

# Anpassning av tandvårdsindex till ny COICOP-klassificering

---

Med anledning av krav på att anpassa KPI och HIKP till de indelningar som specificerats inom det uppdaterade COICOP-systemet så har en översyn gjorts angående hur tandvårdstjänster ska hanteras. Nuvarande metod för beräkning av tandvårdsindex kan inte tillämpas från och med januari 2026 när tandvården delas upp i två COICOP5-aggregat, om man inte väljer att acceptera ett anseeligt bortfall i form av de cirka 21 procent av tandläkarbesök där tandvårdsåtgärder från båda COICOP5-grupperna förekommer. Detta beror på att en produkt inom nuvarande index är definierad som den kombination av tandvårdsåtgärder som utfördes under ett och samma ärende – vilket implicit kan tolkas som att produkten är definierad som negationen av det hälsoproblem som patienten betalar för att (förhoppningsvis) bli kvitt från. Två möjliga metoder för att konstruera ett COICOP4-index där detta bortfall undviks presenteras i detta PM. Valet av produktdefinition är inte enbart en fråga om vad som är mest användbart i syfte att minimera effekten av själva metodbytet, utan även en fråga om vilket val som står mest i samklang med KPI:s olika ändamål. I PM lyfts dessutom ett antal mindre metodfrågor vilka SCB ännu inte haft möjlighet att utreda i detalj. Nämnden välkomnas att komma med synpunkter på förslaget samt på de ytterligare metodfrågor som lyfts.

---

## Innehåll

1.	Syfte	2
2.	Bakgrund	3
2.1	Historik	4
2.2	Transaktionsdata	5
2.3	Statligt tandvårdsstöd	5
2.4	Nuvarande konstruktion för tandvårdsindex	5
3.	Metod	6
3.1	Beskrivning av metod A och metod B	7
3.2	Exempel givet de tre metoderna	7
4.	Resultat	9
5.	Diskussion	11
6.	Förslag till nämnden	13
	Referenser	13

### 1. Syfte

I och med införandet av ny COICOP-klassificering (COICOP 2018), vilket är planerat till januari 2026, krävs en omstrukturering av tandvårdsindex i KPI. Det nya COICOP-systemet placerar nämligen tandvårdstjänster i två olika COICOP5-grupper, vilket gör det problematiskt att fortsätta använda transaktionspriser som prisvariabel (detta skulle nämligen innebära att man filtrerar bort de transaktioner där tandvård från olika COICOP5-grupper har betalats vid samma tillfälle). I denna PM beskrivs ett förslag till ny metod vilken möjliggör en uppdelning av tandvårdsindex i enlighet med den nya klassifikationen.

Syftet med den valda metoden är att uppnå en god avvägning mellan tre huvudsakliga ändamål. Det ena är att minimera den rena metodeffekten som uppstår när den nödvändiga COICOP-anpassningen för tandvårdsindex införs 2026. Det andra ändamålet är att valet av produktdefinition ska göras på ett sätt som maximerar graden av harmonisering gentemot internationell praxis för hantering av tandvårdstjänster. Det tredje och sista är att valet av produktdefinition ska göras så att den definierade produkten svarar mot en hög grad av inbördes homogenitet (graden av *produktmix* ska minimeras) samtidigt som produkten i så hög utsträckning som möjligt ska överensstämma med vardaglig intuition för vad som konstituerar en vårdtjänst.

Den föreslagna metoden (benämnd *metod A*) bygger på härledda nettopriser för enskilda tandvårdsåtgärder, och den jämförs med ett alternativt förslag (*metod B*) som kortfattat kan beskrivas som en kompromiss mellan A och nuvarande metod. Metod B definierar produkter som *kombinationer av åtgärder (inom given COICOP5-grupp) vilka konsumeras vid samma tillfälle*, vilket innebär att prisvariabeln rymmer såväl *äkta åtgärdscombinationer* (dessa definierar produktuniversumet med nuvarande metod) som *fiktiva åtgärdscombinationer* (dessa skapas genom att vi delar upp äkta åtgärdscombinationer i två disjunkta delmängder utifrån COICOP5-grupp).

I samband med utredningsarbetet har samtidigt ett antal aspekter av den aktuella metoden vilka inte är direkt kopplade till ändringen av klassifikation utretts, och det metodförslag som presenteras här innehåller därför även ytterligare ett par mindre justeringar. I PM lyfts dessutom ett antal metodfrågor vilka SCB ännu inte haft möjlighet att utreda i detalj, men som nämnden gärna får ha synpunkter på.

