

Kassaregisterdata för tandvård i KPI

För diskussion

Prisenheten har undersökt det dataunderlag som idag levereras månadsvis till nationalräkenskaperna från Försäkringskassan. Underlaget innehåller transaktionspriser över samtliga besök av patienter som omfattas av det statliga tandvårdsstödet. Transaktionspriserna är för enskilda besök, som kan bestå av en eller flera åtgärder. Åtgärderna i besöken går att identifiera och möjliggör således mätning av transaktionsprisernas utveckling av de vanligaste besökstyperna. Nuvarande KPI-mätning är en urvalsundersökning av enskilda tandvårdsåtgärder. Den fångar endast delvis upp tandvårdsstödet påverkan på patienters prisutveckling.

Ett problem med det undersökta underlaget är samtidigt att det inte svarar mot en beräkning av prisutvecklingen enligt ett betingat levnadskostnadsindex då förändringar i befolkningssammansättningen kan påverka index.

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	1
2	SYFTE	2
3	METOD	2
3.1	BESKRIVNING AV DATAMATERIALET	2
3.2	MÄTNING AV PRISUTVECKLINGEN	3
3.3	TESTBERÄKNINGARNA	3
4	RESULTAT	4
5	DISKUSSION	8
6	SLUTSATSER	9
7	REFERENSER	9

1 Bakgrund

Björk & Ribe (2014) beskriver svårigheterna att skatta den verkliga prisutvecklingen av bl.a. tandvårdstjänster och konstaterar att undersökningen för tandvårdstjänster hade brister. De menar att prisutvecklingen troligtvis skattas bäst genom att skapa patientprofiler och mäta prisutvecklingen för dessa. Björk (2015) föreslår en mindre förändring som innebär att viss hänsyn tas till den effekt det statliga tandvårdsstödet får på priserna. Denna metod implementerades fr.o.m. år 2016. Dock råder det fortfarande brister i undersökningen och därför fortsätter arbetet mot en metod som är närmre patienters verkliga prisutveckling.

Det är i huvudsak det statliga tandvårdsstödet som gör det svårt att mäta patienternas verkliga priser. Förändringar av de priser tandläkarna tar för att genomföra specifika åtgärder kan slå väldigt olika beroende på hur mycket patienten i fråga har utnyttjat det statliga



tandvårdsstödet. Enligt Försäkringskassan (2016) har alla som anses bosatta i Sverige rätt till statligt tandvårdsstöd fr.o.m. 20 års ålder. I det statliga tandvårdsstödet ingår högkostnadsskyddet för tandvård, allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och särskilt tandvårdsbidrag (STB). Alla som har rätt till det statliga tandvårdsstödet har också rätt till ATB och högkostnadsskyddet. Ersättning för ATB beror på patientens ålder. I åldern 20-29 år och 75 år eller äldre, uppgår det till 300 kr per år. I åldern 30-74 år är det 150 kr per år. Det går att spara ett års bidrag för användning till nästkommande år. STB är avsett för personer som har sjukdomar eller funktionsnedsättningar som ökar risken för dålig munhälsa. Läkarintyg behövs för detta. Det uppgår till 600 kr, två gånger om året. Det går inte att spara dessa bidrag mellan halvåren, men under ett halvår kan de delas upp. Högkostnadsskyddet är subventioner som baseras på summan av åtgärdernas referenspriser, priser fastställda av Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket, från första åtgärden och ett år fram i tiden. Tandläkarna får ta både högre och lägre priser än referenspriserna. Om tandläkarens pris är lägre än referenspriset baseras det på tandläkarens pris. För den del av totalbeloppet som överstiger 3000 kr upp t.o.m. 15000 kr är subventionsgraden 50%, och för delen som överstiger 15000 kr är subventionsgraden 85%.

Försäkringskassan levererar månadsvis tandvårdsdata till enheten NR/OEM på SCB. Prisenheten har, med hjälp av NR/OEM och med Försäkringskassans tillåtelse, utrett möjligheterna till användning av Försäkringskassans tandvårdsdata. Datamaterialet innehåller transaktionspriser över samtliga patienters besök, dvs. priset efter avdrag från det statliga tandvårdsstödet. Det innebär att en prismätning av vad patienterna faktiskt betalar är möjlig, något som tidigare har efterfrågats av KPI-nämnden. Prisförändringarna kan dock påverkas av förändrade konsumtionsmönster till följd av ändringar i befolkningens sammansättning. Prismätning med detta kassaregisterdata medför således ett principiellt problem om inte beräkningen svarar mot ett betingat levnadskostnadsindex.

