdelar. Rörliga kostnader som exempelvis material ses över löpande och kostnadsmedvetenheten bland alla medarbetare är mycket hög. Åtgärder som kan vidtas är endast marginella. Åtgärder som inte kan vidtas är att dra ner på bemanning eftersom det skulle leda till minskad produktion och därmed minskade intäkter.

Fig. 1



Fig. 2

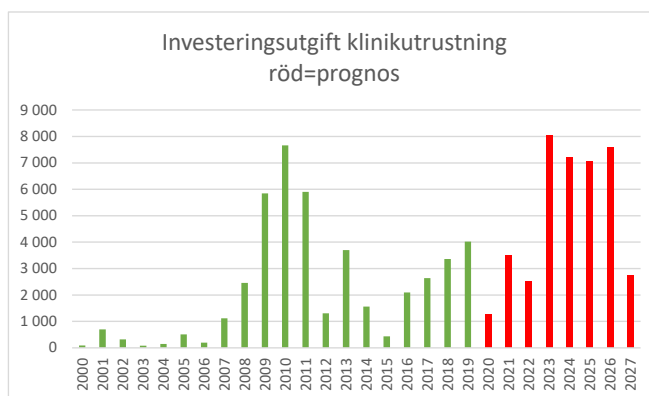


2.3 Moms

Tandvårdstjänster är inte momsbelagda vilket innebär att tandvårdsaktörerna inte kan dra av den ingående momsen. Regionerna får dock ersättning för ingående moms genom kommunkontosystemet. Det innebär att Folktandvården skulle få en stor konkurrensfördel gentemot de privata aktörerna genom att kunna dra av den ingående momsen. För att inte detta ska ske har en rutin skapats där Folktandvården inte drar av momsen men där regionen ändå kan få ersättning för momsen i kommunkontosystemet. Detta innebär att alla momspliktiga varor och tjänster belastar Folktandvården resultat med upp till 25% högre kostnad än för regionens övriga verksamheter. I nuvarande rutin görs dock ingen skillnad om momskostnaderna avser konkurrensutsatt verksamhet eller verksamhet som är ramfinansierad. I vissa regioner har undantag gjorts för de uppdrag som är helt ramfinansierade ex. pedodonti.

2.4 Investeringar

Reinvesteringar bör fördelas över längre tid för att undvika utgiftstoppar. Under åren omkring 2010 reinvesteras stora delar av Folktandvårdens tandvårdsutrustningar. Dessa kommer under en nära framtid att behöva bytas ut men detta behöver planeras på ett sådant sätt att den topp som prognosen i bilden nedan visar inte uppstår. Beslut om när en reinvestering ska ske måste vägas mot kostnader för reparationer och stillestånd. Reparationer kan utföras tillfälligt som ett sätt att jämna ut toppar men att inte reinvestera i rätt takt leder till stora framtida kostnader. Bilden visar en prognos över kommande investeringsutgifter. För Folktandvården innebär prognosen en ökning av avskrivnings- och räntekostnader med ca 1,5 miljoner.



Regionens modell för investeringsplanering är relativt kortsiktig, 3 år. För områdena är den i praktiken ettårig eftersom beslut om tilldelning av investeringsutrymme görs för ett år i taget. Det är också en hård detaljstyrning. Investeringsäskanden ska varje år lämnas in på detaljnivå och rangordnas. Regionens investeringsram är mycket snäv och den tilldelade investeringsramen varje år motsvarar inte behovet. Detta leder till att investeringsbehoven ackumuleras. Som det ser ut för Folktandvården i diagrammet så finns redan en önskad investeringstopp några år framåt. Om inte investeringsplaneringen tar hänsyn till detta utan fortsätter att ackumulera investeringsbehovet, skjuts toppen framåt och blir allt högre. Vid någon tidpunkt riskerar det bli en bomb som briserar när utrustningarna är så slitna att det inte längre går att reparera.

Reinvesteringsäskanden är svåra att göra på detaljnivå eftersom de baseras på en förmodad livslängd i kombination med kunskap om utrustningens nuvarande status. Utbyte av utrustningar görs inte bara för att bäst före datumet passerats utan det görs när bedömningen är att reparationer blir dyrare än en reinvestering. Om behovet ett visst år bedöms vara 5 behandlingsstolar kan det i praktiken bli både fler och färre. Utrustningar som inte alls planerats för utbyte kan bli aktuella att byta. Modellen som regionen tillämpar med detaljstyrning och rangordning omöjliggör ett flexibelt utbyte av utrustningar vid rätt tidpunkt vilket leder till att kostnaderna i slutändan blir högre på grund av reparations- och stilleståndskostnader.

Önskvärt vore att Folktandvården får en investeringsram som är framräknad utifrån en rimlig årlig reinvesteringssnivå. Inom denna ram får Folktandvården sedan fritt planera vilka investeringar som bör göras årligen för att kunna åstadkomma en jämn och ekonomiskt hållbar reinvesteringstakt.

Utöver reinvesteringar i utrustning finns också ett behov av renovering och lokalanpassningar. Främst gäller det specialisttandvården som idag inte har tillräckligt med behandlingsrum och övriga ytor. Behandlingsrummen har också olika standard vilket försämrar flexibiliteten i rumsutnyttjandet. Lokalerna är dålig anpassade till dagens behandlingsmetoder och patientflöden vilket skapar flaskhalsar. Ombyggnation var beslutad redan i landstingsplanen för 2016 och var då beräknad till 11 miljoner, en kalkyl som idag troligen är i underkant. Ombyggnationen har dock inte genomförts utan flyttats fram upprepade gånger. Endast mindre förändringar har utförts men något helhetsgrepp har inte gjorts. En utökning med två behandlingsrum är beviljad/planerad 2020 men är inte påbörjad. I allmäntandvården är vissa kliniker i behov av renovering. Det är framförallt receptioner och väntrum som inte uppfyller kraven på sekretess och säkerhet för personalen. Kostnaderna för renoveringar är svårberäknade utan analys av varje klinik för sig men det rör sig om åtskilliga miljoner.

För att kunna driva utvecklingen framåt och ge verksamheten attraktionskraft krävs också nyinvesteringar. Det behov som ligger närmast är att investera i digital avtrycksteknik. Önskvärda nyinvesteringar rör också utcheckningskiosker och lösningar för distansoberoende vårdtjänster.

2.5 Tandvårdstaxan

Tandvårds och läkemedelsverket (TLV) fastställer en så kallad referensprislista som är framräknad utifrån en uppskattad tidsåtgång samt material- och övriga kostnader för de olika behandlingsåtgärderna. Justering av referenspriserna sker 15 januari varje år. Prissättningen för behandlingarna är dock fri för vårdgivarna. Patientens utförda vård enligt referenspriset utgör underlag för beräkning av patientens upparbetade karens. Om vårdgivaren valt ett högre pris än referenspriset räknas detta inte in i patientens karensbelopp. Patienten har ett högkostnadsskydd som utbetalas av Försäkringskassan då karensnivån passerat 3000 kr.

När prisnivån för Folktandvårdens taxa ska fastställas behöver hänsyn tas till två frågeställningar.

- Hur väl överensstämmer referensprislans beräkning av tidsåtgång samt material- och övriga kostnader med de förutsättningar som råder för Folktandvården?
- Hur ska taxan justeras utifrån årliga generella löne- och prisökningar?

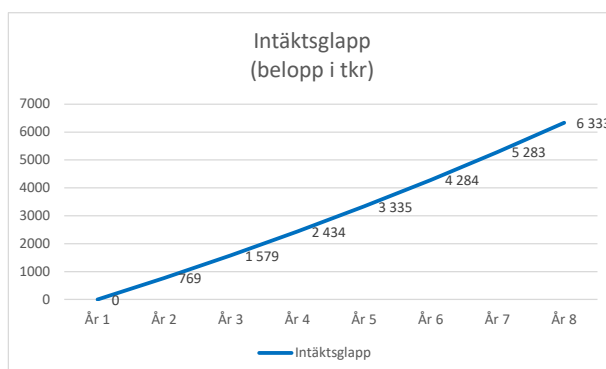
Nuvarande taxa har brister i basnivån dvs vissa behandlingar har inte den tids och materialnivå som referenspriset är beräknat utifrån. (Exempel i bilaga 1)

Det beslut som fattades av fullmäktige som innebär att den årliga generella ökningen av taxan ska följa samma uppräknings som för referenspriset. Eftersom TLV's uppräknings inte följer branschens kostnadsutveckling innebär det att ökningen vissa år inte motsvarar normala kostnadsökningar för Folktandvården.

Inför kommande beslut om Folktandvårdens taxa bör först grundnivån för de olika behandlingsåtgärderna justeras till korrekt prissättning. Grundnivån utgör därefter basen för den årliga uppräknings och justeras enbart om riktlinjerna från TLV förändras. Den årliga uppräknings bör följa LPIK som speglar löne- och kostnadsutvecklingen för vårdsektorn.

Det är mycket viktigt att Folktandvårdens taxa är konkurrensneutral. Det innebär att prissättningen för behandlingarna inte får subventioneras med skattemedel. Folktandvården har dock ett högre kostnad för att utföra behandlingar än vad som är rimligt att ta ut i tandvårdstaxan. Detta beror på regionens befolkningsansvar för tillgänglighet och kompetensförsörjning mm. Denna merkostnad kan finansieras med skattemedel. Det är dock mycket viktigt att tillförda medel är tydligt specificerade och att faktiskt utfall är möjligt att följa upp och särskilja från den taxefinansierade delen.