Den nya metoden föreslås användas i KPI från och med januari 2025. Nämnden välkomnas att komma med synpunkter på förslaget samt på de ytterligare metodfrågor som lyfts.

## 2. Bakgrund

Det nya COICOP-systemet är organiserat på så vis att COICOP4-gruppen *Öppen tandvård* (06.2.2) består av två separata COICOP5-grupper, nämligen *Förebyggande tandvård* (06.2.2.1) och *Annan öppen tandvård* (06.2.2.9). Av detta skäl har vi samrått med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, för att klargöra vilka tandvårdsåtgärder som bör hänvisas till respektive COICOP5-grupp.

Eftersom HIKP och KPI ska mäta priser efter avdrag från direkta statliga subventioner, och eftersom de statliga tandvårdssubventionerna fördelas över alla åtgärder som betalas i samband med ett och samma tandvårdsbesök så medför detta att vi behöver formulera en regel för hur nettopriser ska härledas. Varje sådan regel måste därutöver vara utformad på ett sådant sätt att tandläkarbesök i vilka det förekommer åtgärder från olika COICOP5-grupper inte filtreras bort. De två undersökta metoderna svarar mot varsitt val av produktdefinition enligt följande:

- *Metod A. Nettopris per individuell tandvårdsåtgärd (produktuniversumet är alltså mängden av enskilda tandvårdsåtgärder inom given COICOP5-grupp).*

- Metod B. *Nettopris per kombination av tandvårdsåtgärder inom samma COICOP5-grupp (produktuniversumet utgörs av mängden av äkta eller fiktiva åtgärds kombinationer inom given COICOP5-grupp).*

För att kunna utvärdera meriterna hos metod A respektive B så behöver deras egenskaper kontrasteras gentemot varandra såväl som mot den nuvarande metoden för beräkning av tandvårdsindex på COICOP4-nivå. Därför följer nu en redogörelse för tidigare metodutveckling på området, där läsaren kommer se hur förändrade möjligheter till storskalig datafångst kom att motivera övergång från en mer traditionell produktdefinition (enskilda åtgärder) till dagens något konstraintuitiva dito, nämligen de så kallade *åtgärds kombinationerna*.

## 2.1 Historik

Nuvarande metod har (med vissa modifikationer) använts sedan år 2019. Fram till och med 2015 beräknades index utifrån vårdgivares listpriser för enskilda åtgärder utan att hänsyn togs till statliga subventioner.<sup>1</sup> Det viktigaste skälet till att prisvariabeln var definierad på detta sätt var att SCB inte hade tillgång till tandvårdsanknuten transaktionsdata förrän 2017. Detta medförde att det inte var möjligt att direkt observera de statliga subventionernas effekt på priset en patient faktiskt betalar.

År 2018 ersatte registerdata från Försäkringskassan de tidigare centralprismätningarna, men den gamla metoden låg kvar i bruk i väntan på ett beslut om vilken prisvariabel som skulle användas från och med 2019. Johansson, Ståhl och Tongur (2018) presenterade två alternativ för hur ett tandvårdsindex baserat på patienters transaktionspriser kunde konstrueras.<sup>2</sup> Båda förslagen har gemensamt att de definierar produkterbjudanden utifrån *åtgärds kombinationer* istället för enskilda åtgärder, men skiljer sig åt genom att det ena förslaget enbart tar hänsyn till subventionen från högkostnadsskyddet medan det andra förslaget även beaktar prisnedsättningen från det allmänna tandvårdsbidraget ATB. Nämnden ställde sig gillande till det sistnämnda förslaget, och året därpå sattes metoden i drift. Ett tungt vägande skäl för detta vägval är att ATB till sin utformning är en subvention eftersom bidraget automatiskt tilldelas alla vuxna över 23 år som är bosatta i Sverige, utan någon form av motprestation.

---

<sup>1</sup> En mindre modifikation infördes dock 2016 vilket innebar att prisvariabeln tog en viss hänsyn till det statliga högkostnadsskyddets subventionerande verkan. Denna förändring lär dock ha haft en försumbar effekt på index då enbart ett mycket litet antal åtgärder (med låga vikter) vid den tidpunkten hade referenspriser högre än 3000 kronor.

<sup>2</sup> Patientens pris utgör alltså vårdgivarens pris med avdrag för statliga subventioner.