2 Syfte

Syftet med denna PM är att utreda möjligheterna till att använda det beskrivna kassaregisterunderlaget. Det skulle innebära en möjlighet att inkludera effekten som det statliga tandvårdsstödet har på konsumentprisutvecklingen för tandvård.

Att nyttja ett kassaregisterunderlag kan också öka antalet observationer och minska tandläkarnas uppgiftslämnarbörda.

3 Metod

Utifrån datamaterialets struktur beskrivs en möjlig metod för prismätning i KPI nedan.

3.1 Beskrivning av datamaterialet

Alla som omfattas av det statliga tandvårdsstödet ingår i Försäkringskassans data. Där registreras alla åtgärder som utförs under månaden. Underlaget består av två filer, en för alla åtgärder och en för alla besök. Ett besök består av en eller flera åtgärder. Varje besök har ett unikt ärendenummer. Genom ärendenumret kan besöks- och åtgärdsfilerna sammanfogas för att identifiera vilka åtgärder besöken innehåller. Patients transaktionspris, priset inklusive samtliga avdrag från det statliga tandvårdsstödet, anges för varje besök. Övriga variabler av intresse är tandläkarens pris för varje åtgärd, åtgärdens referenspris, högkostnadsgrundande belopp och information om ATB och STB. Det går sedan att ta fram antal observationer,

medelpris och omsättning av varje besök med samma åtgärds kombination. Detta möjliggör mätning av prisutvecklingen.

3.2 Mätning av prisutvecklingen

Nedan beskrivs en möjlig prismätning utifrån det beskrivna kassaregisterunderlaget. Underlaget för december utgör basen för nästkommande år. Urvalet bestäms av de åtgärds kombinationer som påträffas för besöken under december. Varje åtgärds kombination kunde utgöra ett produkterbjudande. I dataunderlaget för december beräknas även vikterna för det kommande året. Vikterna baseras på varje åtgärds kombinations omsättning. Omsättningen beräknas som antalet besök för åtgärds kombinationen multiplicerat med genomsnittspriset. Varje åtgärds kombinations vikt utgörs av dess omsättnings som andel av den totala omsättningen.

För nästkommande års resterande månader jämförs varje åtgärds kombinations genomsnittspris i aktuell månad med december månads genomsnittspris. Varje åtgärds kombination får då en priskvot. Alla priskvoter för den specifika månaden vägs sedan samman med ett viktat geometriskt medelvärde i enlighet med Formel 1 nedan. Det utgör länkkomponenten med december föregående år som bas.

$$I_{t-1,dec}^{t,m} = \prod_{b=1}^n \left[\frac{P_{t,m,b}}{P_{t-1,dec,b}} \right]^{w_b} \quad \text{där} \quad \sum_{b=1}^n w_b = 1 \quad (1)$$

3.3 Testberäkningarna

Testberäkningar har genomförts fr.o.m. december 2015 t.o.m. februari 2016. Det förekommer en del extrema värden. En rutin för att tvätta dataunderlaget innan skarp användning behöver skapas i samråd med Försäkringskassan. För testberäkningarna har extrema värden som överstiger en övre gräns tagits bort. Gränsen utformades genom enligt Formel (2) nedan, där G_b är gränsvärdet för en viss typ av besök och $K_{1,b}$ och $K_{3,b}$ är kvartiler för det specifika besöket. Ingen nedre gräns valdes då den ofta blev negativ. Dessutom gör tandvårdsstödet utformning att mycket låga priser kan vara normala. Gränserna i december gäller även för resterande månader. Då någon standardiserad rutin inte tagits fram för tvättning av datamaterialet bör resultaten tolkas med viss försiktighet, även om de bedöms vara tillförlitliga.

$$G_b = K_{3,b} + 3 \cdot (K_{3,b} - K_{b,1}) \quad (2)$$

Urvalet i testberäkningarna har begränsats till de omsättningsmässigt 33 största åtgärds kombinationerna. Vid en större automatiseringsgrad i beräkningarna kommer samtliga åtgärds kombinationer av intresse kunna tas fram.

