

**Regionstyrelsens hälso- och  
sjukvårdsutskott**

**§118**

**Information - Genomlysning befintlig barnersättningsmodell för  
tandvården för barn och unga vuxna**  
RS210272

**Beslut**

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott beslutar att

- anteckna att informationen har lämnats till utskottet

**Ärendet**

Den befintliga barnersättningsmodellen för tandvård för barn och unga vuxna som fastställdes 2013 behöver ses över då det är oklart hur beslutsdokumentationen ska tolkas eftersom begreppet församling inte finns kvar längre. Församlingarna har omfördelats till distrikt och dessa behöver nu fördelas till mindre geografiska områden s.k. DeSo. Det finns därför ett behov av att efter en översyn ta fram ett förslag på en förenklad och förtydligad modell.

**Förslag till beslut**

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott beslutar att

- anteckna att informationen har lämnats till utskottet

**Beslutsunderlag**

- Beslutsförslag Information - Genomlysning befintlig barnersättningsmodell
- Projektplan barnersättningsmodell

**Expedieras till**

Driftnämnden Hallands sjukhus  
Driftnämnden Närsjukvård

**Paragrafen är justerad**

---

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande

**Regionkontoret**  
Hälsa- och sjukvård  
Gunnel Håkansson  
Tandvårdsstrateg  
Rickard Ekdal

**Beslutsförslag**

<b>Datum</b>	<b>Diarienummer</b>
2021-05-20	RS210272

**Regionstyrelsen**

## **Beslutsförslag Information - Genomlysning befintlig barnersättningsmodell för tandvården för barn och unga vuxna**

### **Förslag till beslut**

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott beslutar att

- anteckna att informationen har lämnats till utskottet

### **Sammanfattning**

Den befintliga barnersättningsmodellen för tandvård för barn och unga vuxna som fastställdes 2013 behöver ses över då det är oklart hur beslutsdokumentationen ska tolkas eftersom begreppet församling inte finns kvar längre. Församlingarna har omfördelats till distrikt och dessa behöver nu fördelas till mindre geografiska områden s.k. DeSo. Det finns därför ett behov av att efter en översyn ta fram ett förslag på en förenklad och förtydligad modell.

### **Bakgrund**

En ökad polarisering av kariesriskerna hos barn och unga inom Halland observerades mellan 2006 och 2010. Ett viktigt syfte med den nya ersättningsmodellen som introducerades 2013 var att minska denna klyfta samt gynna regelbunden och förebyggande tandvård till de grupper som har störst behov både på grupp och individnivå och med tanke på identifierade könsskillnader.

En projektgrupp skapades för att ta fram ett förslag om ny ersättningsmodell. I projektgruppen deltog representanter för FoU Region Halland, Närsjukvården Region Halland, Specialisttandvården Hallands sjukhus och Regionkontoret. Den framtagna ersättningsmodellen baserades på tandhälsa, köpkraft, utbildningsnivå och utlandsfödda. 50 procent skulle vara en fast ersättning och ligga som grundersättning.

Ersättningen räknades därefter fram utifrån antalet barn per församling och åldersgrupp och fördelades enligt fyra riskgrupperingar; Bra tandhälsa, Medel tandhälsa plus, Medel tandhälsa minus och Sämre tandhälsa

Totala utrymmet för barntandvårdspengen beräknades efter generella barnpengen x antalet barn.

Från och med 2016 togs församlingskopplingen bort ur folkbokföringen. Som komplement till den tidigare församlingskopplingen i folkbokföringen infördes i stället en distriktsindelning.

SCB genomförde ytterligare en ny rikstäckande indelning 2018 som följer läns- och kommungränserna, DeSO - Demografiska statistikområden. Dessa förändringar har resulterat i ett behov av att göra en översyn av den befintliga ersättningsmodellen.

- En ny kartläggning enligt geomapping har genomförts 2020 för att kartlägga tandhälsan per DeSo och hur fördelningen ser ut i dag
- Avgränsningen för algoritmen behöver förändras mellan de olika riskgrupperingarna för att få korrekt ersättning
- Åldersintervallet har ökat från 19 till 23 år vilket också kan ha påverkat fördelningen.
- Ingen revidering har gjorts av barnersättningsmodellen och vad gäller ersättningen så har ingen omfördelning mellan grupperna gjorts sedan 2013 utan varje nivå har räknats upp med samma index som Regionfullmäktige har beslutat för den generella barnpengen.

Ersättningsmodellen beslutades av Regionfullmäktige.

## Analys

FOU har gjort en ny kartläggning 2020 som omfattar alla åldersgrupper 3 – 23 år där det framgår inom vilka områden i Region Halland där det finns en ökad kariesrisk och inom vilka områden det finns en god tandhälsa med låg kariesrisk. Denna kartläggning har gjorts enligt metoden med geomapping.

Uppföljningen är gjord på individnivå per DeSo. Varje distrikt omfattar olika antal DeSo. Kartläggningen visar hur risken att utveckla karies är fördelat inom Region Halland och hur risken ser ut i nuläge. Den nu gjorda kartläggningen visar att inom vissa områden är det liten kariesrisk men ersättningen utgår för ett område med högre kariesrisk vilket har påverkar ersättningsnivån.