Emellertid har införandet av den nuvarande metoden inneburit att tandvårdsindex behäftats med ett påtagligt säsongsmönster där index ökar succesivt till och med juni, för att sedan brant minska i juli (när ATB förnyas) och därefter öka under resten av året. Denna belägenhet var känd redan innan införandet och beskrevs ingående i den föregående omnämnda promemorian. Förklaringen ligger i att de flesta patienters tandvårdskonsumtion i mycket stor utsträckning betalas med ATB, vilket även syns i den stora omfattningen av nollpriser.

## 2.2 Transaktionsdata

Transaktionsdata erhålls från Försäkringskassan på månadsbasis. Underlaget från Försäkringskassan inkluderar bland annat uppgifter över vilka tandvårdsåtgärder som utfördes under enskilda besök, åtgärdernas individuella priser enligt tandläkarens egen prislista, åldern på tandvårdspatienten, det belopp som betalades av högkostnadsskyddet, det totala priset för besöket före subventioner, det totala priset för besöket efter subventioner samt beloppet av allmänt och/eller särskilt tandvårdsstöd som användes.

## 2.3 Statligt tandvårdsstöd

Svensk vuxentandvård finansieras till stor del genom det statliga tandvårdsstödet. Varje vuxen person som är bosatt i Sverige beviljas ett årligt allmänt tandvårdsbidrag (ATB) som automatiskt används vid besök på en tandläkarklinik (med undantag för vissa behandlingar, främst estetisk tandvård). Det allmänna tandvårdsbidraget förnyas den första juli, vilket medför ett påtagligt säsongsmönster eftersom den genomsnittliga patienten betalar en väsentligt lägre andel av vårdkostnaderna ur egen ficka när ATB-kontot nyligen fyllts på. Utöver det allmänna tandvårdsbidraget finns det också två andra former av statligt tandvårdsstöd; det särskilda tandvårdsbidraget som endast kan beviljas sökande som lider av vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar (och som dessutom själva aktivt ansöker om denna förmån), samt högkostnadsskyddet. År 2022 uppgick det statliga tandvårdsstödet till 6,9 miljarder kronor, varav 4,7 miljarder (69 procent) härstammade från högkostnadsskyddet medan ATB stod för 2,1 miljarder (30 procent) (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, 2023).

## 2.4 Nuvarande konstruktion för tandvårdsindex

Inom nuvarande KPI-konstruktion (och HIKP-konstruktion) definieras produkterbjudanden som *det genomsnittliga priset för en kombination av åtgärder som enskilda patienter (inom en viss åldersgrupp) betalat för vid ett*

och samma besök hos en och samma tandläkarmottagning. Produkter definieras alltså som *åtgärdscombinationer*, och deras genomsnittspriser är beräknade utifrån faktiska transaktionspriser. För ett givet produktbudande gäller vidare att det observerade transaktionspriset är identiskt med summan av åtgärdernas listpriser minus eventuella statliga subventioner (se ekvation 4, sid 7). Denna sistnämnda egenskap uppfyller de krav som ställs på KPI respektive HIKP angående hantering av offentliga subventioner av tjänster som delvis betalas av konsumenterna själva.

En klar fördel med den nuvarande produktdefinitionen är att en viss åtgärdscombination kan betraktas som en specifik behandling. Ett exempel på att detta synsätt återfinns på TLV:s hemsida *tandpriskollen.se* där konsumenter kan se hur olika vårdgivares behandlingspriser förhåller sig till behandlingarnas referenspriser. På nämnda hemsida kan man exempelvis välja behandlingen ”Basundersökning hos tandhygienist och tandstensborttagning” och därefter se vad en sådan behandling haft som medianpris hos ett urval av olika vårdgivare på den egna orten. I det aktuella exemplet antar TLV att behandlingen (det vill säga *åtgärdscombinationen*) består av åtgärderna 111 och 341 (”basundersökning utförd av tandhygienist” respektive ”behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, mindre omfattande”).

### 3. Metod

Det kan med anledning av den nuvarande metodens enkelhet och konkreta koppling till specifika behandlingar tyckas som att det vore lämpligast att fortsätta definiera produkter som just åtgärdscombinationer, men detta skulle medföra en påtagligt ökad undertäckning eftersom åtgärder inom olika COICOP5-grupper kan förekomma under ett och samma besök. Med andra ord, om man vill bevara den direkta kopplingen mellan transaktionspris och åtgärdscombination så behöver man alltså gallra bort de tandvårdsbesök där åtgärder från olika COICOP5-grupper förekommer. Detta hade medfört att omkring 21 procent av alla ärenden måste filtreras bort (och dessa ärenden motsvarar i sin tur strax över 21 procent av konsumtionen). En sådan filtrering skulle på ett betydande sätt minska den totala vikten för det kommande COICOP5-aggregatet *Förebyggande tandvård*<sup>5</sup>, och då denna typ av tandvård har ett betydligt starkare säsongsmönster än *Annan öppen tandvård* så skulle detta medföra att COICOP4-indexet (under 2025) utvecklas i motsatt riktning gentemot sitt

