

# **KONKURRENS I TANDVÅRDEN**

Rapporten har utarbetats vid byrån för  
offentliga tjänster (byrå III:1)  
Utredare: Peter Delden och Carin Erfors  
Statistiker: Kerstin Westergren

Juni 1993  
Konkurrensverket  
Stockholm  
Dnr 477/92  
ISBN 91-972016-7-7

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>5</b>
<b>1 INLEDNING</b>	<b>9</b>
1.1 Bakgrund	9
1.2 Syfte och genomförande	10
1.3 Definition av konkurrens m.m.	11
<b>2 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER</b>	<b>13</b>
2.1 Försäkringsmarknaden	13
2.2 Konkurrensmarknad - villkor och beteenden	15
<b>3 TANDVÅRDSMARKNADEN</b>	<b>19</b>
3.1 Nuvarande regleringar	19
3.2 Marknadsstruktur	23
3.3 Lokala konkurrensförhållanden 1993	25
3.3.1 Antal kliniker grupperade efter kommunstorlek	26
3.3.2 Tandvård inom Norrbottens län	27
3.4 Erfarenheter av tillämpad reglering	30
<b>4. KONKURRENSFRÅGOR INOM VUXENTANDVÅRDEN</b>	<b>32</b>
4.1 Konkurrensnedvidande faktorer	32
4.2 Barn- och ungdomstandvård	39
<b>5 TVÅ NYA ERSÄTTNINGSMODELLER</b>	<b>41</b>
5.1 För- och nackdelar med olika ersättningssystem	41
5.1.1 Rörlig eller fast ersättning	41
5.2 Nya ersättningssystem	42
5.2.1 Åtgärdstaxa	42
5.2.2 Premietandvård	43
5.2.3 Gemensamma bestämmelser	45
5.2.4 Administrativa konsekvenser	46
5.2.5 Taxeval	46
5.3 Konkurrensfrågor	46
<b>6 KONKURRENSEFFEKTER AV OLIKA ERSÄTTNINGSMODELLER</b>	<b>50</b>
6.1 Allmänna utgångspunkter	50
6.2 Avvägningsproblem	53
6.3 Premietandvård	57
6.3.1 Effekter på branschstrukturen	57

6.3.2	Ett aktörsperspektiv	58
6.3.3	Frisktandvårdsförsäkring i Göteborg	60
6.4	Åtgärdstaxa	61
<b>7</b>	<b>KONKURRENSVERKETS SLUTSATSER OCH FÖRSLAG</b>	<b>64</b>
7.1	Marknadslösning eller reglering	64
7.2	Förslag till åtgärder	67
<b>Bilagor</b>		
1.	Källförteckning	69
2.	Översyn av tandvårdsförsäkringen	71
3.	Folk- respektive privattandvårdens bruttoarvoden	77
4.	Ny konkurrenslag	78
5.	Tandvårdsmarknadens struktur år 1993 - antal kliniker och praktiker	80

## SAMMANFATTNING

### Bakgrund och syfte

Sverige har en internationellt sett god tandhälsa. Det finns dock tecken på att tandvårdssektorn använder mer resurser än andra jämförbara västeuropeiska länder. Inom EG var år 1988 antalet invånare per tandläkare i genomsnitt 2 080 medan motsvarande antal för Sverige var 900.

Tandvårdsmarknaden omsätter årligen omkring 11 miljarder kr. Vården finansieras till 70 % av allmänna medel och till resterande del av patientavgifter. Hälften av all tandvård produceras av folktandvården, vars huvudmän är landstingen och de tre landstingsfria kommunerna. Folktandvården har i det närmaste monopol på barn- och ungdomstandvård samt specialisttandvård. Den förstnämnda vården finansieras med landstingskatt. Specialisttandvården finansieras med ersättning från tandvårdsförsäkringen (statliga medel), patientavgifter och landstingskatt. Privattandvården svarar för ca tre fjärdedelar av all vuxentandvård. Kostnaderna för vuxentandvården delas i princip lika av staten via tandvårdsförsäkringen och patienterna genom deras avgifter.

Enligt Konkurrensverkets principiella inställning bör de fördelar som konkurrens- och marknadslösningar kan medföra i form av bl.a. ökad valfrihet och effektivare resursutnyttjande så långt som möjligt tas till vara inom alla delar av samhällsekonomin, även på sådana områden som det allmänna funnit anledning att reglera. Av detta följer att regleringar inte bör begränsa konkurrensen mer än vad som är nödvändigt för att skydda de intressen som motiverar regleringen.

Syftet med föreliggande rapport är att undersöka och analysera förutsättningar för en avreglering av tandvårdsmarknaden, dvs. en förändring av gällande ersättningsregler och etableringsbestämmelser, för att därmed öka inslaget av konkurrens på marknaden. Konkurrensverkets studie har genomförts med beaktande av ett departementsförslag, (Ds 1993:18) Premietandvård - en effektivare tandvårdsförsäkring, som innebär att det från den 1 januari 1994 skulle introduceras två nya parallella ersättningssystem benämnda premietandvård och åtgärdstaxa. I verkets studie redovisas de åtgärder som måste genomföras för att konkurrensen på tandvårdsmarknaden skall förbättras. Därigenom erhålls en bättre garanti än för närvarande till hög effektivitet och låga tandvårdspriser på tandvårdsområdet.

Premietandvården innebär fast ersättning per patient från försäkringen efter att avtal tecknats mellan patient och tandläkare om tandvård under avtalsperioden mot att patienten erlägger en fast premie. Premien bestäms av tandläkaren i samråd med vårdtagaren och skall fastställas med hänsyn till vårdtagarens ålder och nuvarande tandstatus. Åtgärdstaxan är en reviderad form av nuvarande tandvårdstaxa men där ersättningen från försäkringen utgår per åtgärd och inte enligt nuvarande taxa som en procentuell andel av kostnaderna för slutförd behandling. Förslagen omfattar även ändringar i nuvarande högkostnadsskydd, som har korrigerats med hänsyn till dess nuvarande kostnadsdrivande effekter.

## Konkurrens på tandvårdsmarknaden

### *Generella iakttagelser*

En generell iakttagelse är att den dynamik som en marknadsekonomi skapar, med grundläggande incitament som vinstmöjlighet och konkurshot, delvis satts ur spel på tandvårdsmarknaden. En förklaring är att statsmakterna genom lagstiftning eller regleringar valt att reglera marknadens utbud av tandvårdstjänster samt pris- och ersättningsfrågor. Nuvarande konkurrens mellan privattandläkare och landstingens folktandvård, där sistnämnda ytterst garanteras av skattemedel och därmed har litet eller oftast försumbart ekonomiskt/affärsmässigt risktagande jämfört med privattandläkare, innebär också snedvriden konkurrens på marknaden. Det medför i sin tur bristande möjligheter att åstadkomma en hög effektivitet på tandvårdsmarknaden. Att folktandvården för närvarande kan avgöra graden av konkurrens inom barn- och ungdomstandvården samt specialisttandvård är en ytterligare faktor som bidrar till att avvikelsen mellan dagens tandvårdsmarknad och en fungerande konkurrensmarknad är betydande.

Konsumenterna eller vårdtagarna har oftast ett informationsunderläge i förhållande till producenterna - det råder en informationsasymmetri. Det innebär att konsumenternas förhandlingsposition allmänt sett är svag. Tandvårdsförsäkringens subventioner torde medföra en överrefterfrågan på tandvårdstjänster, bl.a. orsakad av moral hazard (onödigt risktagande hos enskilda vårdtagare), som bidrar till att snedvrیدا resursallokeringen på främst arbetsmarknaden genom t.ex. överetablering av tandläkare i större tätortsområden. Därutöver finns vissa andra faktorer till nackdel för privattandläkarna såsom konkurrenssnedvridande momsregler och utbetalningsrutiner. En översyn av gällande tandvårdsförsäkring och dess ersättningssystem är mot denna bakgrund motiverad.

### *Konkurrenshämmande faktorer*

En slopad behovsprövning, enligt den s.k. begränsningsregeln, av privatpraktiserande tandläkares försäkringsanslutning är ett minimikrav för att åstadkomma mer lika konkurrensvillkor på tandvårdsmarknaden. Begränsningsregeln, som syftar till en jämnare fördelning av tandläkare, har bidragit till att konservera marknadsstrukturen och även visat sig vara direkt kontraproduktiv genom att bl.a. bidra till ett litet utbud av privata tandläkare inom bl.a. vissa glesbygdsområden. De grundläggande olikheterna som gäller mellan folktandvården och privata tandläkare avseende finansiella och kommersiella förutsättningar snedvrider konkurrensen på tandvårdsmarknaden till nackdel för privata tandläkare.

Prissättning av tandvårdstjänster är reglerad. För vuxentandvård fastställer regeringen en s.k. maximitaxa, dvs. taxan får underskridas men inte överskridas. I praktiken motverkar eller hindrar dock maximitaxan priskonkurrens. Erfarenhetsmässigt har det också visat sig att statligt reglerade taxor medför en hög prisföljsamhet på berörda marknader. Hinder för priskonkurrens i tandvården är även av statliga skattesubventioner som medför lägre priskänslighet hos konsumenten.