Beroende på de förändringar som har skett från indelning i församlingar till distrikt och nu till DeSo finns det ett behov av att efter en översyn av den befintliga ersättningsmodellen ta fram ett förslag på en förenklad och förtydligad modell.

## Konsekvensbeskrivning

Ett viktigt syfte med den differentierade barnersättningsmodellen är att styra ekonomiska medel utifrån behov såväl på individ som gruppnivå för att minska skillnader i tandhälsa och göra tandhälsan mer jämlik.

Den differentierade ersättningen styr regelbunden och förebyggande tandvård till de grupper som har störst behov både på grupp och individnivå och med tanke på identifierade könsskillnader.

## **Ekonomiska konsekvenser av beslutet**

Kartläggningen som genomfördes 2020 visar att inom vissa områden är det liten kariesrisk (riskgrupp Bra tandhälsa) men ersättningen som utgår 2020 är för ett område med högre kariesrisk (riskgrupp Medel tandhälsa plus). Vid en omfördelning mellan riskgrupperna kommer ersättningsnivån att förändras vilket kan innebära stora ekonomiska skillnader för vissa kliniker. Om samma utrymme för barntandvårdspengen ska gälla som vid beräkningen 2013, att totala utrymmet för barntandvårdspengen ska beräknas efter generella barnpengen x antalet barn, så kommer ersättningen till verksamheten att minska med ca 5 miljoner kronor.

En ny modell föreslås tillämpas från och med budgetarbetet 2022 med början att gälla från januari 2023. Detta ger Närsjukvården och privattandvården möjlighet till omställning utifrån de konsekvenser som eventuella förändringar innebär.

## **Förvaltning**

Jörgen Preuss  
Regiondirektör

Martin Engström  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

## **Bilaga:**

Bilaga 1: Projektbeskrivning

## **Styrelsens/nämndens beslut delges**

Driftnämnden Hallands sjukhus  
Driftnämnden Närsjukvård

# Projektplan

GENOMLYSNING AV BEFINTLIG BARNERSÄTTNINGSMODELL  
SAMT FÖRSLAG PÅ FÖRTYDLIGANDE OCH FÖRENKLING AV  
MODELLEN

VERSION 1, 2021-03-30

## Innehåll

Projektplan barnersättningsmodell.....	2
Titel.....	2
Uppdraget.....	2
Övergripande mål för tandvården i Region Halland.....	2
Mål.....	2
Arbetsgrupp.....	2
Bakgrund och nuläge.....	2
Arbetsmetodik.....	3
Rapport.....	4
Resursbehov/organisation.....	4
Konsekvensanalys.....	4
Sammanfattning.....	4

# Projektplan barnersättningsmodell

## Titel

Genomlysning av befintlig barnersättningsmodell

## Uppdraget

Det finns ett behov av att göra en översyn av den befintliga barnersättningsmodellen som beslutades 2013 och att förtydliga modellen och vid behov ta fram ett förslag på en förenklad barnersättningsmodell.

Målet är att kunna följa hur risken att utveckla karies är fördelat inom Region Halland. En ökad polarisering av kariesriskerna hos 3-6-åringar inom Halland observerades mellan 2006 och 2010. Ett viktigt syfte med den nya ersättningsmodellen som introducerades i januari 2013 var att minska polariseringen

Övergripande mål för tandvården i Region Halland

- Kartlägga hur kariesrisken är fördelad inom Halland
- Minska polariseringen
- Skapa en ersättningsmodell som innebär en omfördelning av barntandvårdspengen som är individanpassad och leder till mer jämlik tandhälsa.

## Mål

Projektets mål är att ta fram en barnersättningsmodell där förutsättningarna är tydliga samtidigt som det leder till en minskad polarisering och risken att utveckla karies.

## Arbetsgrupp

Genomlysningen sker i samverkan mellan FOU, Regionkontoret och Närsjukvården.

## Bakgrund och nuläge

En ökad polarisering av kariesriskerna hos barn och unga inom Halland observerades mellan 2006 och 2010. Ett viktigt syfte med den ersättningsmodell som introducerades 2013 var att minska denna klyfta. I projektgruppen deltog FoU Region Halland, Närsjukvården Region Halland, Specialisttandvården Hallands sjukhus och Regionkontoret (Förslag om ny ersättningsmodell<sup>1</sup>).

Ersättningsmodellen baserades på följande faktorer:

- tandhälsa 40 procent
- köpkraft 20 procent
- utbildningsnivå 20 procent
- utlandsfödda 20 procent.

---

<sup>1</sup> HSS110115 Förslag om ny ersättningsmodell för barntandvård från 2013



50 % skulle vara en fast ersättning och ligga som grundersättning. Ersättningen räknades därefter fram utifrån antalet barn per församling och åldersgrupp och fördelades enligt fyra riskgrupperingar.

- Bra tandhälsa
- Medel tandhälsa plus
- Medel tandhälsa minus
- Sämre tandhälsa

Totala utrymmet för barntandvårdspengen baserades på generella barnpengen x antalet barn.