---

<sup>5</sup> Ungefär en tredjedel av all konsumtion av förebyggande tandvård sker nämligen inom ärenden där även åtgärder inom den andra COICOP5-gruppen (Annan öppen tandvård) förekommer.

historiska säsongsmönster även om den egentliga prisutvecklingen är helt neutral.

Vi har därför valt att bortse från denna ansats och i stället avgränsat oss till att utreda för- och nackdelar hos metoderna A respektive B (vilka beskrivs utförligt härnäst).

### 3.1 Beskrivning av metod A och metod B

De två metoderna relaterar till val av produktdefinition enligt schemat nedan.

**Metod A:** *nettopris per individuell tandvårdsåtgärd.*

**Metod B:** *nettopris per kombination av tandvårdsåtgärder av samma COICOP5-grupp.*

Alternativen bygger båda på att en faktor ( $F$ ) för *andel egenfinansiering* multipliceras med antingen listpriset för en enskild åtgärd (i fallet med metod A) eller summan av listpriser av samma COICOP5-grupp (i fallet med metod B). Denna faktor ges som

$$F = \frac{P_N}{P_B}, \text{ där} \quad (1)$$

$$P_N := \text{nettokostnaden för alla åtgärder som ingår i ett besök, och} \quad (2)$$

$$P_B := \text{bruttokostnaden för alla åtgärder som ingår i ett besök.} \quad (3)$$

Eftersom en tandvårdspatient betalar för alla åtgärder vid samma tillfälle så har man att  $P_N$  är ett observerbart pris, och detta pris kan beräknas som

$$P_N = P_B - \text{ATB} - \text{STB} - \text{HKS}. \quad (4)$$

Termerna ATB, STB och HKS i föregående identitet avser eventuella bidrag från staten där ATB är *allmänt tandvårdsbidrag*, STB är *särskilt tandvårdsbidrag* och HKS är *högkostnadsskydd*. Bruttopriset  $P_B$  är i sin tur identiskt med summan av de ingående åtgärdernas listpriser, och kan skrivas som

$$P_B = \sum_{x \in S} P(x), \text{ där } S \text{ är mängden av åtgärder som ingår i besöket.} \quad (5)$$

### 3.2 Exempel givet de tre metoderna

Följande exempel illustrerar skillnaden mellan A, B och nuvarande metod. Observera att i alla de tre fallen beräknas (för varje mottagning och åldersgrupp) ett månatligt genomsnittspris per produkterbjudande.

- Säg att Per går till tandläkarmottagningen Tandexperten och betalar för åtgärds kombination XYZABC. Han gör detta i februari. Per är 45 år gammal, och ingår därför i åldersgrupp 2.
- Per betalar 1000 kronor ur egen ficka, medan Försäkringskassan betalar 500 kronor.
- Åtgärderna X, Y och Z ingår i COICOP5-gruppen *Förebyggande tandvård* (06.2.2.1) medan åtgärderna A, B och C ingår i COICOP5-gruppen *Annan öppen tandvård* (06.2.2.9).
- **Nuvarande metod:** Eftersom  $\{X, Y, Z\}$  och  $\{A, B, C\}$  ingår i olika COICOP5-grupper så kommer åtgärds kombinationen *inte* kunna inkluderas i urvalsramen för tandvårdsindex *när vi anpassat KPI till det nya COICOP-systemet*. Innan dess skulle dock åtgärds kombinationen kunna ingå i urvalsramen, och då betraktar vi  $P_N$  (ekvation 4) som ett observerat pris för produkterbjudandet ”åtgärds kombination XYZABC hos Tandexperten (*utförd för åldersgrupp 2*)”, och beräknar så småningom ett genomsnittspris för detta produkterbjudande baserat på alla tandläkarbesök hos Tandexperten den givna månaden.
- **Metod A:** Vi beräknar först egenfinansieringsfaktorn  $F=1000/1500$ , dvs  $F=2/3$ . Produkterna är i detta fall de enskilda åtgärderna, dvs elementen i mängden  $\{X, Y, Z, A, B, C\}$ . Därefter multiplicerar vi vårdgivarens listpris (för godtyckligt vald åtgärd, t.ex. åtgärd X), och betraktar detta som en observation av produkterbjudandet ”åtgärd X hos Tandexperten, utförd på patient i åldersgrupp 2”. I produktionssystemet kommer sedan Pers köp av åtgärd X ha bidragit till det observerade *genomsnittspriset inom åldersgrupp 2* för denna åtgärd hos Tandexperten under aktuell månad. Upprepa denna procedur för övriga åtgärder (givet att åtgärderna finns med i urvalsramen för Tandexperten). När vi gjort detta för alla patienter (*i samma åldersgrupp*) som besökte Tandexperten under februari så kan vi beräkna genomsnittspriser för varje enskild åtgärd, och dessa genomsnittspriser är alltså vad som visas för enskilda produkterbjudanden i produktionssystemet.
- **Metod B:** Vi beräknar återigen  $F=1000/1500=2/3$ , och även denna gång multipliceras denna faktor med vårdgivarens listpriser för enskilda åtgärder. Skillnaden är att produkterna i detta fall består av åtgärds kombinationerna XYZ och ABC, dvs mängden av produkter är  $\{XYZ, ABC\}$  och har alltså blott två element i stället för sex. Priset för åtgärds kombinationen XYZ kommer i detta fall att vara  $F*(P_{[X]} + P_{[Y]} + P_{[Z]})$ , där  $P_{[k]}$  avser vårdgivarens