Diskriminerande utbetalningsregler till nackdel för privattandläkarna har motiverats av att landstingen i egenskap av myndighet förväntas kunna kontrollera sig själva. Privattandläkarnas längre kredit på fordringar gentemot försäkringskassan medför större behov av rörelsekapital och därmed högre kapitalkostnader än för folktandvården. Skillnader föreligger även rörande rutiner för förhandsprövning av omfattande och resurskrävande behandlingsprogram. Privata tandläkares planerade behandlingar omfattas också av en strängare kontroll jämfört med folktandvården. Enligt

Riksförsäkringsverket hanteras dessutom förhandsprövningar mycket olika inom respektive landsting där det även förekommer att enskilda offentliga kliniker kringgår kravet på extern prövning.

Folktandvården har till skillnad från privata tandläkare rätt att göra avdrag för ingående moms. Olika momsregler innebär en konkurrensnedvridning mellan i första hand enskild tandvårdsförvaltning och privata tandläkare. Nuvarande momslagstiftning medför att det är landstingen som avgör hur momsen och berörda konkurrensfrågor skall lösas. Att överlämna denna fråga till landstingen för skönsmässiga individuella lösningar bör enligt Konkurrensverket ersättas av en enhetlig lösning. Statsmakterna har uppmärksammat problemet inom bl.a. tandvårdsområdet och initierat en särskild utredning för att komma till rätta med detta konkurrenshämmande inslag på vårdområdet.

#### *Premietandvård och åtgärdstaxa - vuxentandvård*

I nämnda departementspromemoria (Ds 1993:18) föreslås ett nytt ersättningssystem som motiverats utifrån brister i nuvarande taxesystem. De nya föreslagna ersättningssystemen syftar bl.a. till att korrigera en tidigare negativ vårdstyrande effekt mot för mycket av reparativ vård i förhållande till förebyggande vård och kostnadsdrivande inslag.

Förslaget till ändrad tandvårdsförsäkring innebär, med några undantag, en "omreglering" av tandvårdsmarknadens ersättningssystem som inte möter grundläggande krav på lika spelregler på tandvårdsmarknaden. Undantagen avser förslagen om att slopa behovsprövningen vid anslutning av privata tandläkare till tandvårdsförsäkringen och införandet av gemensamma utbetalningsregler.

Premietandvård, med fast ersättning eller s.k. kapitering, kommer att påverka tandvårdsmarknadens framtida branschstruktur och därmed marknadens produktivitet- och effektivitetsförhållanden. Denna effekt kräver en konsekvensanalys innan fast ersättning provas som generellt system för hela landet. Förslaget kan medföra att tandvårdsbranschen på sikt utvecklas mot en duopolsituation där folktandvården enbart konkurrerar med ett marknadsdominerande och rikstäckande företag (Praktikertjänst AB). Detta innebär en påtaglig risk för låg effektivitet och höga tandvårdskostnader för det allmänna och konsumenterna.

Om det inte säkerställs att folktandvårdens vuxentandvård skapar intäkter enbart på verksamhetens egna meriter, dvs. att verksamheten inte tillförs skattemedel, bör inte övervägas att införa premietandvård eller avgiftskonkurrens. Möjligheterna till korssubventionering mellan barntandvård och vuxentandvård måste således vara eliminerade innan priskonkurrens införs mellan folktandvården och privattandläkarna.

Turordningen bör därför vara att folktandvården först inrättar självständiga resultatenheter med en ekonomisk redovisning som tillåter kontroll och uppföljning av samtliga kostnader och intäkter. Detta klaras bäst om dessa resultatenheter drivs som separata juridiska enheter. Därefter kan övervägas om dessa enheter har förutsättningar i övrigt att agera på en fungerande konkurrensmarknad. Verksamheter såsom forskning och utbildning samt vård som inte kommer till stånd på en fungerande konkurrensmarknad (sjukhustandvård och viss specialisttandvård) bör finansieras i särskild ordning.

#### *Barn- och ungdomstandvård samt specialisttandvård*

Genom tandvårdsmarknadens reglering har skapats en marknad där folktandvården för närvarande svarar för nästan all barn- och ungdomstandvård. För att underlätta nyetablering av privata företag och stimulera till ökad branschdynamik inom denna delmarknad,

dvs. återskapa en konkurrensmarknad, förordar Konkurrensverket en lösning enligt valfrihetsmodellen med införande av tandvårdspeng. Denna peng eller check bör ges ett väl definierat innehåll och vara enhetlig, dvs. omfatta såväl folktandvården som privata vårdgivare. Administrationen av checken bör skötas av en från folktandvården fristående beställarfunktion. Beställarna kan när denna delmarknad har utvecklats från dagens monopolliknande situation till en marknad med ett större inslag av privata vårdgivare på sikt få ett alternativ till en ytterligare konkurrenslösning, nämligen regelbunden anbudstävlan. Barn- och ungdomstandvårdens kostnader och intäkter bör särredovisas inom folktandvården och utvecklingen följas upp såväl kvantitets- som kvalitetsmässigt.

För specialisttandvård råder särskilda förhållanden där vården utgör ett gränsområde mellan tandvård och övrig sjukvård. Gränsen mellan tandvård och sjukvård bör närmare definieras eller klarläggas. Från konkurrens- och effektivitetssynpunkt är det önskvärt att en så liten del av specialistvården som möjligt undandras marknadslösningar. De tandläkare som väljer att genom sin utbildning och praktiktjänstgöring skaffa sig specialistbehörighet bör också få möjlighet att verka som sådan även i privat regi.

#### *Konkurrensverkets förslag till åtgärder*

Då tandvårdsförsäkringen subventionerar tandvården för vuxna och folktandvården dessutom ytterst garanteras av skattemedel saknas för närvarande viktiga förutsättningar för att åstadkomma en fungerande konkurrensmarknad. Därför måste vissa grundläggande åtgärder vidtas för att på sikt åstadkomma mer konkurrensneutrala villkor på marknaden, vilket ger ökad garanti för bättre resursutnyttjande och hög effektivitet inom tandvården. Så bör t.ex. lika momsregler gälla för en och samma verksamhet oberoende av vårdgivarens regitillhörighet. Detsamma gäller hittillsvarande skillnader avseende utbetalningsregler och formerna för förhandsprövning vid vissa vårdarbeten. För att ett modifierat försäkringssystem skall kunna införas på en tandvårdsmarknad, som kännetecknas av så lika spelregler som möjligt för såväl privata som offentliga vårdgivare, krävs i övrigt följande konkreta åtgärdsprogram:

- \* Slopa etableringskontrollen i form av behovsprövning för allmän- och specialisttandläkare.
- \* Omorganisera folktandvården till självständiga resultatenheter, helst som fristående juridiska enheter, med sluten kostnadsredovisning för varje verksamhetsgren.
- \* Inför tandvårdspeng för barntandvården hos samtliga tandvårdshuvudmän. På sikt, när marknadsförutsättningar har skapats, kan även en lösning med regelbunden anbudstävlan komma ifråga.
- \* Upphandla sjukhus- och specialisttandvård genom anbudstävlan.

Tandvårdsmarknaden har under lång tid utmärkts av omfattande regleringar, som kraftigt begränsat konkurrensen mellan marknadens aktörer. Dessa regleringar har medfört att en konkurrensmarknads funktionssätt i väsentliga delar har satts ur spel. Erfarenheter från andra avreglerade områden visar, att det oftast krävs konkurrensfrämjande åtgärder för att få till stånd en fungerande konkurrensmarknad efter att offentliga regleringar har slopats. Kompletteras ÖTF:s förslag till nya ersättningssystem enligt Konkurrensverkets förordade förslag ges bättre förutsättningar för en framtida utveckling mot en marknadssituation kännetecknad av mångfald och kostnadseffektiv vårdproduktion.



# 1 INLEDNING

## 1.1 Bakgrund

Sedan tandvårdsförsäkringen infördes 1974 har tandhälsan kontinuerligt förbättrats. Tandhälsan är i dag god. Den förbättrade tandhälsan har dock inte medfört att kostnaderna har reellt minskat. Sverige tillhör de länder i Europa som använder mest resurser till tandvård. Som exempel kan nämnas att inom EG år 1988 var antalet invånare per tandläkare i genomsnitt 2 080 medan motsvarande antal i Sverige var 900<sup>1</sup>.

Ungefär hälften av all tandvård produceras i offentlig regi. Folk tandvården svarar för i princip all barn- och ungdomstandvård (3-19 år) och för ca en fjärdedel av de vuxna patienternas vård. För resterande andel vuxentandvård svarar privattandvården. Närmare hälften av alla privattandläkare är anställda i serviceföretaget Praktikertjänst AB.

Tandvården finansieras till ca 70 % med offentliga medel. Barn- och ungdomstandvården finansieras helt av landstingsskatt. Tandvårdsförsäkringen omfattar vuxentandvård och ersätter, beroende på omfattning av utförd vård, mellan 30 och 75 % av patienternas kostnader. Resterande belopp finansieras genom patientavgifter.