Nedan visas i en modell hur "intäktsglappet" accelererar över tid. Kostnaderna och intäkterna i modellen baseras på 2019 års nivå. I modellen har år 1 en ekonomi i balans. Kostnaderna är lika stora som intäkterna och tilldelad ram. De följande åren ökar kostnaderna med 3% och intäktssidan med 2,5%. I modellen tas inte hänsyn till kostnadsökningar för regionens befolkningsuppdrag. År 2 kan intäktsglappet vara hanterbart med effektiviseringar och kostnadsnedskärningar i den dagliga verksamheten men eftersom intäktsglappet ökar varje år är det omöjligt att klara en ekonomisk balans med sådana åtgärder. Om inte taxan/intäktssidan ökar tillräckligt måste kostnadsminskningar göras med strukturella förändringar som minskar de fasta kostnaderna och/eller att uppdraget förändras med exempelvis utbudsbegränsningar.



2.6 Ersättning för allmäntandvård barn- och ungdomar

Nuvarande ersättningsnivå för barn och ungdomstandvård togs fram i och med införande av fritt vårdval år 2000. Därefter har ersättningen räknats upp årligen med samma procentuella ökning som övriga ramar och på senare år enligt LPIK. Fram till och med 2016 omfattade den kostnadsfria vården åldrarna upp till och med 19 år. Därefter har en utökning skett stegvis och omfattar nu upp till och med 23 år.

Kraven på barntandvården har förändrats och de utökade åldersgrupperna har ett större vårdbehov än de yngre åldersgrupperna. I regionens vårdval finns krav att erbjuda alla barn 0–23 år samt asylsökande och papperslösa/gömnda flyktingar som inte fyllt 18 år en regelbunden fullständig tandvård. Med fullständig allmäntandvård avses undersökning, indicerad vård inkl akut vård samt individuellt förebyggande åtgärder. Det finns krav på dokumentation och vårdens innehåll och för att få ta del av ersättning ska bla:

- Riskbedömning utförs och sparas i journalen. Den ligger tillgrund för planerad vård och revisionsintervall. Önskvärt är att revisionsintervall, krav på vilka åldrar som ska undersökas /behandlas enbart ska styras utifrån riskbedömning. Inte som idag med fast angivna åldrad och intervall.
- Krav på tiden mellan revisionsintervall dvs tiden mellan två undersökningar utförda av tandläkare/tandhygienist samt och vilken typ av behandlare patienten ska gå till vid vissa åldrar styrs av vårdvalet. När vårdvalet styr detaljerat försvåras klinikernas förmåga att skapa goda flöden
- Behandlare måste följa riktlinjer avseende vårdplan för barn och ungdom. I vårdplanen styrs yttligare åldrar då barn ska komma till tandläkaren. Ex för att följa och övervaka barns bettutveckling.

Idag finns alltså krav på tandvården från riskgruppering, vårdriktlinjer samt beställaren att följa. Dessa krav och uppdelning av åldrar gör det mycket svårt att skapa effektivitet och flöden inom barntandvården. Ersättningsnivån som inte reviderats i takt med förändringarna i uppdraget har gjort det allt svårare att klara ekonomin. Problemet har också påtalats från de privata vårdgivarna och flera har sagt upp eller överväger att säga upp avtalet med regionen.

Det finns ett stort behov av översyn av kraven i uppdraget som i vissa stycken är mycket styrande för hur vården ska utföras och hindrar effektiviteten samt en översyn av ersättningsnivån. Detta för såväl Folktandvårdens del som för de privata aktörerna. Att de privata vårdgivarna även i fortsättningen vill behandla barn- och ungdomar är en nödvändig avlastning för Folktandvården men också viktig för medborgarnas valfrihet av vårdgivare.

2.7 Ram

Den ersättning, ram, som Folktandvården har idag är inte förändrad mer än med en genomsnittlig årlig uppräknings på 1,9% sedan början av 2000-talet. Uppdraget, verksamheten och även kraven från omvärlden har dock förändrats mycket vilket i vissa fall inneburit kostnadsminskningar men framförallt kostnadsökningar. Ramen erhålls idag helt ospecificerat och det är upp till Folktandvården att själva fördela den på de olika uppdragen och göra prioriteringar. Önskemålet är att diskussion kring uppdrag och prioriteringar förs i

budgetprocessen och att ramen fastställs specificerad på de olika deluppdragen. Detta är nödvändigt för att kunna ta ställning till verksamhetsinnehåll och förändringar i omvärldskrav och uppdrag kopplat till ekonomiska effekter. Regionen ska också upprätta ett så kallat transparensbokslut i syfte att visa att de olika finansieringsformerna hålls isär. Väl specificerade ramar och uppdrag är en förutsättning för att kunna tillhandahålla den tydlighet som efterfrågas.

I tabellen i slutet av detta dokument visas en sammanställning av Folktandvårdens olika uppdrag och hur mycket av den tilldelade totala ramen som fördelats till de olika uppdragen. I sammanställningen framgår också vilket behov som finns på grund av önskvärd utökning av ett uppdrag eller på grund av underfinansiering.

2.8 Beräkning av kostnader för tillgänglighet

En klinik med bemanning och kompetensmix anpassad till antalet patienter och en väl anpassad lokal bör klara ett nollresultat utan tillskott av ram, undantagen ram för särskilda uppdrag.

Dagens klinikstruktur med 15 allmäntandvårdskliniker i länet är skapad för att invånarna ska ha tillgång till tandvård inom ett rimligt avstånd. Det får till följd att flera kliniker finns i områden där det saknas ett tillräckligt stort patientunderlag för att driva en verksamhet med gott ekonomiskt resultat. På vissa orter finns även privata vårdgivare som konkurrerar om patientunderlaget.

Bristande patientunderlag gör att de fasta kostnader blir för höga för den utförda vården. Stordriftsfördelarna vid ex. inköp och administration minskar och gör att även rörliga kostnader blir högre. Många kliniker har funnits sedan 80-talet eller tidigare och är anpassade efter den tidens förutsättningar. Trots att försök har gjorts att krympa ner ytorna är många kliniker överdimensionerade i förhållande till patientantalet. För att nå en rimlig fast kostnad behövs ett patientunderlag på minst 600 patienter/behandlingsrum. Åtta kliniker når inte detta idag. Dessa kliniker skulle i genomsnitt behöva öka patientunderlaget med 44% för att uppnå ett nollresultat vilket inte är möjligt. Merkostnaden för tillgängligheten beroende på bristande patientunderlag beräknas för dessa kliniker till ca 3 600 tkr. Beräkningen förutsätter dock att alla kliniker är fullt bemannade.

I dagsläget ligger många kliniker långt under bemanningsmålen vilket gör att kostnaden för att upprätthålla tillgängligheten just nu kostar ca 9 400 tkr. En allt för låg produktion skapar höga fasta kostnader. Värdefull patienttid går till spillo i ställtid och resor när personal skickas mellan klinikerna för att bemanna upp där behoven är som mest akuta. En allt för låg produktion leder också till att den del av tiden som ägnas till barntandvård, som ger en lägre intäkt, blir för hög i förhållande till tiden för vuxentandvård.

3. Uppdrag Barn- och ungdomstandvård

3.1 Allmäntandvård

Enligt tandvårdslagen ska Folktandvården svara för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller 23 år. Vården ska vara kostnadsfri för patienten. Med stöd av lagen om valfrihetssystem har regionen fritt vårdval för barn och unga vuxna i åldersgruppen 3–23 år. Regionen har tecknat avtal med ett antal privata vårdgivare. År 2019 var 83% listade på någon av Folktandvårdens kliniker. Folktandvården har ett sistahandsansvar som bland annat innebär att de patienter som inte aktivt valt en privat vårdgivare ska tas omhand av Folktandvården (se kap 5.3 Befolkningsuppdrag).

Ersättningen är lika oavsett vårdgivare och utgörs av en kapiteringsersättning per listat barn.

3.2 Specialisttandvård

Till regelbunden och fullständig tandvård för åldersgruppen 0-23 år räknas även all specialisttandvård som även den är kostnadsfri för patienten. Till skillnad från allmäntandvård för barn- och ungdomar har Regionen inte valt att konkurrensutsätta specialisttandvård för den åldersgruppen. Finansieras inom ram oavsett specialitet. Pedodonti (barntandvårdsspecialist) och tandreglering är de specialistgrenar som ansvarar för största andelen behandlingar i åldersgruppen. Det förekommer dock behandlingar inom alla specialistgrenar. Ingen utökning av ramen har skett pga. de utökade åldrarna för fri tandvård (tidigare 0-19 år). Detta innebär att denna grupp som tidigare var betalande patienter nu också ska inrymmas i ramen.

3.3 Särskilda uppdrag

Efter ett politiskt beslut år 2013 ska Folktandvården arbeta för att tidigt fånga upp barn som bedöms ha stor risk att utveckla sjukdom. Detta genomförs som en screening i åldersgruppen 0-2 år i samverkan men barnhälsovården. Barn som bedöms ha en hög risk ska kallas till en allmäntandvårdsklinik för behandling.

Folktandvården har också ett uppdrag att utföra populationsinriktade åtgärder. Inom Folktandvården finns så kallade preventionsteam som arbetar med information till föräldrar på barnhälsovården samt i skolor.

Tandreglering som efter remiss till specialisttandvården utförs inom allmäntandvården ingår inte kapiteringsersättningen utan ska finansieras inom ram och Folktandvården ska även betala ut ersättning för detta till privata vårdgivare. Viss protetik eller andra behandlingar som gränsar till specialisttandvård kan också efter specialistkonsultation falla inom allmäntandvården och hanteras på samma sätt som tandreglering.

4. Uppdrag Tandvård för vuxna

4.1 Allmäntandvård

Tandvårdslagen anger att folktandvården ska svara för tandvård för personer från och med det år då de fyller 24 år i den omfattning som regionen bedömer lämplig. I den uppdragstext som finns i beslutet om ”Regler för ekonomisk redovisning av tandvårdsverksamhet” RS/2177/2016, framgår att alla vuxna som söker tandvård hos Folktandvården ska erbjudas undersökning och behandlingsförslag. Detta uppdrag kan idag inte uppfyllas inom rimlig tid. (se kap 5.1 tillgänglighet).