listpris för åtgärd  $k$ . På motsvarande vis har man att priset för åtgärdscombinationen ABC är  $F^*(P_{[A]} + P_{[B]} + P_{[C]})$ .

Exemplet visar hur nuvarande metod är unik i egenskap av att det månatliga snittpriset för godtyckligt produkterbudande beräknas utifrån en uppsättning tandvårdsbesök där samtliga besök är knutna till *en och endast en* mängd av åtgärder (t.ex. är uppsättningen tandvårdsbesök som inkluderar produkterbudandet "åtgärdscombination XYZABC hos Tandexperten" i samtliga fall knutna till mängden  $\{X, Y, Z, A, B, C\}$ ). Man skulle därmed kunna förvänta sig att ett index aggregerat till COICOP4-nivå baserat på nuvarande metod är avsevärt mindre volatilt än ett COICOP4-index baserade på metod A eller B, i och med att de två sistnämnda metoderna beräknar snittpriser utifrån ett heterogent universum av åtgärdscombinationer (t.ex. skulle uppsättningen av besök med förekomst av produkterbudande "åtgärd X hos tandexperten" kunna inkludera både  $\{X\}$  och  $\{X, A, B, C\}$ ). Denna farhåga tycks dock inte bekräftas av våra data när metoderna jämförs med varandra. I nästa avsnitt illustreras detta för tandvårdsindex på COICOP4-nivå beräknat för åren 2021 och 2022.

## 4. Resultat

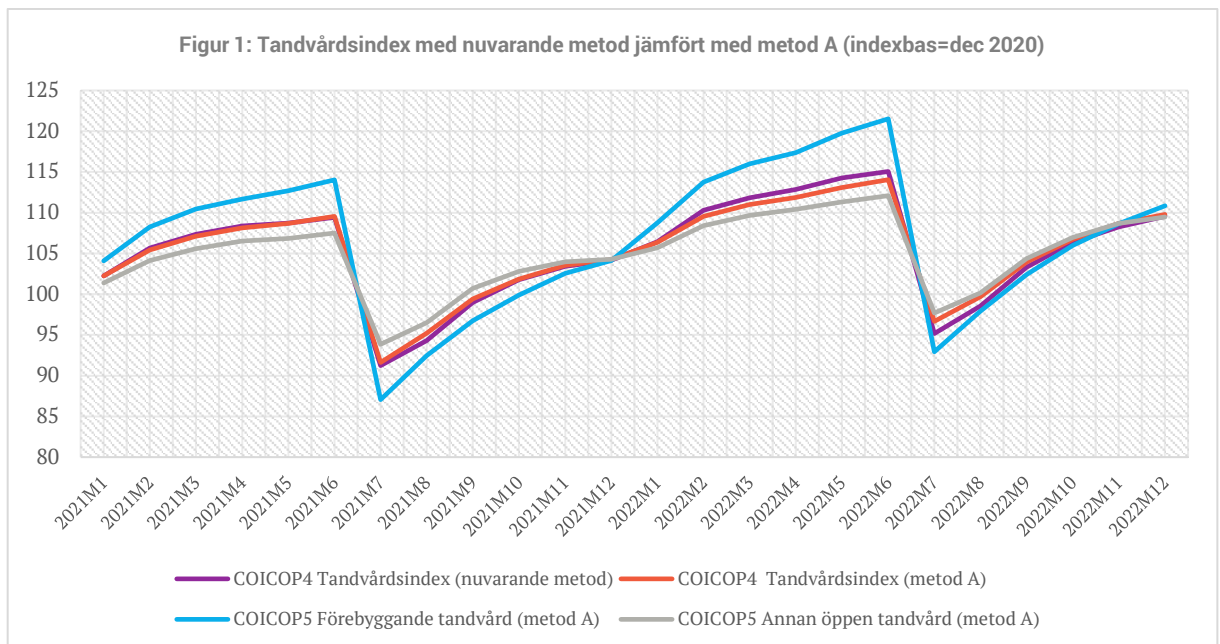
För att exemplifiera likheterna i indexutfall på COICOP4-nivå så följer nu en jämförelse mellan de två förslagen A och B i relation till nuvarande metod. I båda figurerna representerar den lila grafen nuvarande indexserie på COICOP4-nivå, men med basperioden bestämd till december 2020. Vi har alltså inte filtrerat bort ärenden som inkluderat åtgärder av olika COICOP5-aggregat utan valt att inskränka jämförelsen till skillnader i utfall mot publicerat index.