Tandvårdsmarknaden omfattas av statliga regleringar, som styr marknadens utbud, prissättning och efterfrågan av tandvårdstjänster. Anslutning till tandvårdsförsäkringen är behovsprövad, dvs. vid etablering av privattandläkare prövas om det finns behov av ytterligare tandvård på marknaden. För vård hos tandläkare som inte är ansluten till försäkringen får patienten stå för samtliga kostnader. En anslutning till försäkringen är därmed i princip avgörande för privattandläkarnas etableringsmöjligheter. Tandläkarens ersättning för utförd vård ersätts enligt en centralt fastställd tandvårdstaxa, som reglerar såväl försäkringsersättning som patientavgifter. Taxan torde stimulera en hög tandvårdsproduktion och kan därmed förmodas vara kostnadsdrivande. Ytterligare problem med taxan är att kostnaderna för försäkringen är svåra att förutse och möjligheterna till kontroll av utbetald ersättning är begränsade. Vidare innehåller försäkringen administrativa bestämmelser (förhandsprövning av omfattande behandlingar, längre tidsperiod för utbetalning av ersättning för utförd vård m.m.) som tillsammans med olika momsbestämmelser snedvrider konkurrensen till privattandvårdens nackdel.

En arbetsgrupp inom Socialdepartementet (ÖTF) har nyligen genomfört en översyn av tandvårdsförsäkringen. ÖTF presenterade i mars 1993 förslag på två nya ersättningssystem. Det ena ersättningssystemet utgörs av en reviderad prestationsbaserad taxa och det andra av premietandvård med fast ersättning till vårdgivaren. En ny tandvårdsförsäkring avses träda ikraft från den 1 januari 1994.

Det kommunala självstyret och kommunernas/landstingens ansvar och befogenheter enligt tandvårdslagen (1985:125) medför att sistnämndas agerande ofta kommer i konflikt med målen för konkurrenspolitiken. I Konkurrenskommitténs delbetänkande (SOU 1991:104) Konkurrensen inom den kommunala sektorn anges bl.a. följande typfall av konflikter.

---

<sup>1</sup> Arvidsson, Jönsson, Tandvård i andra länder - vad kan Sverige lära?, 1993

- 1 Kommunen uppträder på marknaden som producent (näringsidkare).
- 2 Kommunen ger ekonomiskt stöd till näringsidkare.
- 3 Kommunen agerar med stöd av lag och fattar beslut om tillstånd etc. (myndighetsutövning).

En grundläggande förutsättning för att åstadkomma en effektiv konkurrens är att aktörerna på marknaden har lika konkurrensvillkor. Kommitténs uppräknade möjliga konflikter, framför allt ovan redovisade skillnader i försäkringens regelverk, bidrar till att privata tandläkare inte konkurrerar på lika villkor med offentlig tandvård. Till bilden hör även att offentlig verksamhet ytterst garanteras av skattemedel. Det sistnämnda medför att offentliga vårdgivare har ett, jämfört med privata konkurrenter, litet eller oftast försumbart ekonomiskt risktagande.

De i dag gällande etableringsreglerna för privattandläkare antas befrämja regional fördelning av befintliga tandvårdsresurser. Införande av konkurrens och valfrihet inom tandvården bör kunna bidra till en ökad garanti för en effektiv tandvård, inklusive en tillfredsställande regional fördelning av tandvårdsresurser, med utrymme för tandvård i såväl offentlig som privat regi. En förändring av dagens etableringspolitik och ersättningssystem mot ett tandvårdssystem som innebär ökad pris- och kvalitetskonkurrens mellan vårdgivare kommer sannolikt konsumenterna till del i form av lägre tandvårdskostnader vid given kvalitet.

## 1.2 Syfte och genomförande

Syftet med denna studie är att undersöka förutsättningarna för en avreglering av tandvårdsmarknaden, dvs. en förändring av gällande ersättningsregler och etableringsbestämmelser, för att därmed öka inslaget av konkurrens. Studien avses utmynna i förslag till förändringar av sådana faktorer såsom prisbildning och skattesubventioner som påverkar aktörernas beteende på marknaden i riktning mot en effektiv konkurrens. Konkurrensverkets studie utgör således en ekonomisk analys av tandvårdsmarknaden med tonvikt på konkurrensaspekterna och vad som därvid är positivt för samhällsekonomin och konsumenterna.

Föreliggande utredning är avgränsad till att i första hand beskriva och analysera nuvarande och framtida ersättningssystem för vuxentandvården från konkurrenssynpunkt. Med hänsyn till vuxentandvårdens nära koppling till specialist- och barntandvården redovisas också dessa vårdformers organisation och finansiering. Avgränsningen innebär således att tandvårdssektorns varumarknader, såsom marknaden för dentalprodukter, inte närmare berörs.

Studien har genomförts med beaktande av ÖTF:s översyn av tandvårdsförsäkringen. Syftet med denna översyn är att bl.a. få fram förslag till alternativa ersättningsmodeller inom vuxentandvården för att skapa bättre incitament till en både effektivare och resurssnålare tandvård. ÖTF:s arbete skall enligt utredningsdirektiven (bilaga 2) bl.a. belysa två alternativa ersättningssystem och avsikten är att en ändrad tandvårdsförsäkring skall träda i kraft den 1 januari 1994. I mars 1993 presenterade ÖTF sitt huvudförslag (Ds 1993:18) Premietandvård - en effektivare tandvårdsförsäkring.

Föreliggande undersöknings empiriska grund utgörs av en beskrivning av det befintliga tandvårdssystemets struktur och funktionssätt. Som grundantagande och utgångspunkt för vidare analys förutsätts avreglering vara en nödvändig - men inte tillräcklig - åtgärd för att åstadkomma effektiv konkurrens. För att uppnå en effektiv konkurrens, som i sin tur förväntas medföra ett effektivt resursutnyttjande och ökad

effektivitet inom tandvårdssektorn, krävs sannolikt ytterligare åtgärder vid sidan av regelförändringar. Bland dessa ytterligare åtgärder framstår införande av möjligheter till priskonkurrens som angelägen. Prisbildningen, inkl. subventionsgrad, har stor betydelse för såväl vårdgivarnas agerande som vårdtagarnas efterfrågan och därmed tandhälsans utveckling. Marknadens incitamentsstruktur, dvs. bl.a. prisbildning och subventionsgrad, kan beroende på dess slutgiltiga utformning både främja respektive hämma förekomsten av en effektiv konkurrens.

Utredningens faktaunderlag baseras på befintlig statistik om tandvårdsmarknaden samt intervjuer med ansvariga tjänstemän inom Riksförsäkringsverket (RFV), Sveriges privattandläkarförening (SPF) och i ett urval av landsting. Inom ramen för utredningen har särskilt studerats verksamheten vid folktandvården i Norrbottens läns landsting. Syftet var att närmare studera tandvård i glesbygd. Vidare har studerats den försöksverksamhet med alternativa ersättningssystem som sedan hösten 1991 bedrivs vid en folktandvårdsklinik i Göteborgs kommun. Slutligen har uppgifter inhämtats via enkät till samtliga tandvårdshuvudmän om främst antal tandvårdskliniker i privat respektive offentlig regi.

I bilaga 1 redovisas de källor (skriftliga och muntliga) som varit av betydelse för Konkurrensverkets utredning.

### 1.3 Definition av konkurrens m.m.

Begreppet konkurrens har i den ekonomiska teorin om "perfekt konkurrens" tilldelats en given innebörd grundad på vissa villkor/antaganden. Konkurrens används i denna studie synonymt med begreppet effektiv konkurrens. Effektiv konkurrens saknar en allmänt vedertagen definition. Ett sätt att definiera vad som avses med effektiv eller en väl fungerande konkurrens är att "utfallet på marknaden är sådant att den kvantitet produceras vid vilken avvikelsen mellan marknadspris och marginalkostnad<sup>2</sup> är så liten som möjligt"<sup>3</sup>. En mer operationell definition har använts i regeringens förslag (prop. 1992/93:56, s. 66) till ny konkurrenslag, nämligen "En effektiv konkurrens kan i princip anses råda på en marknad där antalet säljare inte är för begränsat, de utbudna produkterna inte är för differentierade, företagen inte handlar i samförstånd med varandra och inga väsentliga hinder finns för nyetablering av företag."

Det är givetvis möjligt att associera detta begrepp till effektivitet med innebörd att företagens konkurrens blir insatt i ett mål-medel perspektiv. Enligt detta synsätt skulle det per definition existera ett positivt orsakssamband mellan konkurrens som medel och konsumentnytta som mål.

I föreliggande studie har effektiv konkurrens definierats i enlighet med ovan nämnda proposition. Graden av konkurrens avgörs därmed utifrån det antal kliniker eller tandvårdsföretag inom den geografiska marknad som utgörs av en eller flera kommuner. För konkurrensteoretiska resonemang lämpar sig även övriga nämnda definitioner med direkta kopplingar till begreppet perfekt konkurrens. Detta konkurrensbegrepp kommer därför att användas som utgångspunkt för analyser av nuvarande marknadsförhållanden och aktörsbeteenden.

I den pågående debatten om nya ersättningssystem inom tandvården har innebörden av begreppet tandhälsa hamnat i fokus. Om konsumentnyttan antas vara en funktion av

---

<sup>2</sup> Kostnaden för den sist producerade enheten, dvs. det tillskott till totalkostnaden som uppkommer genom att ytterligare en enhet produceras.

<sup>3</sup> SPK:R 1992:3, Horisontell prissamverkan och marknadsdelning, s. 28.