Enligt tandvårdslagen har regionen ett särskilt ansvar för patienter med särskilda behov. De patienter som enligt regelverket ingår i den personkretsen är till exempel de som omfattas av kommunens omsorg, patienter med funktionsnedsättning, patienter med vissa sjukdomstillstånd. Patienterna ska tas omhand med förtur före vuxna patienter som inte ingår i personkretsen (undantagen akuttandvård). Dessa patienter betalar patientavgift enligt sjukvårdens taxa. Utförd vård ersätts av regionens beställarenhet.

Folktandvården erbjuder också så kallade frisktandvårdsavtal. Det innebär att patienten tecknar ett treårigt avtal och betalar under denna period ett fast pris oavsett vårdbehov. Enligt politiskt beslut ska denna grupp prioriteras före vuxna patienter som inte tecknat avtal.

Prioriteringsordningen inom allmäntandvård för vuxna sammanfattas nedan:

1. Akuta vårdbehov
2. Patienter med särskilda behov
3. Patienter med frisktandvårdsavtal
4. Övriga patienter

Fritt vårdval gäller alla patientgrupper oavsett privat utförare eller regiondriven tandvård och samma ersättningsregler gäller. Folktandvården har dock ett sistahandsansvar (se kap 5.3 Befolkningsuppdrag).

4.2 Specialisttandvård

Specialisttandvård för vuxna finansieras till största delen av patienter, försäkringskassa och beställarenheten. Verksamheten är konkurrensutsatt men i länet finns få utförare av specialisttandvård i den privata sektorn. Det förekommer dock vissa tillstånd där patienterna omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och gällande avgiftsregler och där behandlingarna kräver samverkan med den specialiserade vårdens resurser. Det gäller företrädesvis oralkirurgiska insatser. Detta är ett uppdrag som ska finansieras inom ram.

4.3 Särskilda uppdrag

Enligt tandvårdslagen ska regionen tillse att uppsökande verksamhet bedrivs för patienter som omfattas av kommunens omsorg, funktionshindrade mfl. Uppdraget har

tidigare lagts ut på upphandling men då inget intresse att lämna anbud funnits är uppdraget inte längre konkurrensutsatt. Beställarenheten betalar ersättning per uppsök till Folktandvården enligt särskild prislista.

5. REGIONENS SÄRSKILDA ANSVAR

Utöver ansvaret att utföra tandvård har regionerna det övergripande planeringsansvaret för all tandvård för befolkningen. Många delar i ansvaret är vida begrepp som är svåra att exakt definiera och kostnadsberäkna. Planeringsansvaret omfattar många olika aktörer, privata vårdgivare, Folktandvården, kommunerna och den specialiserade vården. Det är därför viktigt att det inte är en fråga som enbart ska drivas av Folktandvården utan problemställningarna inom planeringsansvaret bör även bevakas regionövergripande och vara ett föremål för den politiska dialogen.

5.1 Tillgänglighet

Tandvårdslagen säger att Folktandvården ska upprätthålla en tillgänglighet till vård i hela länet i den omfattning som Regionen anser lämpligt med hänsyn taget till privata etableringar. Lagen säger också att där det bedrivs tandvårdsverksamhet skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges.

De beslut som finns gällande tillgänglighet för Folktandvården idag återfinns i

- Rapport framtida struktur folktandvården RS/73/2015
- Vårdval allmäntandvård för barn och unga vuxna 2019 VVN/1:5/2018
- Uppdragsbeskrivning bilaga till Regler för ekonomisk redovisning av tandvårdsverksamhet (RS/2177/2016)

Tillgänglighetsmål har också i varierande utsträckning förekommit i Folktandvårdens verksamhetsplan.

Tillgänglighet omfattar en rad olika variabler. Nuläget avseende dessa beskrivs i de följande avsnitten.

- Väntetider till olika behandlingar
- Kompetens (utbud)
- Geografisk tillgänglighet
- Öppettider
- Väl anpassade lokaler och utrustningar
- Lokalernas tillgänglighet för olika patientgrupper

5.1.1 Akuttandvård

Enligt tandvårdslagen ska akuttandvård finnas tillgänglig för bosatta inom regionen samt de som har skyddad folkbokföring och stadigvarande vistas inom regionen. Samt de som vistas i regionen utan att vara bosatt där.

Det finns idag inget formellt beslut om tillgänglighetsmål till akuttandvård i länet. Nedanstående är den inriktning som tillämpas av Folktandvården.

- Akuta besvär tas om hand inom 24 timmar. Akutresmisser till specialisttandvården ska bedömas och prioriteras inom 5 arbetsdagar.
- Patienter listade på folktandvårdsklinik ska i första hand tas omhand av den klinik där patienten är listad.
- Patienter tillhörande annan vårdgivare eller saknar vårdgivare samt patienter listade på folktandvårdsklinik efter klinikens ordinarie öppettid. Tas om hand av Tandakuten i Östersund.
- Tandakuten har öppet för tidbokning samtliga vardagar samt lördagar och helgdagar.
- Efter klinikernas och tandakutens ordinarie öppettider hänvisas patienterna till 1177 för rådgivning.

Tandakutens lokaler och utrustningar är relativt nya och håller god standard och tillgänglighet för patienterna.

Målsättningarna uppfylls väl idag men det saknas tandläkare i beredskap som stöd för frågeställningar som inte kan hanteras av 1177 samt att kunna kalla in för behandling som inte kan anstå till klinikernas ordinarie öppettider. Att inte ha tandläkare i beredskap innebär att akuta problem får lösas med den resurs som för stunden går att uppbringa. Medarbetare som på sin fritid ställer sin tid till förfogande. Det är inte rimligt att regionens service till innevånare med akuta besvär ska bedrivas som en solidaritetsbaserad frivilligverksamhet.

Kostnaden för akutbehandlingar finansieras med avgifter enl. taxan eller kapiteringsersättning för barn och ungdomar. Taxan för helger är högre än vardagar för att täcka merkostnaderna för öppethållandet. Kapiteringsersättningen för barn avser dock bara akut vård på vardagar varför merkostnaderna helgtid måste finansieras inom ram. Merkostnader uppstår också på grund av att tillströmningen av akuta fall varierar. Vid tillfälliga toppar kan övertidskostnad uppstå som inte kan tas ut i avgiften till patienten. Vid låg belastning uppstår stilleståndstid, ej debiterbar.

5.1.2 Allmäntandvård

Enligt tandvårdslagen ska varje region erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom regionen.

Bortsett från akut tandvård är tandvård för barn- och unga vuxna upp till och med 23 år den högst prioriterade patientgruppen. Det finns tydliga riktlinjer som anger hur ofta och till vilken behandlarkategori patienterna ska kallas. Förutom dessa behandlingsmål ska förseningar utifrån planerat revisionsintervall vara mindre än 3 månader. Det fria vårdvalet innebär att patientgruppen ska erbjudas vård på den klinik som väljs. Inget tak finns för hur många som kan listas på en viss klinik. Samtliga dessa mål har en idag en mycket hög måluppfyllnad. Måluppfyllnaden har dock en hög kostnad eftersom behandlingsmålen styr på detaljnivå som inte ger den bästa effektiviteten.

Patienter från och med 24 år med särskilda behov och patienter i behov av nödvändig tandvård är den högst prioriterade patientgruppen vuxna. Nya patienter i denna grupp ska enligt ambitionen i strukturutredningen erbjudas tid inom 3 månader. Förseningar utifrån planerat revisionsintervall ska vara mindre än 6 månader. Dessa mål har idag en mycket hög målpuppfyllnad.

Övriga vuxna från och med 24 år utan akuta besvär ska enligt ambitionen i strukturutredningen erbjudas tid inom 3 månader om de uppger någon typ av besvär eller inte besökt tandvård senaste 2 åren, övriga inom 12 månader. Förseningar utifrån planerat revisionsintervall ska vara mindre än 6 månader. Med undantag av några få kliniker kan de flesta idag inte erbjuda tid till nya patienter. Väntetiderna för nya patienter kan vara upp till flera år. Många kliniker har en stor andel vuxna patienter med förseningar som överskrider 6 månader. I genomsnitt är 40% försenade. Förseningar leder till att vårdbehov inte upptäcks och åtgärdas i tid och att patienten istället får tas emot när skadan blivit ett akut problem. En ond cirkel uppstår där akuta besvär upptar vårdtiden på bekostnad av att kalla in och behandla patienter i rätt tid och att inom rimlig tid slutföra påbörjade behandlingar. För patienter med frisktandvårdsavtal råder endast mindre förseningar men få nya avtal tecknas på grund av oron att inte kunna uppfylla åtagandena i avtalen med patienterna.

Öppettiderna på länets kliniker är vardagar men tiderna varierar. Målsättningen är att ha öppet dagtid och några kvällstider vilket görs i varierande grad beroende på klinikstorlek och bemanningsläge.

Det finns idag 15 allmäntandvårdskliniker med totalt 81 behandlingsrum. Belägningsgraden totalt, beräknat på 81 rum och att rummen är tillgängliga 8 timmar/dag alla vardagar är 36%. Detta beror till stor del på nuvarande problem med att bemanna klinikerna men även vid full bemanning skulle belägningsgraden vara låg på vissa kliniker då patientunderlaget är otillräckligt i förhållande till klinikstorlek. Inom den närmaste 7 års perioden kommer en avsevärd del av klinikernas behandlingsutrustningar att behöva bytas ut. (se kap. investeringar). Det finns också ett visst behov av renovering av lokalerna.

5.1.3 Specialisttandvård

Enligt tandvårdslagen ska regionerna svara för specialisttandvård. Specialisttandvården behandlar patienter på remiss från såväl Folktandvård, privata vårdgivare och sjukvård, men omfattas till skillnad från sjukvården inte av vårdgarantin annat än för apnébehandlingar. Formellt beslutade tillgänglighetsmål saknas för specialisttandvården men en tillgänglighet motsvarande (7-90-90) bör eftersträvas för samtliga specialiteter.