De orangea graferna visar vad motsvarande indexserie hade blivit ifall metod A respektive B hade tillämpats i stället för nuvarande metod, där den första figuren visar utfallet med A och den andra figuren motsvarande utfall fast för B. I respektive figur svarar den ljusblå grafen mot COICOP5-index för *Förebyggande tandvård* (den omsättningsmässigt mindre av de två aggregaten) medan den grå grafen representerar indexserien för *Annan öppen tandvård*.

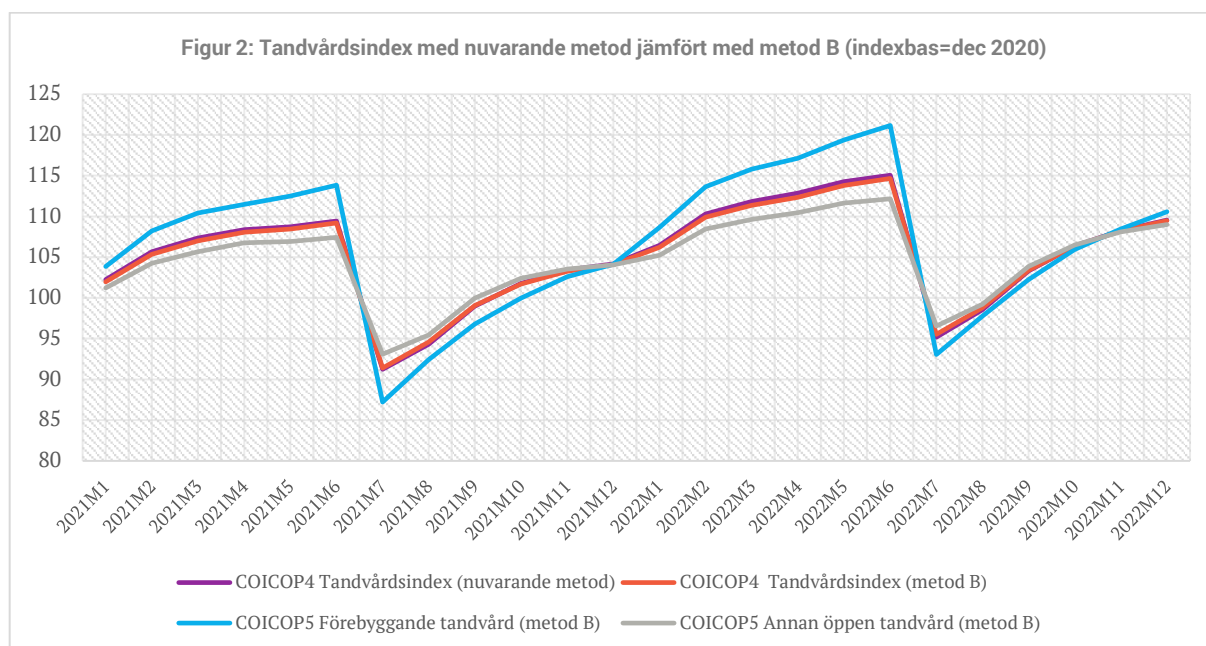
I båda fallen har indexserien på COICOP4-nivå erhållits genom geometrisk aggregering av de två ingående COICOP5-aggregaten. Vi har valt att göra så för att öka jämförbarheten med nuvarande metod, men vi anser att det egentligen är mer lämpligt att tillämpa aritmetisk aggregering eftersom de två olika typerna av tandvård inte kan anses vara substitut till varandra. Förslagsvis införs en princip om aritmetisk aggregering av dessa två