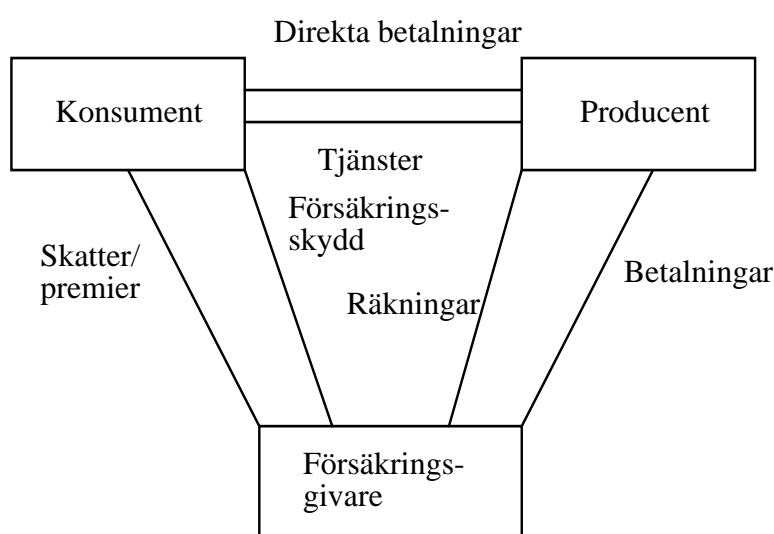
tandvårdstjänsternas relativa nytta, som i sin tur mäts som en sammanvägning av pris och kvalitet, blir frågan vad som är produktkvalitet/tandhälsa. Denna kan t.ex. definieras som att en person har tänderna oskadade vid livets slutskede, dvs. inga tänder är i behov av vårdåtgärder. Är tandhälsa lika med oskadade tänder får detta konsekvenser för hur vårdarbetet skall inriktas och hur tjänstens innehåll respektive kvalitet kommer att bedömas. Tonvikten läggs med ett sådant synsätt vid förebyggande vård. Om tandhälsa görs liktydig med att tandvården i första hand skall arbeta med att behandla uppkomna skador och defekter läggs tonvikten i stället vid reparativ vård. Eftersom konsumentkollektivet som helhet representerar ett vårdbehov där bägge dessa vårdideologier eller synsätt är tillämpliga, har begreppet tandhälsa en flerdimensionell betydelse som inrymmer bägge synsätten. I denna studie förutsätts att konsumentkollektivet efterfrågar såväl förebyggande som reparativ vård.

## 2 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

### 2.1 Försäkringsmarknaden

På en produktmarknad med säljare och köpare är de finansiella relationerna bilaterala och förhållandevis okomplicerade. Denna bild förändras i de fall en tredje part inträder, vilket är fallet på s.k. försäkringsmarknader. Detta illustreras med följande figur.

Figur 2.1 Betalningsmodell för vården



Tredjepartsfinansiering innebär i korthet följande för de tre inblandade aktörerna. Försäkringsgivaren (staten) ger patienterna ett försäkringsskydd mot en ersättning i form av skatter eller aktuariemässigt beräknade premier, dvs. ersättning från försäkringstagaren till försäkringsgivaren efter hur stor försäkringstagarens risk är. Denna ersättning använder försäkringsgivaren för att betala de räkningar som kommer från producenten. De finansiella transaktionerna kan därmed beskrivas som en triangel där andelen direktbetalningar mellan konsument och producent är förhållandevis låg. Parternas intresse av att hålla nere kostnaderna vid val av behandling påverkas i princip av hur stor andel av betalningarna som respektive part svarar för. Ju högre andel betalningarna utgör för försäkringsgivaren desto mindre blir intresset hos producenter och konsumenter att medverka till låga kostnader och därmed kostnadseffektiv produktion.

Förenklat uttryckt bygger idén om försäkring på att utnyttja "de stora talens lag", dvs. att det är många som deltar i försäkringen. På så vis minskar osäkerheten om utfallet för gruppen som helhet och kostnaderna för skyddet utjämnas inom försäkringskollektivet. På marknader där det finns problem med s.k. fripassagerare, dvs. personer som väljer att inte försäkra sig, finns möjlighet att införa obligatorium. Trafikförsäkringen är en obligatorisk försäkring för att garantera att försäkringstagare inte drabbas av oförsäkrade medtrafikanter. Obligatorium inom sjukförsäkringen är inte lika självklart eftersom frånvaron av försäkring för den enskilde i princip endast drabbar denne. Ett annat problem är att det kan finnas vårdtagare som vill försäkra sig men som inte har råd med

premien. Detta problem uppkommer i första hand för personer med hög riskexponering när försäkringarna är aktuariemässigt prissatta. För att undvika att personer med svag betalningsförmåga stängs ute finns möjligheten att från det allmännas sida subventionera deras försäkring.<sup>4</sup>

För att en risk skall vara försäkringsbar skall bl.a. förlusten vara utanför den försäkrades kontroll och vara så kännbar för den enskilde att han eller hon är villig att betala ett pris för att undvika förlusten. Tandvårdsförsäkringen som försäkring har utifrån dessa utgångspunkter ifrågasatts av ekonomer (bl.a. professor Ingemar Ståhl 1985) av främst två skäl. För det första är behandlingen inte entydig givet en viss tandskada utan efterfrågeinriktningen styrs bl.a. av estetiska skäl (estetisk efterfrågan omfattar relativt dyra behandlingar och är därmed sannolikt inkomstkänslig). För det andra kan människor påverka sin risk för tandskador genom förebyggande vård som är lättåtkomlig såväl kunskaps- som prismässigt. Tandvårdsförsäkringen kan därför snarare ses som en subvention av tandvårdskonsumtion och därmed som en konsekvens av ett socialpolitiskt ställningstagande om godtagbar tandhälsa. En subvention leder till ökad efterfrågan. Om priserna är fasta uppkommer ett initialt efterfrågeöverskott. I en kösituation kommer tandläkaren sannolikt att prioritera sitt ordinarie patientklientel. Utökas scenariot med antagande om hög inkomstelasticitet (efterfrågan stiger med ökad inkomst) och låg priselasticitet (efterfrågan är relativt prisokänslig) kommer efterfrågan på tandvård att till stor del bestå av dyrare tandvård hos den befolkning som redan behandlas. Slutsatsen blir att tandvårdsförsäkringens subvention av tandvård, analogt med ovan, inte nödvändigtvis behöver leda till en generell förbättrad tandhälsa.<sup>5</sup>

En effekt av generella subventioner (försäkringen) är s.k. moral hazard. Genom att vårdtagarna är försäkrade mot en viss skada blir deras intresse av att undvika skada mindre, varför riskexponering och skadefrekvens ökar. Det är sannolikt omöjligt att helt undvika förekomsten av moral hazard, men genom att inkludera självrisk i försäkringsvillkoren kan omfattningen begränsas. Om försäkringsersättningen definitionsmässigt är mindre än värdet på skadan, enligt den försäkrades egen värdering, medför skadan således en (upplevd) nettokostnad för den försäkrade.<sup>6</sup>

I ÖTF:s rapport kommenteras ett brittiskt ersättningssystem - Denplan - som bygger på idén om förebyggande tandvårdsarbete där patienterna själva finansierar hela vården. Ersättningssystemet grundas på en fast patientavgift per månad. ÖTF gör följande kritiska uttalande om försäkringsidén.

"Försäkringsbolagens historia har kantats av bolag som inte lyckats förstå att tandvård skiljer sig från sjukvård genom att de flesta försäkringstagare kommer att utnyttja tjänsterna regelbundet, och att därför anspråk ofta kommer att riktas mot bolagen. Försäkringsidén fungerar bäst när ett stort antal människor erlagger små premier så att, om det oväntade inträffar, en liten andel av dem får uppbära ordentliga belopp för att åtgärda ett problem. Tandvård representerar en mycket annorlunda modell."

Innebörden av detta citat är att de stora talens lag inte utgör lämplig grund som ersättningssystem på sjukvårdsområdet. Mot denna något kategoriska slutsats talar det förhållandet att den kommitté (HSU 2000), som för närvarande utreder hälso- och sjukvårdens framtida finansiering och organisation, enligt sina direktiv skall pröva förutsättningarna

---

<sup>4</sup> Söderström Lars, Den offentliga sektorn, s. 320 ff

<sup>5</sup> Westerberg Ingvar, Produktion, produktivitet och kostnader i svensk tandvård, s. 13

<sup>6</sup> Söderström Lars, Den offentliga sektorn, s. 326

för en försäkringslösning. En expertgrupp som ingår i detta arbete har nyligen lämnat ett förslag till kommittén på vilka principer en obligatorisk sjukvårdsförsäkring kan bygga.<sup>7</sup>

I SNS rapport Nya spelregler för tandvården, publicerad i april 1993, presenterar tre författare, Göran Arvidsson (SNS), Bengt Jönsson (Handelshögskolan i Stockholm) och Göran Karlsson (Universitetet i Linköping), en gemensam skiss till principer för ett nytt tandvårdssystem för Sverige. En utgångspunkt för deras studie om ett nytt ersättningssystem är att de ifrågasätter subventionen av vuxentandvården. Förutom att subvention leder till en för hög volym tandvård så medverkar subventioneringen till att vården måste finansieras av skatter eller socialförsäkringsavgifter. Denna finansieringsform är avsevärt dyrare än finansiering via patientavgifter, dvs. att patienterna i normalfallet betalar hela beloppet själv. Det beror bl.a. på skatternas snedvridande effekt på resursallokeringen, främst på arbetsmarknaden för tandläkare. Vidare medför subventionen höga administrationskostnader i försäkringssystemet. Om försäkringsskyddet skall betonas bör enligt författarna subventionerna utformas som ett högkostnadsskydd.