För de prioriterade grupperna, barn- och ungdomar tom 23-år samt prioriterade vuxna patienter ex. fokalutredningar inför strålbehandlingar, maligniteter mm kan tillgänglighetsmålen i stort sett uppnås. För övriga oprioriterade patientgrupper råder dock mycket långa väntetider till de flesta behandlingar. Resurser för KBT behandling av tandvårdsrädna saknas helt.

Konsultationer med behandlarna om patientfall utförs på telefon men sker också i allt större utsträckning via video. Tillgängligheten för behandlarna att få specialistkonsultationer är god på vardagar kontorstid, övriga tider se beredskap. Få specialister=sårbart.

Samtliga specialiteter inom specialisttandvården finns samlade i lokaler på Östersunds sjukhus. Specialisttandvårdens lokaler är inte tillräckliga och ändamålsenliga (se investeringar) vilket försämrar möjligheten för effektiva flöden. Vid vissa behandlingar nyttjas den specialiserade vårdens operationslokaler och resurser. Tillgängligheten till regionens narkosresurser är inte tillräcklig vilket skapar längre väntetider. Enheten för Pedodonti har vid upprepade tillfällen tvingats köpa resurser utanför länet för att kunna utföra behandlingar under narkos vilket innebär att patienter och behandlare fått resa till annan ort.

Kostnaden för tillgängligheten ligger till avgörande del i bemanningsproblematiken (se kap. 5.2 kompetensförsörjning). Bristerna i specialisttandvårdens lokaler och otillräckliga narkosresurser/lokaler bidrar också till ökade kostnader som kan kopplas till tillgängligheten.

5.2 Kompetensförsörjning

Den demografiska utmaning som Sverige står inför innebär att den arbetsföra gruppen av befolkningen inte ökar i samma takt som gruppen äldre. Många branscher ser en framtid med brist på arbetskraft vilket gör att konkurrensen hårdnar. Vård och omsorg kommer att höra till de sektorer i Sverige där rekryteringsbehoven ökar mest. För kommuner utanför storstadsregioner och utbildningsorter blir problemen riktigt stora.

Kompetensförsörjningen är redan Folk tandvårdens största utmaning och utmaningen gäller alla yrkesgrupper. Det är stora svårigheter att rekrytera nya medarbetare. Folk tandvården har idag inte den attraktionskraft som krävs för att locka medarbetare till regionen i konkurrens med framförallt storstäder och utbildningsorter.

Förutom bristen räknat i antal anställda är frånvaron relativt hög. Under de senaste åren har det i genomsnitt för samtliga yrkesgrupper varit 15% som av olika skäl inte varit i tjänst. 2019 var sjukfrånvaron ca 5% vilket innebär att annan frånvaro ex. tjänstledigheter utgör ca 10%. Störst anledningen till tjänstledigt är föräldraledigheter. Det förekommer dock att medarbetare väljer att arbeta mindre för att orka med arbete, pendling mm. Detta är dock ledigheter som arbetsgivaren enligt avtal inte behöver bevilja men i rådande rekryteringsläge finns det inget annat alternativ än att bevilja en tjänstledighet. Alternativet att tappa en medarbetare helt är betydligt sämre.

5.2.1 Tandläkare i Allmäntandvård

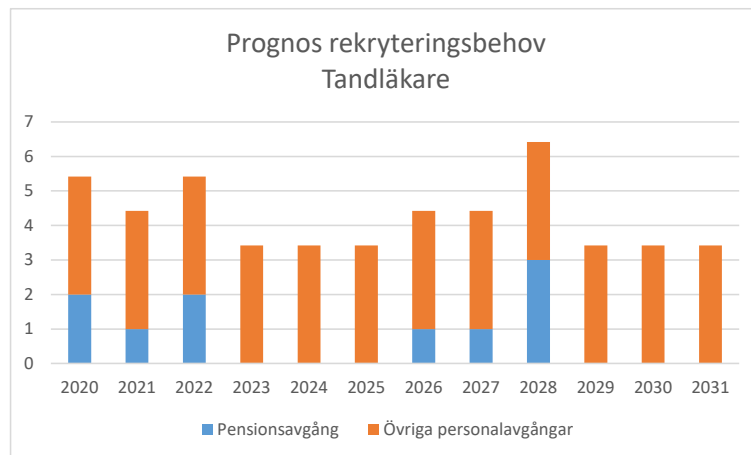
Tandläkaren är den som inom sin legitimation har det yttersta ansvaret för patienten, hur behandlingen planeras och utförs samt riskbedömning av framtida behov av tandvård. Tandläkaren ska också vara teamledare och tillse att insatser görs på bästa och effektivaste omhändertagandenivå.

Rekryteringsläget är mycket problematiskt och det råder brist i stora delar av riket totalt. Positivt är dock att många vill utbildas till tandläkare men antalet platser till

tandläkarutbildningen är färre än antal sökande. Störst är rekryteringsproblemet på orter utanför områdena kring Östersund och Åre men även där blir rekryteringsläget allt svårare. Vid nyrekrytering är det framförallt nytexaminerade som söker tjänsterna. I takt med att den äldre erfarna delen av yrkeskåren minskar, pensioneras, är det svårt att tillgodose de nytexaminerades behov av handledning. På många kliniker kan Folk tandvården av detta skäl inte rekrytera nytexaminerade.

För att uppnå önskad tillgänglighet är bemanningsmålet avseende tandläkare i allmäntandvården ca 45 tjänster. För att komma tillrätta med dagens stora förseningar och väntetider är behovet inledningsvis större.

Vid årsskiftet 2020 fanns motsvarande 41 heltidstjänster anställda i Folk tandvården. Det innebär att rekryteringsbehovet för att nå bemanningsmålet är ca 4 tjänster. Till detta tillkommer behovet att rekrytera på grund av kommande pensionsavgångar och förväntad personalomsättning (bild nedan).



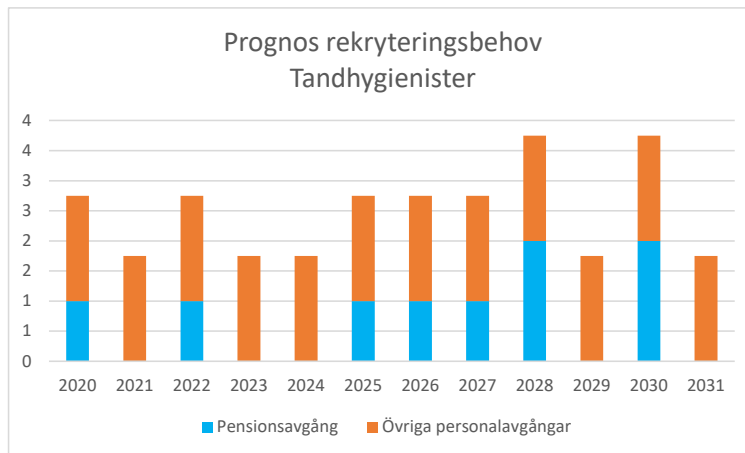
5.2.2 Tandhygienister

Tandhygienist är ett legitimationsyrke och kan inom ramen för sin legitimation utföra diagnostik och behandlingar. Det är dock mycket viktigt att det råder en balans mellan antalet tandhygienister och tandläkare. Tandhygienistens patienter behöver oftast en tandläkares insats och vice versa. En obalans leder till väntetider för patienterna och även till att behandlingar inte utförs på effektivaste omhändertagandenivå. Tandhygienisten har en viktig roll för ett effektivt teamarbete.

Tandhygienister är också en yrkesgrupp där det råder brist, det är stor konkurrens mellan regionerna men även med de privata aktörerna i länet. Problemen att rekrytera till mindre orter samt att kunna handleda nytexaminerade är lika som för tandläkarna.

Bemanningsmålet för tandhygienister är ca 33 tjänster inkluderat tandhygienister inom specialisttandvården. Vid årsskiftet 2020 fanns motsvarande 24 heltidstjänster tandhygienister anställd. Rekryteringsbehovet för att nå bemanningsmålet är ca 9 tjänster.

Behovet att rekrytera på grund av kommande pensionsavgångar och förväntad personalomsättning tillkommer (bild nedan).

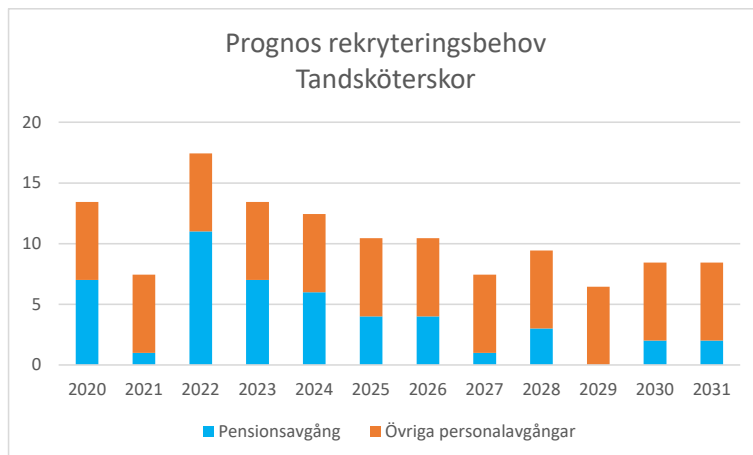


5.2.3 Tandsköterskor

Tandsköterskornas roll i verksamheten är mångfasetterad. Förutom att assistera tandläkaren vid behandlingar förväntas tandsköterskorna arbeta i team med tandläkare och tandhygienister, i flödespass och med ett delegerat arbetssätt. Tandsköterskorna arbetar även med egna patienter, framförallt förebyggande vård av barn. Utöver vården sköter tandsköterskorna reception, beställningar, fakturor, steril och patientadministration mm.