4 Resultat

De valda åtgärdscombinationerna är listade i Tabell 1. I tabellen visas omsättningen i miljoner kr, vikten, prisindex i januari och februari, antalet observationer varje månad samt referenspriset för varje åtgärdscombination. Kombinationerna av åtgärder i tabellen har en täckningsgrad på ca 50% av den totala omsättningen. Totalt finns det 5070 åtgärdscombinationer som påträffas i alla tre månaderna. En stor del av åtgärdscombinationerna har mycket låg omsättning i förhållande till totalen. Vid en urvalsminskning av de 5070 åtgärdscombinationerna till endast de åtgärder som har över 100

Tabell1: Urvalet i testberäkningarna

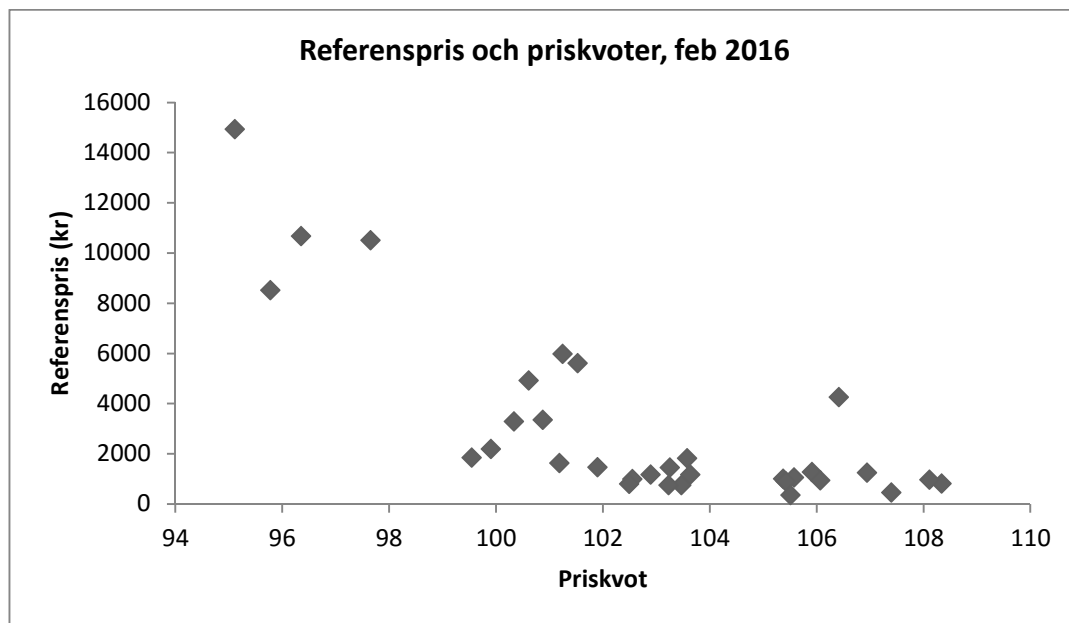
Besökstyp	OmsDec	Vikt	IndexJan	IndexFeb	ObsDec	ObsJan	ObsFeb	Refpris
800	48,6	12,1%	99,4	101,5	13 745	8 395	14 903	5 610
101	43,5	10,8%	105,0	108,3	74 872	84 427	106 694	810
705	31,4	7,8%	101,4	102,9	31 151	29 612	34 240	1 165
101_341	24,8	6,2%	102,6	105,9	27 236	31 261	38 468	1 270
706	21,5	5,3%	101,3	101,9	18 120	16 943	19 643	1 460
342	17,5	4,4%	103,1	106,1	25 165	24 962	29 360	940
114_341	17,5	4,3%	102,4	105,4	22 489	22 470	27 842	1 005
801_801_804	16,0	4,0%	93,8	96,3	2 238	1 136	2 175	10 670
112_341	12,4	3,1%	104,1	106,9	13 854	16 697	20 171	1 250
503	10,9	2,7%	101,3	100,6	3 728	3 715	4 198	4 915
341	10,8	2,7%	103,4	107,4	23 668	22 865	28 348	460
103_705	9,4	2,3%	102,6	103,3	7 525	7 206	6 897	1 450
704	9,3	2,3%	102,0	103,5	13 684	12 765	14 789	745
111_341	9,1	2,3%	102,5	105,6	11 603	12 742	16 228	1 055
801	9,0	2,2%	116,7	106,4	1 792	1 425	1 947	4 260
103_706	8,4	2,1%	101,5	103,6	5 764	5 375	5 158	1 815
801_801	8,3	2,1%	98,7	95,8	1 308	721	1 340	8 520
501	7,6	1,9%	99,6	100,3	3 556	3 625	4 291	3 285
101_205	7,5	1,9%	104,9	108,1	10 024	10 876	13 374	970
311_341	7,5	1,9%	102,4	105,4	10 984	10 666	12 771	900
401	7,2	1,8%	100,7	102,5	8 884	9 802	11 275	985
112	7,0	1,7%	106,1	110,3	13 477	16 590	20 149	790
402	6,4	1,6%	100,5	101,2	4 938	5 447	6 429	1 625
51	6,1	1,5%	98,4	101,2	998	576	1 020	5 980
601	6,1	1,5%	98,9	100,9	2 759	1 689	2 612	3 345
824	5,5	1,4%	95,3	97,6	1 125	462	825	10 500
705_705	5,1	1,3%	99,9	99,9	3 057	2 750	3 326	2 190
704_705	5,0	1,2%	100,2	99,5	3 053	2 682	3 307	1 840
103_121_301	4,9	1,2%	101,2	102,5	7 539	6 457	6 598	795
103	4,8	1,2%	103,7	105,5	16 779	16 693	18 075	355
103_301	4,5	1,1%	102,2	103,2	7 836	6 359	6 652	745
801_801_801_804	4,5	1,1%	90,4	95,1	490	219	485	14 930
103_121_521	4,3	1,1%	103,7	103,6	4 325	4 108	4 236	1 165
Total	402,5	100,0%	101,7	103,5	397 766	401 718	487 826	