Sammanfattningsvis leder en tredjepartsfinansiering med hög subventionsgrad och låg andel direktbetalningar mellan konsument och producent till bl.a. följande problem:

- a) lågt kostnadsmotstånd hos konsumenter och producenter
- b) moral hazard, dvs. ökad riskexponering hos den enskilde eftersom annan part är med och betalar skadan)
- c) risk för överefterfrågan på grund av subventionerade tjänster och köbildning (det sistnämnda gäller i första hand specialisttandvården)
- d) snedvridning av resursallokeringen, på främst arbetsmarknaden
- e) subvention som finansieringsform är kostsam (s.k. dödvikt).

## 2.2 Konkurrensmarknad - villkor och beteenden

### *Teorin om den perfekta marknaden*

Konkurrens eller effektiv konkurrens har definieras inledningsvis bl.a. som att utfallet på marknaden är sådant att den kvantitet produceras vid vilken avvikelsen mellan marknadspris och marginalkostnad är så liten som möjligt. Ett sådant tillstånd kännetecknas av att företagens möjligheter att t.ex. begränsa sitt utbud i syfte att pressa upp priset gentemot konsumenterna endast leder till att detta företag mister kunder och marknadsandelar. Utrymmet för enskilda företag att agera utan hänsyn till sina konkurrenter är således mycket begränsat. Skulle nämnda avvikelse vara noll är effektiv konkurrens detsamma som perfekt konkurrens.

De antaganden på vilken den perfekta marknaden grundar sig utgör en brygga mellan teori och verklighet. En jämförelse mellan dessa villkor och de förutsättningar som gäller på marknaden för tandvårdstjänster lämnar utrymme för en diskussion kring vilka faktorer som kan verka i en konkurrensfrämjande riktning. Perfekt konkurrens förutsätter i korthet följande<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> SOU 1993:38, Hälso- och sjukvården i framtiden - tre modeller, Rapport från expertgruppen till HSU 2000

<sup>8</sup> Mansfield Edwin, Micro Economics - Theory and Applications, s. 232 ff.

1. En produkt från en säljare är densamma som från vilken annan säljare som helst. Köpare tar inte hänsyn till vem som säljer produkten/tjänsten så länge priset är detsamma.
2. Enskilda säljare och köpare kan inte genom eget agerande påverka produktpriserna.
3. Alla resurser (arbetskraft och kapital) har fullständig rörelsefrihet.
4. Konsumenter, företag och resursägare har fullständig information om relevanta ekonomiska och tekniska data.

Tandvårdsmarknadens avvikelser från dessa (stränga) villkor kan beskrivas från såväl efterfrågesidan som utbudssidan. Följande marknadsekonomiska analys avseende efterfrågan på tandvårdstjänster utgår från den genomsnittliga konsumentens och producentens beteende och deras förutsättningar att påverka sitt agerande.

#### *Efterfrågesidan*

Produkterna är heterogena och uppdelade i olika insatser såsom diagnos, behandling och service/efterbehandling. Konsumentens kunskap som köpare av tjänster är avsevärt lägre än säljarens (tandläkarens) kunskap om tjänsternas relativa nytta (pris och kvalitet). Relationen mellan köpare och säljare bygger mer på förtroende än affärsmässiga överväganden med regelrätta förhandlingslösningar (jämför punkt 1 ovan).

Priserna på marknaden är reglerade och förutsägbara, men priset för en viss tjänst (behandling) är i huvudsak avhängigt läkarens professionella bedömning och inte resultat av patienternas genuina val mellan olika alternativ. Efterfrågan är därmed i hög grad producentstyrd och inte ett utslag av köparens personligt grundade preferenser (jämför punkt 2).

Patienternas fria val av tandläkare har en begränsad inverkan på hur resurserna fördelas mellan olika producenter. Fördelningen av tandvårdsresurser har hittills i stället bestämts av tandvårdssystemets administratörer, som i sin tur är uttolkare av regelverk och politiska mål (jämför punkt 3).

Enskilda personer kan i mycket liten utsträckning förutse sitt (framtida) behov av tandvårdstjänster och heller inte vilka kostnader ett framtida behov ger upphov till. Detta utgör det främsta skälet för tredjepartsfinansiering genom ett försäkringssystem (jämför punkt 4).

#### *Utbudssidan*

Producenternas tjänster är unika och nära förknippade med den patient som behandlas. En påbörjad behandling avslutas i regel hos den läkare som föreslagit behandlingen i det första läget. Däremot kan återbesök i samband med nytt behandlingstillfälle mycket väl innebära att kunden finner anledning att välja en annan producent (jämför punkt 1).

Tandläkarna kan i det nuvarande ersättningssystemet i praktiken endast påverka priset genom val av behandlingsmetod och antal besök eller behandlingstillfällen (undersökningsintervall för patientkretsen). I dessa val är tandläkaren i princip suverän. Det gäller även för klinikerarbetets organisation, dvs. val av produktionsfaktormix och delegering av vissa arbetsmoment såsom instruktion av patienter i tandhygieniska frågor (jämför punkt 2).

Etableringsmöjlighet och kostnaden för etablering samt patienttillgång (förväntad inkomst) är faktorer som påverkar val av etableringsort (jämför punkt 3).



Producenterna har, tillsammans med administratörerna, jämfört med konsumenterna god tillgång på relevant information avseende teknik- och marknadskunskap (jämför punkt 4).

Sammanfattningsvis avviker tandvårdsmarknaden från den perfekta marknadens förutsättningar i följande avseenden:

- produkterna är heterogena
- prissättningen är reglerad
- företagsetableringen är behovsprövad
- patientens framtida vårdbehov är oförutsägbart
- patienten har ett kunskapsunderläge om vårdtjänsternas relativa nytta.

#### *Producenternas mål och förväntade beteende*

Det svenska tandvårdssystemet kan sammanfattas som ett administrativt reglerat system med en begränsad konkurrens mellan olika vårdgivare. En uppdelning av vårdgivare efter sektortillhörighet och därmed ägandeförhållande, dvs. som antingen privat egenföretagare eller offentliganställd tandläkare, kan göras med avseende på (förmodade) skillnader i mål och beteende för respektive tandläkarkategori.

Genom att dela upp dessa producentkategorier och tilldela dem olika målfunktioner, nämligen vinstmaximerande respektive icke vinstmaximerande, erhålls en grund för analys av deras förväntade beteenden. Folk tandvårdens målfunktion kan beskrivas som befolkningens tandhälsa (tandvårdslagen) där tandvårdsklinikerna oftast kan förväntas agera som i första hand kvantitets- och kvalitetsmaximerare, snarare än vinstmaximerare. Detta synsätt grundar sig dels på att offentligt drivna kliniker arbetar i allmänhetens tjänst, dels på att tandläkarna genom sina preferenser kan styra inriktningen på vården både kvalitets- och kvantitetsmässigt. En analys av vad dessa skillnader består av och hur de i sin tur kan påverka inställningen till ökad konkurrens inom tandvårdssektorn har därför direkta kopplingar till syftet med denna studie.

Den s.k. organiska modellen har utarbetats för att förklara icke vinstmaximerande klinikers beteende. Som kvantitetsmaximerare föredras priser som motsvarar de genomsnittliga totala kostnaderna. Temporära avsteg från denna strategi godtas endast under förutsättning att överskottet återinvesteras i syfte att öka den totala produktionen alternativt höja produktiviteten. Kvantitetsmaximering förutsätter därmed i princip kostnadsminimering - en given resursinsats skall generera maximal produktion. Med utgångspunkt från ett givet vårdbehov kan kvalitet enligt kvantitetsmaximeringsteorin ses som ökad serviceintensitet (begreppet har kvantitativa inslag) eller som ökad kvalitet. Ökad serviceintensitet medför inte nödvändigtvis förbättrad tandhälsa och accentuerar frågan om övervård. Inom folktandvården saknas avkastningskrav, dessutom finns heller ingen nämnvärd risk för nedläggning av en tandvårdsklinik, som regelbundet redovisar ekonomiskt underskott. Dessa aspekter bidrar till att offentligt drivna tandvårdskliniker kan avvika från kostnadsminimerande beteende.<sup>9</sup>

Som kontrast till den organiska modellen kan ställas privatpraktiserande tandläkare i egenskap av egenföretagare. För att beskriva egenföretagarens beteende används en s.k. företagsmetafor som säger att målet för egenföretagaren ytterst är vinstmaximering och kostnadsminimering. Mot denna förenklade beskrivning av privattandläkare med små

---

<sup>9</sup> Westerberg Ingvar, Produktion, produktivitet och kostnader i svensk tandvård, s. 13.

mottagningar har anförts att de i praktiken snarast förefaller fatta sina produktionsbeslut i termer av optimal fördelning av tiden mellan arbete och fritid.

Denna medvetet kategoriska uppdelning av tandläkarnas målfunktioner är inte på något sätt är invändningsfri. Av pedagogiska och analytiska skäl är det dock motiverat att göra dessa antaganden för att erhålla utgångspunkter för att studera förväntade beteenden i samband med en eventuell avreglering av tandvården. I föreliggande framställning kommer därför nämnda distinktion mellan folktandvård och privattandvård att ligga som ett implicit antagande.