Från och med 2016 togs församlingskopplingen bort ur folkbokföringen. Som komplement till den tidigare församlingskopplingen i folkbokföringen infördes i stället en distriktsindelning.

SCB genomförde ytterligare en ny rikstäckande indelning 2018 som följer läns- och kommungränserna, DeSO - Demografiska statistikområden.

DeSO delar in Sverige i 5 984 områden som vid starten har mellan 700 och 2 700 invånare.

Förändringarna har resulterat i ett behov av att göra en översyn av den befintliga ersättningsmodellen.

- En ny kartläggning enligt geomapping har genomförts 2020 för att kartlägga risken att utveckla karies per DeSo och hur fördelningen ser ut i dag
- Uträkning och avgränsning med algoritmer behöver ses över för de olika riskgrupperingarna. Det finns i dag tekniskt utvecklade riskgrupperingssystem .
- Åldersintervallet för den avgiftsfria tandvården för barn och unga har ökat från 19 år till 23 år vilket kan påverka fördelningen och antalet barn inom riskgrupperna.
- Ingen revidering har gjorts av barnersättningsmodellen och vad gäller ersättningen så har ingen omfördelning mellan grupperna gjorts sedan 2013. Varje nivå har räknats upp med samma index som Regionfullmäktige har beslutat för den generella barnpengen.

Ersättningsmodellen 2013 beslutades av Regionfullmäktige<sup>2</sup>.

Till ersättningsmodellen kopplades en interventionsmodell med riktlinjer för tandvården för barn och unga. Revisionsintervallen har förändrats från 2013 då alla barn kallades varje år. Revisionsintervallen 2020 är maximalt 24 månad om inga riskfaktorer föreligger.

## Arbetsmetodik

En viktig faktor för att barnersättningsmodellen ska fungera väl är att modellen är tydlig och inte tidskrävande samt att den ersättning som betalas blir förutsägbar för tandvården såväl för folktandvården som för de privata vårdgivarna. Det krävs omfattande administration med manuell hantering såväl på FOU som på Regionkontoret för att följa upp den befintliga barnersättningsmodellen. Dagens teknik innebär att uppföljningen kan utföras mer automatiserat men innebär även att uppföljningen delvis inte följer de villkor som beslutades av Regionfullmäktige 2013.

---

<sup>2</sup> HSS110115 Förslag om ny ersättningsmodell för barntandvård från 2013

## Rapport

Efter en genomlysning av den befintliga barnersättningsmodellen ska ett förslag på en förtydligad barnersättningsmodell presenteras för HSU senast september 2021.

Den nya barnersättningsmodellen kommer att tillämpas i budgetarbetet 2022 inför 2023 vilket ger tandvården möjlighet till omställning utifrån de konsekvenser som eventuella förändringar innebär.

## Resursbehov/organisation

Finansieringen av projektet sker inom ramen för ordinarie tjänstgöringar i Region Halland

## Konsekvensanalys

Den kartläggning som gjorts 2020 av risken att utveckla karies är gjord på mindre geografiska områden, DeSo. Det har skett en förändring både av nya bostadsområden, av fördelningen av var barn och unga finns bosatta och av hur kariesrisken per DeSo är fördelad sedan modellen infördes 2013. Om de DeSo med bra tandhälsa (risk 1) läggs samman i tillhörande distrikt flyttas från en högre ersättningsnivå till en lägre innebär det stora förändringar i ersättning till kliniker som finns i geografiska områden där ersättningsnivån sänks. Utgångspunkten i beräkningen 2013 var att ersättningen för barntandvårdspengens skulle vara den generella barnpengen x antalet barn. Barntandvårdersättningen under 2020 var drygt 5 miljoner kronor högre än summan av den generella barnpengen x antalet barn 3- 23 år

## Sammanfattning

Kartläggningen visar att det skett en förändring från 2013 till 2020 över den geografiska fördelningen av riskklasserna och risken för ohälsa.

Den aktuella uppföljningen av barnersättningsmodellen visar också att modellen behöver tydliggöras då vissa av de fastställda kriterierna inte längre är möjliga att använda. Den digitala tekniken har utvecklats under de gångna åren. I dag kan data gällande socioekonomiska faktorer och riskgrupper inhämtas från SCB och det finns automatiserade metoder som kan användas vid riskbedömningar i stället för de tidigare använda uträkningarna för fördelning av de 4 riskgrupperna med algoritmer

Jenks natural breaks är en klassificeringsmetod som används för att hitta "naturliga brytningar" i data, algoritmen minimerar standardavvikelsen från medelvärdet inom klassen och maximerar standardavvikelsen från medelvärdet mellan klasserna, dvs. minimerar variansen inom klassen och maximerar variansen mellan klasserna.

Åldersintervallet för den avgiftsfria tandvården för barn och unga har höjts från 19 år till 23 år vilket också kan ha påverkat fördelningen av antalet barn och unga per DeSo /distrikt och därmed avgränsningen mellan de olika ersättningsnivåerna .

Sammanfattningsvis har uppföljningen och kartläggningen av risken för ohälsa resulterat i ett behov av att göra en översyn av den befintliga barnersättningsmodellen.