Tandsköterskorna har gått från att vara relativt lätta att rekrytera till att också bli en grupp där det råder brist. I och med starten av utbildning i Östersund har läget förbättrats men det är stor konkurrens med de privata vårdgivarna. Det är inte heller ovanligt att de som omskolat sig till tandsköterska väljer att gå tillbaka till sitt tidigare yrke pga. löneläget.

Bemanningsmålen för tandsköterskor är svåra att exakt fastställa eftersom klinikernas förutsättningar att arbeta med ett välutvecklat teamarbete varierar. Bedömningen är att behovet är ca 90 tjänster inkluderat specialisttandvården. Vid årsskiftet fanns motsvarande 84 tjänster anställda. Ett rekryteringsbehov på ca 6 tjänster. De närmaste åren är rekryteringsbehovet stort på grund av pensionsavgångar och förväntad personalomsättning (bild nedan).



5.2.4 Specialisttandläkare

Det finns nio olika specialiseringsområden inom tandvården. Specialisterna är en remissinstans för allmäntandvården, såväl folktandvård som privata vårdgivare och i vissa fall även för den specialiserade vården.

Bristen på specialisttandläkare är stor i hela landet. De som utbildas på nationella platser räcker inte för att täcka behovet. Regionens invånarantal gör att behovet av specialisttandläkartjänster inom varje specialinområde blir litet. Detta gör verksamheten mycket sårbar vid längre frånvaro och vakanser. En frågeställning som är relevant är om regionen ska ha egna specialister anställda inom samtliga specialiteter eller om tjänsterna istället ska hyras in, alternativt att patienterna får vård i annan region.

Nedan är de bemanningsmål som tagits fram för specialisttandvården samt nuvarande bemanning. Redan idag finns en brist inom vissa specialiteter. Uthyrning av specialist till annan region samt forsknings och studierektorstjänst ger för närvarande visst bortfall i patientverksamheten. Verksamheten är mycket känslig även för kortare frånvaro eftersom många är ensamma inom sin specialistgren. Eftersom de nu anställda är relativt unga finns endast 1 pensionsavgång under perioden tom 2031

	Mål	Anställda 2020	ST-tjänster 2020
Käkkirurgi	2,0	2,0	
Tandreglering	3,0	3,0	1,0
Parodontologi	2,0	1,0	
Protetik	2,0	1,0	
Orofacial medicin	2,0	1,5	
Pedodonti	1,0	1,0	
Bettfysiologi	1,0	0	1,0
Radiologi	1,0	Tidsbegr 0,5	
Endodonti	1,0	0	

År 2019 tillkom i tandvårdslagen att det i regionerna ska finnas möjlighet till anställning för tandläkares specialiserings-tjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av tandläkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. Detta innebär att ett stort ansvar för att utbilda framtida specialister åläggs regionerna.

För närvarande är två ST-tjänster igång vilket motsvarar det utrymme som kunnat avsättas inom den ram Folktandvården tilldelats. En specialistutbildning på helfart tar, beroende på specialinriktning, tre eller fyra år att genomföra. För att täcka det omedelbara behovet samt att säkra tillgången för framtiden behöver ytterligare 3-4 ST-tjänster inrättas utöver de två befintliga för att inte hamna i akut bristsituation. En ST-tjänst beräknas kosta ca 1 miljon per år under 3-4 år. Det finns idag ingen möjlighet att finansiera en utökning av antal ST-tjänster inom ram.

Även om finansieringen blir löst för att möjliggöra inrättande av fler ST-tjänster återstår problematiken att kunna rekrytera till dessa tjänster. Intresset bland våra egna medarbetare att vidareutbilda sig har hittills varit tillräckligt. Formellt krävs tandläkarexamen samt 2 års yrkeserfarenhet för en ST-tjänst. För att så långt som möjligt säkerställa att de som antas till de regionfinansierade ST-tjänster blir kvar i länet rekryteras dessa tjänster internt. Intresserade förbereds med viss meriteringstjänstgöring på specialisttandvården innan ST-tjänsten tillsätts. Denna meriteringsperiod kräver handledning och innebär därför också en kostnad för verksamheten som ska finansieras inom ram.

5.2.5 Ortodontiassistenter och tandsköterskor med utökad kompetens

Ortodontiassistenten är en vidareutbildad tandsköterska med inriktning på tandreglering. De utför olika behandlingar under ledning av specialisttandläkaren och är en viktig del i ett effektivt tandregleringsteam. Vid årsskiftet fanns 5 heltidstjänster anställda vilket motsvarar bemanningsmålet. Tandsköterskor vid avdelningarna för käkkirurgi och parodontologi behöver vidareutbildning i käkkirurgisk operationssjukvård.

Att rekrytera ortodontiassistenter och tandsköterskor med annan utökad kompetens är mycket svårt varför vidareutbildning av redan anställda tandsköterskor är det alternativ som står till buds. Utbildningstiden till ortodontiassistent är halvtidsstudier under 2 år. För tandsköterska med vidareutbildning inom käkirurgisk operationssjukvård är utbildningstiden 6 månader på helfart, kursen är på 15 hp. Utbildningarna bekostas idag av arbetsgivaren och ska finansieras inom ram. Vidareutbildningar för tandsköterskor inom andra specialistgrenar är på gång.

5.2.6 Chefer, OLU, MLA och kliniksamordnare

Folktandvårdens kliniker leds av enhetschefer direkt underställda områdeschefen. Enhetscheferna har också verksamhetsansvar. I de fall enhetschefen inte är legitimerad tandläkare utses någon att vara chefs stöd i odontologiska frågor (OLU, odontologiskt ledningsuppdrag). För närvarande finns 8 enhetschefer anställda på heltid (inga vakanser) som ansvarar för två eller flera kliniker. På grund av de långa avstånden kan en enhetschef ha resor på upp till 14 mil mellan de kliniker de ansvarar för samt upp till 20 mil för att delta

i ledningsmöten mm i Östersund. Folk tandvården har inga administrativa assistenter ute i verksamheten som stöd till enhetscheferna. Däremot finns sk. kliniksamordnare, oftast tandsköterskor, som på del av sin tid stödjer chefen i den dagliga verksamheten med t ex schema- och tidboksplanering.

Inom Specialisttandvården finns även Ämnesföreträdare och en MLA (Medicinskt ledningsansvar) som stöd till enhetscheferna.

5.2.7 Generella kompetensförsörjningsåtgärder

En rad åtgärder utförs för att säkra tillgången på kompetens på såväl kort som lång sikt. Många av åtgärderna har utförts sedan lång tid tillbaka och kan vara i behov av förändring. Vissa åtgärder är dock låsta i avtal, som ex. den solidariska finansieringen av utbildningsplatser samt glesbygdstillägget och är därför svåra att förändra.

- Anställd s.k. ambulerande tandläkare. Denna resurs täcker långt ifrån behovet och försök har gjorts att rekrytera fler men utan resultat.
- Interna stafetter. Ingen klinik har överkapacitet vilket leder till att väntetiderna ökar på den klinik som lånar ut sin personal.
- Glesbygdstillägg för samtliga yrkeskategorier
- Ta emot tandläkarstudenter för praktik under sommaren.
- Ta emot praktikanter från tandhygienist- och tandsköterskeutbildning.
- Handledningsprogram och huvudhandledare för nyutexaminerade tandläkare.
- Ersättning för handledning och intäktsbortfall till de kliniker som anställer nyutexaminerade tandläkare och tandhygienister.
- Solidarisk finansiering inom norrlandsregionen av verksamhetsförlagd utbildning av tandhygienister.
- Solidarisk finansiering av nationella platser till specialistutbildningen.
- Medverkar i ledningsgrupp för tandsköterskeutbildningen samt tar emot praktikanter
- Marknadsföring på tandvårdsstämma och på utbildningsorter.
- Annonsering av tjänster
- Flyttbidrag
- Bibehålla kontakten med studenter och andra som visat intresse för regionen.
- Arbetstidsmodell

5.2.8 Attraktionskraft

De kompetensförsörjningåtgärder som görs har varit i stort sett oförändrade under många år. Frågan om hur attraktionskraften ska kunna öka för att locka nya medarbetare till Folk tandvården är en stående punkt i Folk tandvårdens ledningsgrupp. Vad behövs för att göra en klinik attraktiv?

- Konkurrenskraftiga löner
- Bra arbetsmiljö
- Utrustning och material för att arbeta med moderna metoder

- Tillgång till handledning
- Möjlighet till utbildning och utveckling
- Variation i behandlingspanoramat
- Kollegor
- Karriärvägar

Att erbjuda konkurrenskraftiga löner är det första steget i att kunna rekrytera medarbetare. För att kunna behålla medarbetare och skapa ett positivt rykte om Folktandvården som arbetsgivare har arbetets innehåll och hur man trivs och mår på jobbet, lika stor, om inte större roll i attraktionskraften. Variationen i behandlingar är mycket viktig för att upprätthålla och utveckla kompetensen och ge utmaningar i vardagen. Särskilt viktig är det för nyutexaminerade som behöver öva sina färdigheter inom hela vårdspektrumet. Läget idag är tyvärr på väg in i en negativ spiral. Istället för att öka variationen i behandlingspanoramat så minskar den. Det beror på att ett minskande antal behandlare ska ta emot en ökande grupp av prioriterade patienter dvs akuttandvård, tandvård för barn och nödvändig tandvård. Den prioriterade gruppen patienter ökar också på grund av att de privata vårdgivarna tenderar att säga upp avtalen om att utföra barntandvård. I takt med att befolkningen åldras ökar också gruppen som är i behov av nödvändig tandvård. Med många små kliniker och bemanningsproblem blir bristen på kollegor och handledning till nyutexaminerade påtaglig. Regionens ekonomiska läge och restriktioner kring utbildningar och investeringar i utveckling gör att åtgärder som skulle kunnat utföras för att öka attraktionskraften inte tillåts.