#### *Konsumenternas mål och förväntade beteende*

Genomsnittskonsumenten förväntas uppträda som rationell ekonomisk beslutsfattare. Det innebär att konsumenten alltid föredrar den vård som bäst gagnar det egna intresset, dvs. rätt vård till lägsta möjliga kostnad. Konsumenten antas också kunna skilja mellan olika produkter med avseende på tjänstens innehåll, dvs. om det handlar om förebyggande vård (resurssnål och därmed billig för konsumenten), reparativ vård (mer resurskrävande insats och därför dyrare) eller protetik (resurskrävande och dyrbar vård för konsumenten i form av t.ex. implantat av konstgjorda tänder). Däremot förmodas konsumenten inte kunna kvalitetsmässigt rangordna olika insatser inom en och samma behandlingskategori. Konsumenten kan heller inte självständigt värdera val av behandlingsalternativ vid en av tandläkaren presenterad diagnos. Vidare har konsumenten dålig eller ofta ingen kunskap om framtida tandvårdsbehov, en kunskap som i första hand är grundad på begränsad kännedom om den egna tandhälsan.

## 3 TANDVÅRDSMARKNADEN

### 3.1 Nuvarande regleringar

#### *Tandvårdslagen*

Tandvårdslagen (1985:125) har utformats med hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som förebild. I likhet med HSL läggs planeringsansvaret på landstingen för både egen och privat tandvård.

Av tandvårdslagens § 5 framgår att "målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Tandvården skall bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård". Det innebär att tandvården bl.a. skall arbeta förebyggande, vara lättillgänglig och av god kvalitet. Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet på området och svarar för tillsyn av tandvården.

Landstingen skall enligt tandvårdslagen i samråd med bl.a. privata vårdgivare planera tandvården inom landstingsområdet och bedriva folktandvård. Planeringsansvaret innebär dock inte att landstingen har rätt att bestämma över privata vårdgivares lokalisering, inriktning eller omfattning av vården. Om exempelvis en privattandläkare lägger ned eller förändrar sin praktik så att patienterna inte får sin tandvård tillgodosedd skall landstingen i stället erbjuda vård. Vidare skall landstingen samverka i tandvårdsfrågor med bl.a. andra samhällsorgan och landsting samt branschorganisationer. Folktandvården skall enligt tandvårdslagens § 7 svara för:

- 1) att barn och ungdomar avgiftsfritt erbjuds regelbunden och fullständig tandvård, dvs. inklusive specialisttandvård, till och med det år de fyller nitton år
- 2) specialisttandvård för vuxna
- 3) övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstingskommunen bedömer lämplig.

Ledningen för folktandvården skall enligt lagens § 11 utövas av en tandvårdsnämnd eller annan nämnd.

#### *Lagens motiv*

I förarbetena (prop. 1984/85:79) presenteras lagens motiv. Av förarbetena till lagen framgår att "barn- och ungdomstandvården bör bedrivas av folktandvårdens egen personal". Motiveringen är: "som i all barntandvård är det viktigt att tandläkaren har förmåga och kompetens för det komplicerade samspel som erfordras för att få barn motiverade för tandvård."

Enligt propositionen finns det situationer, när det kan vara lämpligare att barntandvården utförs av privata tandläkare. Som exempel nämns barn- och ungdomstandvård i glesbygd, där det för barnens skull kan vara mer ändamålsenligt, att landstinget i stället sluter avtal med en privat vårdgivare om att denne skall ombesörja vården.

Vidare anförs skäl till varför folktandvården skall svara för specialisttandvård. Här betonas bl.a. att specialisttandläkarna har en viktig roll i att vara konsulter åt samt att

utbilda tandläkarna inom allmäntandvården. Som ytterligare skäl nämns att folktandvårdens specialister arbetar mer renodlat med specialisttandvård jämfört med privatpraktiserande specialister, som i högre utsträckning även arbetar med allmäntandvård. För specialistkompetens fordras tandläkarexamen samt den vidareutbildning som föreskrivs av Socialstyrelsen. Specialistutbildningen är därmed mer resurskrävande för samhället jämfört med tandläkarutbildningen. Således menar föredragande statsråd att samhällsekonomiska skäl talar för att specialisttandvården bör bedrivas av landstinget med i huvudsak landstingets egen personal.

Tandvårdslagen reglerar inte hur stort ansvar landstinget har för vuxentandvården. Enligt motiven bör målet vara att folktandvården på sikt svarar för minst 35 % av allmäntandvården för vuxna. Vuxentandvården i egen regi har enligt lagstiftaren betydelse för landstingets möjlighet att planera tandvården i landstingsområdet och är ett sätt att ge den egna personalen omväxlande arbetsuppgifter och större erfarenheter på tandvårdsområdet. Folktandvården behöver dock enligt förarbetena inte bedrivas i landstingets egen regi. Vården kan likaväl utföras på entreprenad av privata vårdgivare. I prop. 1992/93:43 "Ökad konkurrens i kommunal verksamhet" framhålls dock att tandvårdslagen varit oklar på denna punkt. Därför har följande tillägg gjorts från den 1 januari 1993 i tandvårdslagen för att stimulera till ökad konkurrens inom barn- och ungdomstandvården.

"Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget och dess folktandvård ansvarar för enligt denna lag."

Sådana uppgifter som hittills har uppfattats innefatta myndighetsutövning, t.ex. landstingets (motsvarande) grundläggande ansvar för bl.a. barn- och ungdomstandvård, har inte berörts av lagändringen. Planeringsansvaret för barn- och ungdomstandvården innebär att landstinget bl.a. skall fastställa och följa upp kvantitativa och kvalitativa mål för vården.

#### *Tandvårdsförsäkringen*

Socialförsäkringarna består av den allmänna försäkringen, delpensionsförsäkringen och arbetsskadeförsäkringen. Tandvårdsförsäkringen, som infördes i samband med en genomgripande reform av tandvården 1974, utgör en del av den allmänna försäkringen. Försäkringen finansieras till 15 % med statsbidrag och till 85 % med sociala avgifter från arbetsgivare och egna företagare. Före tandvårdsreformen fanns inte någon tandvårdsförsäkring. Ett syfte med reformen var att genom ökad tillgänglighet och lägre patientpriser stimulera till ökad tandvårdskonsumtion hos den del av den vuxna befolkningen som aldrig eller mycket sällan besökte tandläkare. Genom införandet av tandvårdsförsäkringen reducerades patienternas kostnader för behandling med 50 % , med undantag för förebyggande tandvård och helproteser som försäkringen ersatte med 75 % av kostnaden. Kostnader för tandtekniskt material ersattes helt av försäkringen.

Vidare skedde en utbyggnad av folktandvården och landstingen fick ett lagfäst ansvar för barn-, ungdoms- och specialisttandvården. Motiv till satsningen på folktandvården var bl.a. att en utbyggnad av tandvården i glesbygderna samt en satsning på förebyggande verksamhet ansågs lättast kunna ske inom ramen för en offentligt organiserad vård.

Reformen medförde en kraftig efterfrågeökning på tandvård som ledde till att kostnaderna för tandvårdsförsäkringen ökade kraftigt på 1970-talet. Under 1980-talet förbättrades tandhälsan allmänt sett och tandvårdsförsäkringens subventionsnivåer sänktes. Det bidrog till att tandvårdskostnaderna stagnerade. I syfte att begränsa kostnaderna ytterli-

gare infördes från den 1 juli 1991 en regel om begränsning av behandlingsperiodens längd till 12 månader. Detta medförde en minskad tillämpning av högkostnadsskyddet inom försäkringen och lägre utgifter för staten. I 1992/93 års budgetproposition (bilaga 6, s. 60) framgår att tandvårdsförsäkringens kostnader för 1993 beräknas uppgå till 3,7 miljarder kr.

För att en privatpraktiserande tandläkare skall föras upp på försäkringskassans förteckning över försäkringsanslutna tandläkare, och därmed bli berättigad till ersättning från tandvårdsförsäkringen, krävs en ansökan som prövas av RFV. Det är RFV som, efter samråd med de lokala försäkringskassorna, privattandläkarorganisationerna och landstingen, beslutar om anslutning beviljas. Landstinget har ingen formell vetorätt. I vissa anslutningsärenden har försäkringskassorna delegerad beslutanderätt. RFV:s och försäkringskassornas beslut grundar sig bl.a. på en bedömning av hur väl behovet av tandläkare är tillgodosett inom berört kasseområde. Tandläkaren förs upp på den försäkringskassas förteckning efter i vilken kommun som verksamheten kommer att bedrivas. I vissa fall är anslutningen tidsbegränsad.

Följande formella krav finns uppställda för anslutning till den allmänna tandvårdsförsäkringen:

- innehav av socialstyrelsens tandläkarlegitimation
- särskild försäkring tecknad för s.k. omgörningar<sup>10</sup>
- särskild prövning av rätten till anslutning skall ha gjorts.