observationer i december, minskar åtgärds kombinationerna till 412 st. De ger en täckningsgrad på ca 84% av den totala omsättningen. Vid en urvalsminskning till endast åtgärds kombinationer fler än 500 observationer, återstår endast 151 st. De motsvarar en täckningsgrad på ca 72%. Åtgärderna förklaras bl.a. av Folk tandvården Stockholm (2016).

Antalet observationer är relativt stabilt över tiden. I några fall sticker antingen december eller januari ut med något färre observationer jämfört med sina två jämförelsemånader. Då båda dessa månader innehåller helgdagar är det förväntat att just dessa kan sticka ut i några fall. I de flesta fall förekommer fler observationer i februari än de föregående månaderna. Det syns inte minst på det totala antalet observationer.

Prisindexen varierar ganska mycket mellan åtgärds kombinationer. Den 15 januari skedde en höjning av referenspriserna. Sammantaget ökar priserna i januari för att sedan öka ytterligare i februari. I testberäkningarna verkar de billigaste åtgärds kombinationerna stå för de största ökningarna medan de dyrare åtgärds kombinationerna inneburit lägre prishöjningar eller rentav prissänkningar. Då åtgärds kombinationer med höga referenspriser till större del täcks av tandvårdsstödet än de med lägre referenspriser är detta rimligt. När referenspriserna höjdes, höjde även tandläkarna sina priser. Trots det, blir nettoeffekten en sänkning av genomsnittspriset i fallen med de dyrare åtgärds kombinationerna.

Diagram 1



Högekostnadsskyddets utformning gör att det finns ett relativt tydligt negativt samband mellan åtgärds kombinationernas referenspris och priskvoten i samband med höjningen av referenspriserna. I Diagram 1 visas detta samband för de 33 åtgärds kombinationerna i februari. Ur diagrammet kan det utläsas att alla priskvoter över 102 är åtgärds kombinationer under 2000 kr i alla fall utom ett. För alla priskvoter under 102 är det endast 3 fall av 12 som är under 2000 kr.