5.3 Befolkningsuppdrag

Enligt tandvårdslagen är målet för tandvården en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

Folktandvården har ett sistahandsansvar för medborgare som har svårt att klara sitt tandvårdsbehov tex av sociala skäl eller som är särskilt vårdkrävande pga ålder, sjukdom eller funktionshinder. Att ta emot patienter som medför extra tidsåtgång pga kommunikation med sociala myndigheter, språksvårigheter mm. Att vid akuta besvär ta emot patienter även om dessa inte kan betala vid behandlingstillfället eller har en skuld till vårdgivaren. Ingen får nekas akuttandvård.

Folktandvården ska också identifiera och erbjuda tandvård till samtliga barn och unga vuxna 3-23 år som inte finns registrerade som patienter vare sig hos privat vårdgivare eller i Folktandvården. Eftersom Folktandvården har ett sistahandsansvar avseende barn innebär det att alla barn som inte gjort ett aktivt val ska tas om hand på närmaste Folktandvårdsklinik. Det innebär att vissa kliniker får en hög andel barn i förhållande till vuxna patienter. Eftersom timintäkten för barn är lägre än för vuxna ger en hög andel barn sämre förutsättningar att klara ekonomin.

Inom äldreomsorgen och särskilda boenden har Folktandvården ett uppdrag att utbilda och vara ett stöd till vårdpersonalen i den dagliga omsorgen av de boendes munhälsa. Folktandvården ska också tillhandahålla sjukresor enligt regionens riktlinjer

Folktandvården har ett folkhälsouppdrag, att sprida kunskap och förebygga ohälsa genom populationsinriktade förebyggande åtgärder liksom samverkan med primärvård, skola och föreningsliv. Inom barntandvården verkar preventionsteam (se kap 3.3). De insatser som görs riktad till den vuxna befolkningen är för närvarande kampanjen goda vanor samt att på efterfrågan delta på träffar med ex. pensionärsföreningar. Mer insatser inom folkhälsoområdet skulle vara önskvärt men hindras av resursbrist.

Till befolkningsuppdraget hör också att ansvara för att utveckla den kliniska vården, att systematiskt följa och utveckla kvaliteten i vården samt se till att ny kunskap och nya metoder kommer medborgarna tillgodo. Ett stort ansvar i denna del ligger i specialisttandvårdens konsultativa uppdrag gentemot länets behandlare/vårdgivare samt att omvärldsbevaka utvecklingen inom tandvården och sprida kunskaper. Förutom den direkta konsultationen till enskilda behandlare inbjuder specialisttandvården varje år till ett antal seminarier.

Som ett led i utvecklingen ska Folktandvården stimulera till forsknings- och utvecklingsarbete. Forskning utförs idag i mycket liten omfattning. För närvarande pågår ett forskningsprojekt som delfinansieras av FOU-enheten. Den del som inte finansieras av FOU-enheten bekostas inom ram. Det finns idag inget utrymme inom ram att utöka insatserna inom forskningsområdet.

Folktandvården har också i uppdrag att arbeta aktivt med övergripande kvalitets och patientsäkerhetsarbete. Tandhälsans utveckling i länet och riket följs genom att registrera och analysera epidemiologiska data samt att delta i kvalitetsregister. Genom samverkan i olika nätverk för tandvård i Sverige inhämtas kunskaper och omvärldsanalyser. För att säkerställa att odontologiska rutiner/riktlinjer och ny kunskap kommer verksamheten tillgodo samt att hantera avvikelser finns ett odontologiskt ledningsteam. Ledningsteamet arbete förs ut till alla medarbetare via de verksamhetsansvariga enhetscheferna och de som har odontologiskt ledningsuppdrag. Folktandvården har också en anställd verksamhetsutvecklare vars uppdrag omfattar dessa vård och kvalitetsfrågor.

5.4 Offentlighet och förvaltning

Folktandvården har till skillnad från de privata vårdgivarna uppdrag och åtaganden som är en konsekvens av att ingå i en politisk styrd och offentlig organisation tex personalpolitiska åtaganden, facklig samverkan, särskilda kollektivavtal och särskilda lagar inom offentlig förvaltning tex kommunallagen och lagen om offentlig upphandling. Som en del av regionen ska Folktandvården även följa planerings- och uppföljningsprocesser, handlingsplaner och använda regionens olika administrativa system. Detta utgör en administrativ överbyggnad som är mycket mer omfattande än för Folktandvårdens konkurrerande privata aktörer. Detta påverkar inte bara administrativa tjänster utan berör i allra högsta grad tandvårdspersonalen och blir mer kännbart ju mindre kliniken är.

I planeringen och utvecklingen av tandvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda. Regionerna ska också samverka i tandvårdsfrågor som berör flera regioner.

Stor del av arbetstiden för områdes- och enhetschefernas samt Folktandvårdens kansli ägnas åt dessa uppdrag. Medarbetarnas tid tas också i anspråk för olika uppdrag, tex vid upphandlingar. Denna typ av uppdrag ska finansieras inom ram. Tidsåtgången/kostnaden för uppdragen tids registreras inte utan måste uppskattas och den varierar också över tid. Övrig tid för chefer och kansli som inte härleds till offentlighet och förvaltning debiteras klinikerna som en intern overheadkostnad. Folktandvården betalar också en intern overheadkostnad för tjänster från regionens administration, löne- och redovisningsservice, It-tjänster mm.

6. FRAMTIDA UTVECKLINGSSOMRÅDEN

6.1 Modern teknik

Det finns tekniska lösningar för tandvård som FTV idag saknar och som skulle effektivisera arbetet och leda till "modern tandvård" ex. digital avtrycksteknik. Utvecklingen kräver dock ett investeringsutrymme och införanderesurser som Folktandvården inte har idag. I väntan på att kunna ta ett steg i den riktningen kommer fokus att ligga på att utöka nyttjandet av befintlig teknik/funktioner som tex sms-kallelser, incheckningsdiskar och voxit (röststyrd diktering).

6.2 Digitala tjänster

Tidbok på nätet, 1177, håller på och ska införas för våra patienter och man håller på och tittar på konsultationer digitalt för våra patienter. Även fler konsultationer digitalt mellan vårdgivare implementeras för att minska ned långa resor mellan kliniker samt för att effektivisera arbetsflödena.

6.3 Folkhälsa

Folktandvården har ett folkhälsouppdrag, att sprida kunskap och förebygga ohälsa genom populationsinriktade förebyggande åtgärder liksom samverkan med primärvård, skola och föreningsliv. Inom barntandvården verkar preventionsteam (se kap 3.3). De insatser som görs riktad till den vuxna befolkningen är för närvarande kampanjen goda vanor samt att på efterfrågan delta på träffar med ex. pensionärsföreningar. Mer insatser inom folkhälsoområdet skulle vara önskvärt men hindras av resursbrist.

6.4 Forsknings-och utvecklingsarbeten

Inom Folktandvården utförs idag forskning i mycket liten omfattning. För närvarande pågår ett forskningsprojekt. Detta skulle behövas utvecklas vilket då även skulle öka attraktionskraften för Folktandvården som arbetsgivare.

7. FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER

7.1 Korrigering av ersättning för barntandvård (kapiteringsersättning)

Kraven på barntandvården har förändrats och är mer omfattande idag och de utökade åldersgrupperna har ett större vårdbehov än de yngre åldersgrupperna. Fram till och med 2016 omfattade den kostnadsfria vården åldrarna upp till och med 19 år. Därefter har en utökning skett stegvis och omfattar nu upp till och med 23 år. Ingen utökning av ramen har skett pga. de utökade åldrarna för fri tandvård (tidigare 0-19 år). Detta innebär att denna grupp som tidigare var betalande patienter nu också ska inrymmas i ramen. Kapiteringsersättningen för barn avser också bara akut vård på vardagar varför merkostnaderna heltid måste finansieras inom ram. En översyn av ersättningsnivån är nödvändig.

Det finns också ett fortsatt behov av översyn av kraven i uppdraget som i vissa stycken är för styrande för hur vården ska utföras och hindrar effektiviteten. Detta för såväl Folk tandvårdens del som för de privata aktörerna. Att de privata vårdgivarna även i fortsättningen vill behandla barn- och ungdomar är en nödvändig avlastning för Folk tandvården men också viktig för medborgarnas valfrihet av vårdgivare.

Konsekvenser: Om detta inte ses över kan fler av de privata vårdgivarna överväga att säga upp avtalet med regionen, vilket några redan har gjort. Attraktionskraften för personalen kan också ytterligare minska i om variation i behandlingspanoramata minskas om man bara får behandla barn. Mindre vuxentandvård kommer att kunna utföras vilket påverkar patienternas munhälsa.

7.2 Taxan, beräkna basnivå samt beslut om årlig uppräknings LPIK

Inför kommande beslut om Folk tandvårdens taxa bör först grundnivån för de olika behandlingsåtgärderna justeras till korrekt prissättning. Grundnivån utgör därefter basen för den årliga uppräknings och justeras enbart om riktlinjerna från TLV förändras. Den årliga uppräknings bör följa LPIK som speglar löne- och kostnadsutvecklingen för vårdsektorn.

Konsekvenser: Om tandvårdstaxan inte täcker kostnaderna för behandlingarna så får detta en stor påverkan på intäkterna och ekonomin. För att då komma till rätta med ekonomin så kan utbudsbegränsningar behövas genomföras enligt följande:

1. Enbart akuttandvård till BoU över 19 år
2. Endast akuttandvård till vuxna
3. Begränsa antal specialiteter i regionen (tjänster köps)
4. Inte erbjuda frisktandvård

5. Upphöra med allt preventivt arbete såväl inom BoU (Mvc, Bvc och skolor) som inom vuxentandvården (uppsöksverksamhet samt utbildning av kommunal personal)
6. Begränsa akuttandvårdens tillgänglighet till må-fredag (kontorstid)
7. Ingen eller dålig teknisk uppdatering

Ovanstående förändringar kommer medföra försämring för redan utsatta grupper. Det gör också att vi inte kommer vara attraktiva som arbetsgivare eller vårdgivare.