Det sistnämnda kriteriet innebär att en begränsning får ske av antalet anslutna tandläkare till försäkringen. Regeln har sitt ursprung i tandvårdsreformen 1974. Reformen medförde att många tandläkare övergick från folktandvården till privattandvården samtidigt som efterfrågan på tandvård ökade kraftigt. Det fanns ett uppdämt behov av tandvård hos befolkningen. För att minska personalbristen i folktandvården och i avsikt att trygga folktandvårdens behov av tandläkare för barn- och ungdomstandvården infördes (övergångsbestämmelserna till lagen (1973:456) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring) i juni 1974 en möjlighet för RFV att vid behov begränsa nya tandläkares rätt att ansluta sig till försäkringen. Tillgången på tandläkare har ökat sedan 1980-talets början. Dagens s.k. begränsningsregel<sup>11</sup> inom vuxentandvården innebär att anslutning av tandläkare får ske i den utsträckning som behövs för att uppnå en utjämning av tillgången på tandläkare mellan olika delar av landet. Ett ytterligare syfte med regeln är att begränsa kostnaderna för försäkringen inom ramen för det samhällsekonomiska utrymmet. Tandläkare som börjat arbeta som privatpraktiker efter 1975 och som ansöker om att bli uppförda på försäkringskassans förteckning över ersättningsberättigade tandläkare kan således nekas anslutning till försäkringen. I följande situationer medges anslutning till försäkringen.

- Tandläkaren ansluts till försäkringen i stället för en annan tandläkare (ersättningsanslutning).
- Tandläkaren ansluts till försäkringen under en viss tid som vikarie för en annan tandläkare (vikariatanslutning).

---

<sup>10</sup> Försäkring som täcker kostnader för arbete som måste göras om.

<sup>11</sup> Punkterna 8 och 9 i övergångsbestämmelserna till lagen (1973:456) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) samt RFV:s föreskrifter (RFFS 1988:9) om uppförande av tandläkare på förteckning hos allmän försäkringskassa i vissa fall.

- Tandläkaren avser att arbeta i privat tandvård vid sidan av heltidstjänst i folktandvården.
- Tandläkaren ansluts till försäkringen i en kommun, där behovet av tandläkare är uppenbart otillräckligt tillgodosett (nyanslutning).
- Tandläkaren kan i övrigt anslutas till försäkringen om det finns synnerliga skäl för det.

Beslut om anslutning till försäkringen sker i de tre förstnämnda fallen av försäkringskassan och i övriga fall av RFV.

För de kommuner där nyanslutning är utesluten, dvs. där kommunens tandläkartäthet överstiger en tandläkartimme per vuxen försäkrad gäller som huvudprincip, att tandläkare ersätter en tandläkare som har anslutning helt eller delvis. För de s.k. storstadskommunerna runt Stockholm, Göteborg och Malmö gäller att nyanslutning enligt praxis inte kan ske även om enstaka kommuner i denna krets har en låg tandläkartäthet.<sup>12</sup> Som exempel kan nämnas att tandläkartätheten enligt uppgifter från RFV avseende 1991 var högst i Stockholms stads kommun med 3,17 och lägst i Ydre kommun (Östergötlands län) med 0,35 (uppgifter om bl.a. tandläkartätheten över samtliga kommuner återfinns i bilaga 5).

Antalet anslutningsansökningar har, enligt uppgift från RFV, under den senaste femårsperioden i runda tal uppgått till i genomsnitt ca 500 per år, varav ca 200 har handlagts av försäkringskassorna och resterande ca 300 av RFV. I genomsnitt överklagas ett femtiotal ärenden per år.

#### *Tandvårdstaxan och tillämpningsföreskrifter*

Tandvårdstaxan (1973:638) reglerar den andel av tandläkararvodet som försäkringskassan skall utbetala till ansluten tandläkare i form av tandvårdsersättning respektive storleken på den avgift som patienten betalar direkt till tandläkaren. Försäkringsersättningen tillsammans med patientavgiften finansierar de försäkringsanslutna privattandläkarnas verksamhet liksom den offentliga vuxentandvården. Landstingets vuxentandvård erhåller vid sidan av nämnda ersättningar även skattemedel i varierande utsträckning. Uppgifter om hur stor andel av vuxentandvårdens dagliga drift som erhåller skattemedel har inte funnits tillgängliga och kan därför heller inte redovisas i denna studie.

Regeringen fastställer tandvårdstaxan efter förslag av RFV. Förslaget föregås av överläggningar med Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Tandteknikers Riksförbund och Landstingsförbundet. Taxan fastställs för högst två år i sänder. Den nu gällande taxan trädde ikraft den 1 juli 1992 och en mindre uppjustering görs från den 1 juli 1993.

Tandvårdsförsäkringen ersätter patientens kostnader med 30 % upp till 3 000 kronor och med 50 % i intervallet 3 000 - 7 000 kronor. Tandvårdskostnader som överstiger 7 000 kronor ersätts med 75 %. Resterande belopp betalar den försäkrade till tandläkaren genom en patientavgift. Barn- och ungdomstandvården är avgiftsfri och omfattas inte av tandvårdsförsäkringen.

Tandvårdstaxan är en s.k. maximitaxa och innehåller således bestämmelser om det högsta belopp som tandläkare får tillgodogöra sig. Arvodet baseras i huvudsak på utförd behandlingsåtgärd samt till viss del på tidsåtgång, dvs. i praktiken ersättning efter löpande räkning. De tandläkare som inte är anslutna till försäkringen är inte bundna av tandvårdstaxans bestämmelser. Det innebär att dessa själva kan bestämma över arvodets storlek och att patienten får stå för hela kostnaden.

<sup>12</sup> RFV, skrivelse 1993-03-25 från enheten för vårdersättning.

Vid utbetalning av arvode enligt tandvårdstaxan tillämpas olika regler för privata respektive offentliga tandläkare. Enligt RFV:s föreskrifter (RFFS 1980:22) skall privatpraktiserande tandläkare vid behandlingsperiodens slut redovisa kostnader för utförd tandvård till försäkringskassan genom en samlingsräkning och underlag för denna i form av tandvårdsräkningar för färdigbehandlade patienter. Därefter utbetalas ersättning. I de fall behandlingen beräknas pågå mer än ett år får tandläkaren upprätta delräkningar. Till skillnad från privattandläkare erhåller folktandvården ersättning varje månad oavsett behandlingsperiodens längd. I regel lämnar folktandvården inte specifikationer som underlag till utbetalning av ersättning.

Tandvårdstaxans § 14 föreskriver att tandläkaren vid vissa behandlingar skall begära förhandsprövning av behandlingsförslaget hos försäkringskassan. Avsikten med denna prövning är att rådgivande tandläkare inom folktandvården, knutna till kassan, skall ge sin syn på och kontrollera om föreslagen behandling är motiverad och därmed skydda patienten och försäkringen mot onödiga kostnader. Vidare skall förhandsprövningen vara ett stöd för tandläkaren. Tandläkare kan även på eget initiativ begära prövning av omfattande och svårbedömda behandlingar. I de fall patienten önskar annan behandling än den som tandläkaren avser att utföra kan patienten på eget initiativ begära förhandsprövning. RFV får föreskriva om undantag från det obligatoriska kravet på förhandsprövning samt bestämma om ytterligare förhandsprövning. Folktandvården har, förutom för s.k. § 9-fall<sup>13</sup>, givits generellt undantag från obligatorisk prövning. Motiv som anförts för detta undantag är att folktandvården förväntas utföra motsvarande prövning internt.

Antalet externa förhandsprövningar uppgår enligt RFV till ca 100 000 per år, varav ca 5-10 % utgörs av § 9-fall. Av de förhandsprövningar som handläggs av försäkringskassans förtroendetandläkare godkänns mellan 98 och 99 %. Även om förhandsprövningen av detta skäl kan förefalla onödig har den enligt RFV sannolikt en preventiv verkan, dvs. tandläkarna skickar bara in sådana förslag som är väl genomtänkta.

## 3.2 Marknadsstruktur

### *Allmänt*

Tandvårdsmarknaden omsätter ca 11 miljarder kronor per år och finansieras till ca en tredjedel av vardera patientavgifter, tandvårdsförsäkring och landstingsmedel. Vuxentandvården svarar för ca två tredjedelar av omsättningen, medan barn- och ungdomstandvården står för resterande del.

Ungefär hälften av all tandvård utförs av folktandvården. Med folktandvård avses den tandvård som landstingen enligt tandvårdslagens (1985:125) 7 § har skyldighet att svara för, dvs. all tandvård för barn och ungdomar till och med 19 års ålder, specialisttandvård och allmäntandvård åt vuxna i lämplig omfattning.

Antalet tandläkare uppgick 1990 till ca 12 000 varav ca 9 000 utövade yrket. Drygt hälften eller ca 5 100 av antalet verksamma tandläkare tjänstgjorde inom den offentliga tandvården, varav ca 300 arbetade både i offentlig och privat regi.

### *Marknaden för barn- och ungdomstandvård*

---

<sup>13</sup> Tandvårdsbehandling till följd av medfödd missbildning och defekter som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet m.m.

Barn- och ungdomstandvården finansieras av landstingsskatt. Här är det således i praktiken frågan om ett finansiellt monopol. Privata tandläkare utför barn- och ungdomstandvård på entreprenad i begränsad omfattning inom hälften av tandvårdshuvudmännens ansvarsområden. Det innebär att vårdavtal upprättas mellan landstinget och den privata vårdgivaren. System med fritt val för patienter mellan 3-19 år att välja mellan privat och offentlig vårdgivare har införts hos 6 av 26 huvudmän. För att ge en uppfattning om denna delmarknads storlek kan följande jämförelser vara av intresse. För en heltidsarbetande tandläkare krävs ett minimiunderlag motsvarande ca 1 000 barn- och ungdomspatienter. Under 1991 behandlade folktandvården totalt 1 464 400 patienter under 20 år.