I urvalet för testberäkningar ingår 13 av de 14 åtgärderna som idag ingår i beräkningarna av KPI, vilket möjliggör en approximativ jämförelse mellan de två metoderna. I tabellen anges delindex från februari, först för testberäkningarna och sedan för beräkningarna i KPI. Siffrorna från KPI avser endast folktandvård. I den fjärde kolumnen subtraheras beräkningarna i KPI från testberäkningarna för att visa skillnaden av prisutvecklingen uttryckt i procentenheter. Åtgärderna är sorterade efter referenspris. I tabellen utläses att stora skillnader snarare är regeln än undantaget. Prisutvecklingen av åtgärder med lågt referenspris tenderar att bli lägre i KPI-undersökningen än för testberäkningarna medan prisutvecklingen av åtgärder med högre referenspris istället tenderar att bli högre.

Tabell 2: Jämförelse av delindex, Feb 2016

Besök	IndexFebTest	IndexFebKPI	Test-KPI	Refpris
103	105,5	103,2	2,3	355
341	107,4	104,4	3,0	460
704	103,5	103,3	0,2	745
112	110,3	103,1	7,1	790
101	108,3	103,5	4,8	810
342	106,1	104,2	1,9	940
401	102,5	104,7	-2,2	985
705	102,9	104,4	-1,5	1165
706	101,9	104,5	-2,6	1460
501	100,3	100,9	-0,5	3285
801	106,4	102,9	3,5	4260
503	100,6	101,8	-1,2	4915
800	101,5	103,7	-2,2	5610

Att priserna ökar relativt kraftigt för åtgärder med lägre referenspriser är förväntat. Tandläkarna höjer ofta priserna i samband med referensprishöjningar och dessutom justeras ofta priserna för det kommande året i januari. Således finns det två prishöjande effekter och tandvårdsstödet inverkan på dessa åtgärders prisutveckling är relativt låg. Anledningen till att prisutvecklingen för dessa åtgärder är lägre i KPI-undersökningen går bara att spekulera i. Genom tandvårdsstödet låga påverkan för dessa åtgärder vore det rimligt att prisutvecklingen för dessa åtgärder skulle vara relativt lika mellan de två metoderna. Det är möjligt att prisutvecklingen faktiskt är lägre för folktandvården än för den totala tandvården. Endast ca 40% av antalet åtgärder utförs av folktandvården. Dock skiljer sig inte resultaten nämnvärt om testberäkningarna istället skulle jämföras med privattandvården i KPI. Det är möjligt att den verkliga prisutvecklingen för privattandvård inte fångas upp i KPI p.g.a. små urval och bristfälliga uppgifter från privattandläkarna. I dagsläget är det svårt att hålla svarsfrekvensen hög. Ofta krävs det flera påminnelser och det medförs en viss risk för felaktiga uppgifter. Ett exempel är att det anges konstanta priser i situationer som inte verkar rimliga.

Anledningen till den högre prisutvecklingen i KPI-undersökningen faller sig mer naturligt. Dessa åtgärder har högre referenspriser och därav utgör tandvårdsstödet en större del av patientens pris. En höjning av referenspriserna leder i många fall till ökade priser av tandläkarna, men också till ökade subventioner. Subventionernas dämpande effekt på prisutvecklingen fångas endast upp till liten del i KPI-undersökningen för dessa åtgärder. Därav är en högre prisutveckling jämfört med testberäkningarna förväntad. Åtgärd 801 är undantaget från mönstret. I och med tandvårdsstödet komplexa utformning, finns det en rad

tänkbara förklaringar till dess avvikande mönster. Både i fallet med högre prisutveckling i KPI-beräkningarna och i fallet med lägre prisutveckling, kan skillnaderna även bero på att andelen patienter på olika nivåer i tandvårdsstödet skiljer sig mellan månaderna.