7.3 Utökad ram till specialisttandvården för utökad åldersgrupp för fri tandvård.

Till regelbunden och fullständig tandvård för åldersgruppen 0-23 år räknas även all specialisttandvård som även den är kostnadsfri för patienten. Till skillnad från allmäntandvård för barn- och ungdomar har Regionen inte valt att konkurrensutsätta specialisttandvård för den åldersgruppen. Ingen utökning av ramen har skett pga de utökade åldrarna för fri tandvård (tidigare 0-19 år). Detta innebär att denna grupp som tidigare var betalande patienter nu också ska inrymmas i ramen. Många av de behandlingar som sker för gruppen 19-23 år är också dyrare behandlingar.

Konsekvenser: Vi kan inte erbjuda den specialisttandvård vi behöver för många patienter. Tillgängligheten som redan idag är ansträngd påverkas framförallt för övriga vuxna patienter.

7.4 Utökning av ST-tjänster och ram för detta

För närvarande är två ST-tjänster igång vilket motsvarar det utrymme som kunnat avsättas inom den ram Folktandvården tilldelats. En specialistutbildning på helfart tar, beroende på specialinriktning, tre eller fyra år att genomföra. För att täcka det omedelbara behovet samt att säkra tillgången för framtiden behöver ytterligare 3-4 ST-tjänster inrättas utöver de två befintliga för att inte hamna i en akut bristsituation. En ST-tjänst beräknas kosta ca 1 miljon per år under 3-4 år.

Konsekvenser: Det är ett lagkrav att vi skall tillhandahålla ST-utbildningar motsvarande regionens framtida behov, gör vi inte det så följer vi inte lagen. Vi kan inte heller erbjuda den specialisttandvård vi behöver för många patienter eftersom vi inte har tillräckligt med utbildade specialister. Tillgängligheten som redan idag är ansträngd påverkas och kan medföra försämring för redan utsatta grupper av patienter. Det gör också att vi inte kommer vara attraktiva som arbetsgivare eller vårdgivare.

7.5 Införa beredskap som stöd till 1177

Idag finns en tillfällig lösning tom 210131 där en tandläkare är stöd för frågeställningar som inte kan hanteras av 1177. Däremot så saknas tandläkare i beredskap som kan kallas in för behandling som inte kan anstå till klinikernas ordinarie öppettider. Att inte ha tandläkare i beredskap innebär att akuta problem får lösas med den resurs som för stunden går att uppbringa. Medarbetare som på sin fritid ställer sin tid till förfogande. Det är inte rimligt att

regionens service till innevånare med akuta besvär ska bedrivas som en solidaritetsbaserad frivilligverksamhet.

Konsekvenser: Om vi inte har beredskap så får patienterna inte den vård de kan behöva vilket kan leda till att patienterna får ett större behandlingsbehov som kostar patienten mer och ger ett mer lidande. Trycket på andra områden kan också öka om dessa patienter inte får den behandling de behöver utan måste vända sig till tex akutmottagningen.

7.6 Få lyfta moms för uppdrag som är ramfinansierade

Tandvårdstjänster är inte momsbelagda vilket innebär att tandvårdsaktörerna inte kan dra av den ingående momsen. Regionerna får dock ersättning för ingående moms genom kommunkontosystemet. Det innebär att Folk tandvården skulle få en stor konkurrensfördel gentemot de privata aktörerna genom att kunna dra av den ingående momsen. För att inte detta ska ske har en rutin skapats där Folk tandvården inte drar av momsen men där regionen ändå kan få ersättning för momsen i kommunkontosystemet. Detta innebär att alla momspliktiga varor och tjänster belastar Folk tandvården resultat med upp till 25% högre kostnad än för regionens övriga verksamheter. I nuvarande rutin görs dock ingen skillnad om momskostnaderna avser konkurrensutsatt verksamhet eller verksamhet som är ramfinansierad. I vissa regioner har undantag gjorts för de uppdrag som är helt ramfinansierade ex. pedodonti.

7.7 Tillgänglighet i länet, antal kliniker

Tandvårdslagen säger att Folk tandvården ska upprätthålla en tillgänglighet till vård i hela länet i den omfattning som Regionen anser lämpligt med hänsyn taget till privata etableringar. Lagen säger också att där det bedrivs tandvårdsverksamhet skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges.

Idag finns 15 allmäntandvårdskliniker med totalt 81 behandlingsrum. Belägningsgraden totalt är 36%. Detta beror till stor del på nuvarande problem med att bemanna klinikerna men även vid full bemanning skulle belägningsgraden vara låg på vissa kliniker då patientunderlaget är otillräckligt i förhållande till klinikstorlek.

De flesta kliniker kan idag inte erbjuda tid till nya patienter. Väntetiderna för nya patienter kan vara upp till flera år. Många kliniker har en stor andel vuxna patienter med förseningar som överskrider 6 månader. I genomsnitt är 40% försenade. Förseningar leder till att vårdbehov inte upptäcks och åtgärdas i tid och att patienten istället får tas emot när skadan blivit ett akut problem.

Inom den närmaste 7 års perioden finns det även behov av investeringar och renovering av lokalerna.

I senaste strukturarbetet som gjordes 2015 så beslutades att medborgarna i de olika upptagningsområdena i genomsnitt ska ha högst 6 mil eller ca 45 minuters restid enkel väg till närmaste folk tandvårdsklinik. 5 kliniker lades ned och man räknade med att patienterna och personal skulle följa med till de kvarvarande klinikerna och en minskning av nettokostnaderna på ca 3Mkr. Någon ordentlig utvärdering av strukturomvandlingen har

inte gjorts men vissa saker kan vi konstatera. De beräknade patienter och personal följde inte med till kvarvarande kliniker. Utrustning och lokaler avyttrades till mycket lägre priser än vad FTV räknat med pga.

En utredning av klinikstrukturen bör göras.

7.8 Konkurrenskraftiga löner

Kompetensförsörjningen är redan Folk tandvårdens största utmaning och utmaningen gäller alla yrkesgrupper. Det är stora svårigheter att rekrytera nya medarbetare. Folk tandvården har idag inte den attraktionskraft som krävs för att locka medarbetare till regionen i konkurrens med framförallt storstäder och utbildningsorter. En rad åtgärder utförs för att säkra tillgången på kompetens på såväl kort som lång sikt. Många av åtgärderna har utförts sedan lång tid tillbaka och kan vara i behov av förändring, därför pågår en genomgång av dessa i dagsläget. Att erbjuda konkurrenskraftiga löner är ett steg i att kunna rekrytera medarbetare. Folk tandvården ligger klart under konkurrenskraftiga löner inom yrkesgruppen tandläkare och skulle vilja höja den yrkesgruppen. Gör man detta så kan det underlätta rekryteringen vilket då gör att man kan erbjuda mer vård till patienterna och detta ger mer intäkter.

Konsekvenser: Om vi inte har vårdgivare som kan utföra vård så kommer fler patientgrupper inte få den vård de kan behöva. Variationen i behandlingar är också viktig för att upprätthålla och utveckla kompetensen. Men istället för att öka variationen i behandlingspanoramata så minskar den idag. Det beror på att ett minskande antal behandlare ska ta emot en ökande grupp av prioriterade patienter dvs akuttandvård, tandvård för barn och nödvändig tandvård. Den prioriterade gruppen patienter ökar också på grund av att de privata vårdgivarna tenderar att säga upp avtalen om att utföra barntandvård. Detta kan då ytterligare innebära att utbudsbegränsningar behövas genomföras enligt följande:

1. Enbart akuttandvård till BoU över 19 år
2. Endast akuttandvård till vuxna
3. Begränsa antal specialiteter i regionen (tjänster köps)
4. Inte erbjuda frisktandvård
5. Upphöra med allt preventivt arbete såväl inom BoU (Mvc, Bvc och skolor) som inom vuxentandvården (uppsöksverksamhet samt utbildning av kommunal personal)
6. Begränsa akuttandvårdens tillgänglighet till må-fredag (kontorstid)
7. Ingen eller dålig teknisk uppdatering

Ovanstående förändringar kommer medföra försämring för redan utsatta grupper. Det gör också att vi inte kommer vara attraktiva som arbetsgivare eller vårdgivare.

7.9 Bättre framförhållning att planera investeringar

Regionens modell för investeringsplanering är relativt kortsiktig, 3 år. För områdena är den i praktiken ettårig eftersom beslut om tilldelning av investeringsutrymme görs för ett år i taget. Det är också en hård detaljstyrning. Investeringsäskanden ska varje år lämnas in på

detaljnivå och rangordnas. Regionens investeringsram är mycket snäv och den tilldelade investeringsramen varje år motsvarar inte behovet. Detta leder till att investeringsbehoven ackumuleras. Som det ser ut för Folkandvården så finns redan en önskad investeringstopp några år framåt. Om inte investeringsplaneringen tar hänsyn till detta utan fortsätter att ackumulera investeringsbehovet, skjuts toppen framåt och blir allt högre. Vid någon tidpunkt riskerar det bli en bomb som briserar när utrustningarna är så slitna att det inte längre går att reparera.

Önskvärt vore att Folkandvården får en investeringsram som är framräknad utifrån en rimlig årlig reinvesteringsnivå. Inom denna ram får Folkandvården sedan fritt planera vilka investeringar som bör göras årligen för att kunna åstadkomma en jämn och ekonomiskt hållbar investeringstakt.