COICOP5-aggregat i samband med deras inträdande 2025. Motsvarande COICOP5-serier framtagna med aritmetisk aggregering ger dock snarlika resultat.<sup>4</sup>

Vi ser i båda figurerna hur utfallen för COICOP4-serierna framtagna med metoder A respektive B lägger sig mycket nära publicerat index, och i fallet med metod A blir indexserien i själva verket något mindre säsongsbetonad än den som är framtagen med nuvarande metod. Båda figurer illustrerar därutöver att det finns ett starkt säsongsmönster hos båda COICOP5-aggregaten, samt att detta säsongsmönster är som störst hos det konsumtionsmässigt mindre av de två aggregaten, nämligen *Förebyggande tandvård*.



<sup>4</sup> En möjlig källa till den knappt märkbara skillnaden i COICOP4-index mellan metod A och metod B kan, något förvånande, vara det faktum att vi har tillämpat samma filter vid urvalet av produkterbidanden för båda metoderna. Det aktuella filtret medför nämligen att produkterbidanden vars helårsomsättning år t-1 understiger ett visst belopp inte inkluderas i urvalet för år t. Metod A har ett mindre produktuniversum än metod B, och således blir antalet inkluderade produkterbidanden med metod A något större än för metod B (cirka 10 procent större). Filtret inkluderades utan justeringar eftersom det redan används för tandvårdsindex beräknat med nuvarande metod, men det bör inte innebära några större svårigheter att justera beloppet i filtret så att metod A respektive B ger än mer likartade resultat. Det bör även tilläggas att om man vill bestämma vikterna för aggregaten *Förebyggande tandvård* respektive *Annan öppen tandvård* så att de inte är beroende av valet mellan A och B, så sätter man filtret till noll och summerar därefter ihop nettopristermerna inom deras respektive COICOP5-grupper.



## 5. Diskussion

Utfallen i COICOP4-index åtskjer sig inte på något betydande sätt mellan nuvarande metod och de två alternativa förslagen under förutsättning att prisobservationer från ärenden av blandad typ inte filtreras bort (ärenden där det ingår minst en åtgärd av typen *Förebyggande tandvård* och *Annan öppen tandvård*). Därmed lämnas det ett visst mått av frihet att välja mellan metod A och B utifrån hur deras produktdefinitioner står sig givet KPI:s syfte att utgöra ett betingat levnadskostnadsindex. En fördel med att välja metod A är att det kan befaras att COICOP-klassificeringssystemet kan komma att bli än mer detaljerat i framtida revideringar, och för tandvårdstjänsternas del kan detta i synnerhet ha konsekvenser för COICOP5-aggregatet *Annan öppen tandvård*. Ett annat skäl att välja metod A är att produktdefinitionen därigenom blir densamma som de flesta andra europeiska konsumentprisindex använder sig av.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Inom EU- och EES-området uppger endast Schweiz (utöver Sverige) att tandvårdspriser definieras som priset för en viss behandling. FN:s statistikorgan UNSTAT rekommenderar i sin senaste version av *Consumer Price Manual: Concepts and Methods* (från 2020) att det elementära prisaggregatet inom sjuk- och tandvårdsområdet bör definieras som den enskilda åtgärdens nettopris. UNSTAT noterar i stycke 11.312 (sid 451) att det förekommit kritik gentemot denna rekommendation utifrån ståndpunkten att index byggda på åtgärdspriser klassificerar vårdtjänster utifrån deras inputkomponenter snarare än konsumtionens ändamål. UNSTAT framhärdar dock i att rekommendationen kvarstår, då man anser att den av kritikerna föreslagna behandlingseffekt-ansatsen inte är tillräckligt utvecklad för att kunna tillämpas i dagsläget.

**Tabell 1:** Varje tandvårdsåtgärd har en specifik kod, t.ex. ”101 - Basundersökning, utförd av tandläkare”, och den första siffran i koden anger vilken av de nio åtgärdsgrupperna som åtgärden tillhör.