För att öka förståelsen till resultaten i de båda tabellerna visas två exempel. Två prisförändringar för fyra patienttyper exemplifieras under två tidsperioder i Tabell 3 nedan. Båda fallen avser samma hypotetiska åtgärds kombination och samma utgångsläge i period 1. I båda exemplen höjs vårdgivarens pris med 400 kr, men i exempel 1 höjs referenspriset med 500 kr och i exempel 2 höjs det endast med 100 kr. Det är den enda skillnaden mellan de två exemplen. I och med att vårdgivaren i båda fallen redan har ett högre pris än referenspriset i period 1, kommer höjningen av referenspriset leda till ökade subventioner och således en prissänkande effekt. Att vårdgivaren i båda fallen höjer sitt pris ger en prisökande effekt. I tabellen visas patienternas transaktionspriser för fyra olika patienttyper i de båda perioderna. Det som skiljer patienttyperna åt är deras belopp som ligger till grund för högkostnadsskyddets subventionsgrad. Priskvoterna inom varje exempel för sig, visar att samma förändringar av vårdgivarens pris och referenspriset, slår olika för olika patienttyper. Vid jämförelse mellan de båda exemplen, visar priskvoterna att hur vårdgivarna sätter sina priser i förhållande till referenspriserna också spelar en stor roll för hur olika patienters transaktionspriser påverkas.

Tabell 3: Exempel på prisförändringar

Exempel 1				
	Period 1	Period 2	Priskvot	Högekostnadsgrundande belopp
Vårdgivarens P	6000	6400	106,7	
Refpris	5000	5500	110,0	
Patientens P 1	5000	5150	103,0	0
Patientens P 2	3500	3650	104,3	5000
Patientens P 3	2800	2775	99,1	12000
Patientens P 4	1750	1725	98,6	15000
Exempel 2				
	Period 1	Period 2	Priskvot	Högekostnadsgrundande belopp
Vårdgivarens P	6000	6400	106,7	
Refpris	5000	5100	102,0	
Patientens P 1	5000	5350	107,0	0
Patientens P 2	3500	3850	110,0	5000
Patientens P 3	2800	3115	111,3	12000
Patientens P 4	1750	2065	118,0	15000

Dagens prismätning i KPI utgår från patienttyp 1 för enskilda åtgärder. I båda exemplen skiljer sig övriga patienttypers priskvoter i många fall tydligt från patienttyp 1. Det visar på en trolig förklaring till skillnaderna mellan utfallet i KPI och testberäkningarna som visas i Tabell 2. I exempel 1 leder förändringarna till en prissänkning för de två patienttyperna med högst belopp till grund för högkostnadsskyddets subvention. En liknande situation skulle kunna vara förklaringen till de prissänkningar som visas i Tabell 1. I exempel 2 är

situationen den omvända. De patienttyper som har utnyttjat mer tandvård under sin period för högkostnadsskyddet möter större prisökningar än övriga patienttyper.

5 Diskussion

Det nya dataunderlaget kan tänkas innebära ändrade förutsättningar av nuvarande undersökning på flera sätt.

- Effekterna av det statliga tandvårdsstödet fångas på ett annat sätt i prismätningarna, vilket tidigare efterfrågats av KPI-nämnden.
- Kassaregisterunderlaget möjliggör en undersökning med ett betydligt större antal observationer än dagsläget. Det är i princip endast ramarna för avgränsning av datamaterialet som bestämmer täckningsgraden av marknaden. Med marknaden i detta fall menas de som anses bosatta i Sverige, är 20 år gamla eller äldre och som inte har tandvårdsabonnemang hos folktandvården.
- Ett byte till detta underlag innebär också en borttagen uppgiftslämnarbörda.

Det finns samtidigt brister att diskutera. En brist med att basera prismätningen på kassaregisterunderlaget är att genomsnittspriserna skulle kunna variera mellan månader endast p.g.a. att andelen patienter på olika nivåer i det statliga tandvårdsstödet ändras. Detta innebär en indexutveckling som inte relaterar till varken ändringar i tandläkarnas priser eller i tandvårdsstödet. Andelen patienter på olika nivåer i tandvårdsstödet kan, i sin tur, variera till följd av att sammansättningen av befolkningen ändras. Exempelvis till följd av en åldrande befolkning eller genom immigration. Att prisindex påverkas av att en ändrad befolkningssammansättning kan tänkas strida mot idén med ett betingat levnadskostnadsindex.

Det verkar återkommande finnas extrema observationer som kan snedvrider resultatet. Därför måste ramar för avgränsning av datamaterialet skapas i samråd med Försäkringskassan. Extrema observationer med höga värden bör kunna identifieras på samma sätt som för övrig kassaregisterdata i KPI. Dock är de låga extrema värdena svårare att identifiera. Det statliga tandvårdsstödet gör att extremt avvikande låga priser kan vara rimliga och bör i de fallen inte tas bort.