BARN- OCH UNGDOMSTANDVÅRD								
Uppdrag	Finansiering * K=Konkurrensutsatt		*	Fördelad ram 2020	Behov	Beräkning	Kommentar	
ALLMÄNTANDVÅRD								
Allmäntandvård tom 23 år. Listade på Ftv klinik. Regelbunden och fullständig tandvård inklusive akuttandvård.	Kapiteringsersättning 1356 kr/barn/år (år 2019) Regionens statliga medel för asylsökande.	Intäkt	K					
Akuttandvård tom 23 år Ej listade på Ftv klinik.	Debiteras ansvarig vårdgivare. Utlandsfödda debiteras Försäkringskassan.	Intäkt	K					
SPECIALISTTANDVÅRD								
Specialisttandvård tom 23 år. Behandlingar som kräver specialisttandvård oavsett remitterande vårdgivare Ftv eller privata. Inklusive akuta.								
Tandreglering		Ram		6 308 tkr	7 240 tkr	Utgår från bemanningsmålet för specialisttandläkare. Andel tid som åtgår för uppdraget baserat på statistik för tidigare år. Andelen omvandlas i timmar. En timme ersätts med 3014 kr (Ftv taxa	Mellanskillnaden fördelad ram och behov avser åldersgruppen 20-23 år	
Pedodonti		Ram		2 641 tkr	2 652 tkr			
Orofacial medicin		Ram		111 tkr	371 tkr			
Käkkirurgi		Ram		1 140 tkr	1 591 tkr			
Protetik		Ram		272 tkr	796 tkr			
Parodontologi		Ram		134 tkr	292 tkr			
Bettfysiologi		Ram		589 tkr	981 tkr			
Radiologi		Ram		471 tkr	623 tkr			

Endodonti		Ram			420 tkr	2019+uppräkn 2,5% till 2020 års nivå).	
SÄRSKILDA UPPDRAG							
Screening, 0-2 år för tidig upptäckt av sjukdomsrisk		Ram		100 tkr	100 tkr	Enl. politiskt beslut om utökat uppdrag och ram år 2013	
Behandling barn 0-2 år	Ersätts enl. åtgärdstaxa.	Ram		200 tkr	200 tkr	Utfall kostnad utförd vård enl. skuggdebitering, statistik för tidigare år.	
Tandreglering utförd inom allmäntandvård	Ersätts enl. åtgärdstaxa. Ftv ersätter även privata vårdgivare.	Ram	K	1 680 tkr	2 320 tkr	Utfall kostnad utförd vård enl. statistik för tidigare år.	
Förebyggande, populationsinriktade åtgärder inom barnhälsovård och skola		Ram		600 tkr	600 tkr	Lön, resor och materialkostnad för preventionsteamerna + del av samordnartjänst	

TANDVÅRD FÖR VUXNA							
Uppdrag	Finansiering	*	Fördelad ram 2020	Behov	Beräkning	Kommentar	
* K=Konkurrensutsatt							
ALLMÄNTANDVÅRD							
Allmäntandvård fr o m 24 år. Regelbunden och fullständig tandvård.	Intäkter från patienter, försäkringskassa och beställarenhet.	Intäkt	K				

Inklusive akuttandvård.	Regionens statliga medel för asylsökande (endast akuta behandlingar).							
SPECIALISTTANDVÅRD								
Specialisttandvård fr om 24 år. Behandlingar som kräver specialisttandvård oavsett remitterande vårdgivare Ftv eller privata. Inklusive akuta.								
Tandreglering	Intäkter från patienter, försäkringskassa och beställarenhet. Regionens statliga medel för asylsökande (endast akuta behandlingar). Behandlingar som definieras som hälso- och sjukvård finansieras inom ram.	Intäkt	K					
Pedodonti		Intäkt	K					
Orofacial medicin		Intäkt	K					
Käkkirurgi		Ram		636 tkr		?	Utgår från bemanningsmålet för specialisttandläkare. Andel tid som åtgår för uppdraget baserat på statistik för tidigare år. Andelen omvandlas i timmar. En timme ersätts med 3014 kr (Ftv taxa 2019+uppräkn 2,5% till 2020 års nivå).	Omfattning oklar. Bra statistik saknas.
		Intäkt	K					
Käkkirurgi		Ram		1061 tkr		?		
		Intäkt	K					
Protetik		Intäkt	K					
Parodontologi	Intäkt	K						
Bettfysiologi	Intäkt	K						
Radiologi	Intäkt	K						
SÄRSKILDA UPPDRAG								
Uppsökande verksamhet	Ersätts av beställarenhet enl. särskild prislista.	Intäkt						

REGIONENS SÄRSKILDA ANSVAR						
Uppdrag	Finansiering * K=Konkurrensutsatt	*	Fördelad ram 2020	Behov	Beräkning	Kommentar
TILLGÄNGLIGHET AKUTVERKSAMHET						
Tandakuten merkostnad		Ram	1 800 tkr	2 000 tkr	Beräknat på bemanning enl. bemanningsmål. Omkostnader och intäkter utfall 2019. Kundförluster exkluderat.	Merkostnad för helgbemanning och tillfälliga toppar (övertid). Stilleståndskostnad. Akuttandvård barn, helger.
Avgift 1177		Ram	22 tkr	21 tkr	Faktisk kostnad för köpt tjänst	
Beredskap, stöd till 1177 och akutfall som måste åtgärdas omedelbart	Ny	Ram		880 tkr		Allmän TL och tsk, beräknad 2019
Beredskap specialisttandvård	Ny	Ram		1 100 tkr		Specialist TL och tsk, beräknad 2019
TILLGÄNGLIGHET ALLMÄNTANDVÅRD						
Merkostnad klinikstruktur, bristande patientunderlag		Ram	3 600 tkr	3 600 tkr	Beräknat på utfall av bristande patientunderlag.	Med nuvarande bemanningsproblematik beräknas kostnaden till 9 400 tkr.
Ambulerande tandläkare		Ram	834 tkr	834 tkr	Merkostnad jmf. med fast placerad tandläkare lönetillägg, restid, resor/logi. Beräknat på 2 tjänster.	Ambulerande avtalet håller på och ses över.
TILLGÄNGLIGHET SPECIALISTTANDVÅRD						
Operationsresurser hyrda		Ram	0 tkr	160 tkr		Sollefteå

KOMPETENSFÖRSÖRJNING							
Glesbygdstillägg		Ram		1564 tkr	1564 tkr Enl. bem mål	Beräknat lönetillägg inkl. PO- pålägg för anställda på kliniker utanför Östersund med närområde	Ökar om antal anställda ökar
Sommaranställning tandläkarstudenter		Ram		262 tkr	262 tkr	Lönekostnad	
Handledningsprogram och huvudhandledare	Infört hösten 2019	Ram		471 tkr	471 tkr	Huvudhandledare 40% tandläkartjänst + omkostnader för bl a resor.	
Klinikersättning tdl, hyg vid anställning av nyutexaminerade för handledning och intäktsbortfall		Ram		1119 tkr	1119 tkr	Ersättning nyutexaminerad tandläkare år 1, 16 tkr/mån, år 2 8 tkr/mån. Tandhygienist år 1, 8 tkr/mån	
Solidarisk finansiering, VFU hygienister		Ram		118 tkr	228 tkr	Enligt avtal mellan norrlandsregionerna.	Ram 2020 felräknad endast halvår. Därav ökning av behovet. Dialog runt denna solidariska finansiering pågår inom Norrting.
Solidarisk finansiering, nationella platser tandläkarutbildning		Ram		680 tkr	680 tkr	Enligt nationellt avtal.	Utredning och dialog runt detta pågår inom FTV Sverige.
Marknadsföring, annonsering		Ram		122 tkr	122 tkr	Beräknat på omkostnader för tre besök på utbildningsorter samt deltagande i nationell monter på tandvårdstämman. Kostnad för annonsplattform.	

Meritering inför ST-tjänst/nishning		Ram		0 tkr			
ST-tjänster		Ram		2300 tkr	6000 tkr	Beräknat på kostnad för lön, kursavgifter, resor/logi samt handledare.	Behov av utökning med 3-4 tjänster.
Studierektor		Ram		0 tkr	150 tkr	10% tjänst+omkostnader. Ingen ram avsatt för uppdraget.	Funktionen finns idag, ett krav för att kunna hålla ST-tjänster. Saknar finansiering.
BEFOLKNINGSUPPDRAG							
Kundförluster		Ram		670 tkr	670 tkr	Beräknad på utfall 2019	Kan ej neka akutvård
Sistahandsansvar barn och vuxna		Ram		1 200 tkr	?	Grundersättning 12 kr/revisionspatient viktat beroende på avstånd	
Utbildning kommunpersonal		Intäkt					
Folkhälsoinsatser		Ram		0 tkr	?		
Specialisttandvården Konsultation, kunskapsförmedling, utveckling		Ram		6717 tkr	7100 tkr	50% av specialist-tandläkarnas tid åtgår för uppdraget. Ram beräknat på 50% av lönekostnaden för specialisterna	Specialist i endodonti saknas idag varför behovet ökar vid ev. anställning. Ram för seminarier saknas idag.
Forskning		Ram			500 tkr	50% forskningstjänst totalt 650 tkr varav 150 tkr bekostas av FOU-enheten	Ram för forskning saknas idag.
Kvalitet och patientsäkerhetsarbete		Ram		757 tkr	757 tkr	Lönekostnad odontologiskt ledningsteam + del av verksamhetsutvecklare	
OFFENTLIGHET OCH FÖRVALTNING							

Sjukresor				1500 tkr	1506 tkr		
Ftv Kansli och chefsuppdrag				3175 tkr	3300 tkr	Del av områdes och enhetschefslön och del av kanslilöner samt del av omkostnader kansli	

	Fördelad ram 2020	Behov
TOTALT SAMTLIGA UPPDRAG	42 854 tkr	