Socialstyrelsens nio åtgärdsgrupper
100-199 Undersökning, riskbedömning och hälsofrämjande åtgärder
200-299 Sjukdomsförebyggande åtgärder
300-399 Sjukdomsbehandlande åtgärder
400-499 Kirurgiska åtgärder
500-599 Rotbehandlingsåtgärder
600-699 Bettfysiologiska åtgärder
700-799 Reparativa åtgärder
800-899 Protetiska åtgärder
900-999 Tandreglering och utbytesåtgärder

Det finns omkring 200 olika åtgärder inom ramen för KPI, och dessa åtgärder kan delas in i nio olika av Socialstyrelsen definierade åtgärdsgrupper (i tabell 1 listas dessa åtgärdsgrupper). COICOP5-aggregatet *Förebyggande tandvård* inkluderar åtgärder inom två av dessa grupper, medan *Annan öppen tandvård* inkluderar åtgärder inom sammanlagt åtta grupper. Om framtida revideringar av COICOP-systemet skulle inbegripa en mer noggrann uppdelning av tandvårdstjänsterna så tycks det inte vara osannolikt att de nya aggregaten kommer vara uppdelade efter ett system som åtminstone har påtagliga likheter med Socialstyrelsens indelning i nio åtgärdsgrupper. Ju finare en sådan eventuell framtida COICOP-indelning blir, desto färre möjliga åtgärds kombinationer (inom samma COICOP5-aggregat) kommer kunna bildas inom ramen för metod B, och således torde därmed produktuniversumet bli alltmer likt metod A:s produktuniversum.

Om metod A väljs så innebär detta inte att de nio åtgärdsgrupperna tvunget behöver användas för indexkonstruktionen, men däremot skulle det öppna upp möjligheter att bilda mikroaggregat utifrån dessa, om sådana mikroaggregat skulle visa sig vara av värde vid framtida utveckling av tandvårdsindex. Eventuella mikroaggregat publiceras inte av SCB, men kan däremot vara gynnsamma för exempelvis den månatliga granskningsprocessen. Vid val av metod B skulle däremot möjligheterna att på ett meningsfullt sätt använda de nio åtgärdsgrupperna inom indexkonstruktionen minska betydligt, eftersom produktdefinitionen i det fallet medför att antalet möjliga indelningar blir så många som

$$\sum_{1 \leq k \leq 8} \binom{8}{k} + \sum_{1 \leq k \leq 2} \binom{2}{k} = 258$$

till antalet.<sup>6</sup>

## 6. Förslag till nämnden

Vi föreslår att metod A väljs för beräkning av de två nya COICOP5-aggregaten *Förebyggande tandvård* respektive *Annan öppen tandvård* i samband med KPI:s anpassning av tandvårdsindex till ny COICOP-indelning i januari 2026, och att metoden börjar tillämpas inom ramen för nuvarande COICOP-indelning från och med januari 2025 (där två underproduktgrupper införs i de kommande COICOP5-gruppernas ställe). Vidare föreslås att principen för aggregering av dessa två COICOP5-aggregat till COICOP4-nivå sker aritmetiskt och inte geometriskt, eftersom de inte kan förmodas vara substituerbara med varandra.

## Referenser

Björk, H. (2015), ”Hantering av högkostnadsskyddet för tandläkarvård i KPI”, PM till nämnden för KPI, sammanträde nr 252 (maj 2015).

Björk, H. (2016), ”Kassaregisterdata för tandvård i KPI”, PM till nämnden för KPI, sammanträde nr 1 (oktober 2016).

Björk, H. och Ribe, M. (2014), ”Hälsovård: Metodjustering för högkostnadsskydd”, PM till nämnden för KPI, sammanträde nr 251 (oktober 2014).

Johansson, J., Ståhl, O. och Tongur, C. (2020), ”Prisvariabel i mätningen av tandvård”, PM till nämnden för KPI, sammanträde nr 4 (maj 2018).

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2023), ”Uppföljning av tandvårdsmarknaden mellan 2019 och 2022 – avser tandvård inom det statliga tandvårdsstödet”.

---

<sup>6</sup> Eftersom *Förebyggande tandvård* inkluderar åtgärder från två olika åtgärdsgrupper (de två första i tabellen), så skulle vi behöva skapa 3 mikroaggregat inom denna COICOP5-grupp (ett för grupp 100-199, ett för grupp 200-299 samt ett för åtgärds kombinationer med åtgärder ur bägge grupper). På motsvarande vis skulle vi (som mest) behöva skapa 255 miroaggregat för *Annan öppen tandvård*.