Ytterligare en avgränsningsfråga är hur många dagar av månaden dataleveransen bör innehålla. I den nuvarande dataleveransen till NR/OEM inkluderas månadens samtliga dagar. Om underlaget ska användas i KPI, är inte detta nödvändigt och inte heller genomförbart. Att täcka in månadens alla dagar medför att leveransen kommer för sent för att kunna tas med i beräkningarna av KPI. Således är det nödvändigt att inkludera något färre dagar. En möjlighet är de första 25 dagarna av månaden. Det skulle då vara konsistent med hanteringen av kassaregisterdata för läkemedel i KPI. Skulle det fortfarande innebära ett för sent leveransdatum är de första 21 dagarna av månaden ett annat alternativ.

Dataunderlaget täcker endast in de patienter som omfattas av tandvårdsstödet. Således är inte den grupp som p.g.a. låg ålder har gratis tandvård inkluderad. Med nuvarande regler innebär det att alla patienter under 20 år är exkluderade från underlaget. Vid en ändring av dessa regler, exempelvis att åldersgränsen för gratis tandvård höjs, leder det således inte till en ökning av antalet observationer med priset noll. Då det är fler patienter som inte längre

omfattas av tandvårdsstödet, leder det endast till ett färre antal observationer i dataunderlaget. Detta medför att specialberäkningar fortfarande är nödvändiga vid införandet av sådana reformer.

Dagens prismätning i KPI har tydliga brister med tanke på att endast en liten del av det statliga tandvårdsstödet påverkar den uppmätta prisförändringen. En prisutveckling beräknad utifrån kassaregisterunderlaget innebär dels att urvalsfelet kan minskas och dels att effekterna från tandvårdsstödet kan inkluderas. Det är troligt att tandvårdsstödet påverkar prisutvecklingen på ett signifikant sätt och testberäkningar visar också på en relativt stor skillnad i utfall mellan de två beräkningarna. Dock kan skillnaderna bero på andra anledningar. Samtidigt kan ett användande av kassaregisterunderlaget innebära att index påverkas av andra saker än önskvärda prisförändringar. Graden av teoretisk nackdel kan i diskussionen därför behöva ställas mot en möjlig praktisk fördel.

6 Slutsatser

Prisenheten ser både för och nackdelar med att använda det undersökta kassaregisterunderlaget i KPI-undersökningen för tandvård i framtiden.

Om en metoden baserad på kassaregisterunderlaget ska implementeras i KPI, krävs det att Försäkringskassan kan leverera datamaterialet enligt prisenhetens krav. Kunskapen om datamaterialet bör också höjas något innan skarp användning. Försäkringskassan skulle då kontaktas för att reda ut eventuella frågetecken och upprätta standardiserade rutiner med större säkerhet än de som användes i testberäkningarna. Även ramar för avgränsningar måste fastställas.

7 Referenser

Björk, H. (2015), *Hantering av högkostnadsskyddet för tandläkarvård i KPI*, SCB, <http://www.scb.se/Statistik/PR/PR0101/_dokument/KPI_namnden/Sammantrade-252/Hantering-av-hogkostnadsskyddet-for-tandlakarvard-i-KPI.pdf>.

Björk, H., Ribe, M. (2014), *Hälsovård: Metodjustering för högkostnadsskydd*, SCB, <http://www.scb.se/Statistik/PR/PR0101/_dokument/KPI_namnden/Sammantrade-251/7-PM---Halsovard---Metodjustering-for-hogkostnadsskydd-korrigerad-2014-10-21.pdf>.

Folktandvården Stockholm (2016), *Pris- och åtgärdslista*, Tillgänglig: <<https://www.folktandvardenstockholm.se/priser/sok-priser/>> [2016-10-04].

Försäkringskassan (2016), *Statligt tandvårdsstöd*, Försäkringskassan, <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/1e011e94-18e8-4a9c-937f-e8077738e8e9/vagledning_2008_02_version+8.pdf?MOD=AJPERES> [2016-10-04].