#### *Marknaden för vuxentandvård*

Vuxentandvården omsatte 1992 ca 8 miljarder kronor, varav ca 3,8 miljarder finansierades av tandvårdsförsäkringen och ca 4,2 miljarder täcktes av patientavgifter. Huvuddelen av tandvårdsförsäkringens kostnader utgörs av ersättning till privatpraktiserande tandläkare. Dessa svarar för ca tre fjärdedelar av de vuxna patienternas vårdbehov. Privatpraktiserande tandläkare som är anslutna till den allmänna tandvårdsförsäkringen har som huvudregel endast rätt att arbeta i den kommun och kassaområde han avser att bedriva verksamhet. Enligt lagen om allmän försäkring (1968:381), AFL, utges ersättning för tandvård enligt tandvårdstaxan (1973:638). Privatpraktiserande tandläkare som inte är anslutna till försäkringen behöver inte följa bestämmelserna i AFL eller i tandvårdstaxan. Patienter som vänder sig till denna kategori betalar själva hela kostnaden. Denna kategori utgör enligt uppgift från Privattandläkarföreningen endast ett fåtal av det totala antalet verksamma tandläkare varför dessa inte behandlas närmare i denna rapport.

Under perioden 1 juli 1990 till 30 juni 1991 erhöll folktandvården ett bruttoarvode, inklusive tandhygienist- och sköterskearvode samt debitering enligt normaltaxa för specialisttandvård, motsvarande 1,65 miljarder kr.

Bruttoarvodet för privata tandläkare var för motsvarande period 3,68 miljarder, exklusive specialisttandvården som debiteras enligt särskild specialisttaxa. Offentliganställda tandläkare med specialistkompetens tillämpar samma taxa som allmäntandläkarna. Det totala antalet försäkrade patienter uppgår till ca 5,5 miljoner.

I bilaga 3 redovisas folktandvårdens och privattandvårdens uppburna bruttoarvode, inklusive privattandvårdens specialisttandvård, för perioden 1990-07--1991-06.

#### *Marknaden för specialisttandvård*

Specialisttandvård för barn- och ungdomar sker i princip helt i offentlig regi. Inom vuxentandvården finns ett mindre antal privat verksamma specialisttandläkare (ca 100). Det beror på att rätten att tillämpa specialisttaxan är begränsad till i princip endast de tandläkare som vid utgången av år 1972 var verksamma i enskild tandvård. Vidare är rättigheten personlig och inte överlåtningbar. Bruttoarvodet enligt specialisttaxan för perioden 1 juli 1990 till 30 juni 1991 uppgick till 112 miljoner kr.

Specialisttandvårdens sju specialiteter är barntandvård, tandreglering, tandlossningsjukdomar, tandsystemets kirurgiska sjukdomar, rotbehandling, oralprotetik och odontologisk röntgendiagnostik.

#### *Utvecklingstendenser*

För närvarande finns det ca 9 000 verksamma tandläkare. År 2 000 bedöms antalet ha minskat till ca 8 000 och år 2010 till drygt 7 000. Under de närmast kommande decen-



nierna förväntas således en närmare 30-procentig minskning av antalet verksamma tandläkare.

Inom privattandvården var ca 3 900 tandläkare aktiva under 1990. En allmän trend är att antalet "egenföretagare" stadigt minskar, enligt uppgifter lämnade av Privattandläkarföreningen. Detta understryks av det faktum att ca 1 900 av samtliga privattandläkare är anställda inom serviceföretaget Praktikertjänst AB. Det är ett företag som sköter administration, ekonomi m.m. åt de anställda vårdgivarna. Praktikertjänst äger de anställda tandläkarnas mottagningar, som är organiserade som självständiga resultatenheter, dvs. enheternas tandläkare har eget intäkts- och kostnadsansvar.

Mot bakgrund av att Praktikertjänst AB:s starka marknadsställning inom vuxentandvården kan företagets agerande visavi sina anställda tandläkare (som i sin tur fungerar som resultatenheter) under vissa omständigheter, framför allt i frågor som rör kostnadskalkylering och prissättning, komma att i betydande utsträckning påverka konkurrensförhållandena på marknaden för vuxentandvård. För att ett företag med stark marknadsställning skall komma i konflikt med konkurrenslagstiftningen krävs dock att denna marknadsdominans missbrukas, dvs. marknadsdominansen i sig är inte ett förhållande som strider mot vare sig den gällande eller den nya konkurrenslagstiftningen. Den senare träder i kraft från den 1 juli 1993 och beskrivs i korthet i bilaga 4.

År 1980 behandlade folktandvården totalt ca 2,6 miljoner patienter. Andelen patienter som var 20 år och äldre utgjorde ca 34 %. Motsvarande andel för behandlade vuxenpatienter under 1991 var 49,4 % eller 1,7 miljoner vuxna av totalt drygt 3,4 miljoner behandlade patienter. Detta innebär, förutom en volymmässig expansion, att det skett en förskjutning av patientsammansättningen från barn- och ungdomstandvård till vuxentandvård.<sup>14</sup>

Sammanfattningsvis innebär folktandvårdens ökande andel vuxenpatienter att konkurrensen om vuxenpatienterna sannolikt kommer att öka. Effekten av att mindre privatpraktiker slås samman till större enheter verkar i koncentrativ riktning, vilket på sikt kan hämma konkurrensen. Utvecklingen inom barn- och ungdomstandvården går långsamt mot ett ökat inslag av privata vårdgivare, medan trenden inom specialisttandvården går i motsatt riktning, dvs. mot total monopolisering i offentlig regi.

### **3.3 Lokala konkurrensförhållanden 1993**

En utgångspunkt för konsumentens val av tandvårdsproducent är sannolikt den tandläkare som ligger nära hemmet eller arbetsplatsen. Vidare kan förutsättas att en missnöjd patient byter såväl tandläkare som klinik eller mottagning där denne arbetar. Därför har i denna studie samlokaliserade privata mottagningar räknats som en vårdenhet även om lokalerna i fråga omfattat fler än ett tandvårdsföretag.

Folktandvården driver en mer diversifierad verksamhet än privattandläkarna. De sistnämndas verksamhet har för enkelhetens skull klassificerats som endast inriktad på vuxen allmäntandvård (betecknas med A i bilaga 5). Konkurrensverket har vid inhämtande av uppgifter rörande antalet privata mottagningar bortsett från det faktum att privattandläkarna i begränsad omfattning också bedriver barn- och ungdomstandvård samt en mycket begränsad specialisttandvård.

Vid klassificeringen av folktandvårdens kliniker har förekomsten av allmäntandvård varit utgångspunkt. Eftersom det inom folktandvården i betydande omfattning bedrivs

---

<sup>14</sup> Statistisk årsbok för landsting 1992/93, s. 104.

såväl specialisttandvård som sjukhustandvård så har huvudmännen ombetts redovisa såväl renodlade allmäntandvårdskliniker (A) som de kliniker som bedriver blandad verksamhet. Innebörden av det sistnämnda är att specialistkliniker med inslag av allmäntandvård har betecknats ASP medan sjukhustandvård med inslag av allmäntandvård betecknats ASJ och kliniker med samtliga verksamhetsgrenar ASS. Ett viktigt påpekande i jämförelserna mellan privata och landstingskommunala tandvårdsinrättningar är att allmäntandvården i offentlig regi innehåller såväl vuxentandvård som ett betydande inslag av barn- och ungdomstandvård (dock ej kvantifierat).

Hänsyn har inte tagits till hur många tandläkare eller övrig personal som arbetar inom respektive redovisad tandvårdsklinik eller privatmottagning. Vid jämförelser mellan kommuner med ett litet antal tandvårdsinrättningar men flera tandläkare per inrättning finns därför betydande risk för skevheter, dvs. ett skalproblem. Detta måste således uppmärksammas vid jämförelser. Redovisningen ger därför endast en översiktlig bild över konkurrenssituationen på tandvårdsmarknaden, där utgångspunkten är antalet tandvårdskliniker per kommun. Kommunens invånarantal antas spegla efterfrågebilden sett ur tandvårdsproducenternas synvinkel.

Grunden för folktandvårdens lokalisering av tandvårdskliniker är ursprungligen tillgången på barn- och ungdomspatienter. Enligt tidigare tillämpad planeringsnyckel inom den offentligt bedrivna tandvården gällde att 50 % av verksamheten skulle utgöra barn- och ungdomstandvård för att en tandläkartjänst skulle inrättas. För att fylla en halv tjänst krävs ett vårdunderlag på ca 500 barn eller ungdomar. Är underlaget för kliniken 1 000 barn finns utrymme för två heltidstjänster osv. Detta innebär att folktandvårdens infrastruktur inte har planerats efter de vuxna patienterna behov. Däremot förekommer politiska beslut från landstinget om inplacering av offentliga kliniker för att förse glest befolkade områden med tandvård, dvs. servicefrågan (närhet) har i detta fall fått väga tyngre än produktionsekonomiska överväganden.<sup>15</sup>

En redovisning av tandvårdsmarknadens lokala struktur år 1993 görs i bilaga 5. Där framgår antal kliniker per regiform och vissa bakgrundsdata såsom befolkningsunderlag (20 år och äldre) och RFV:s mått på tandläkartäthet.

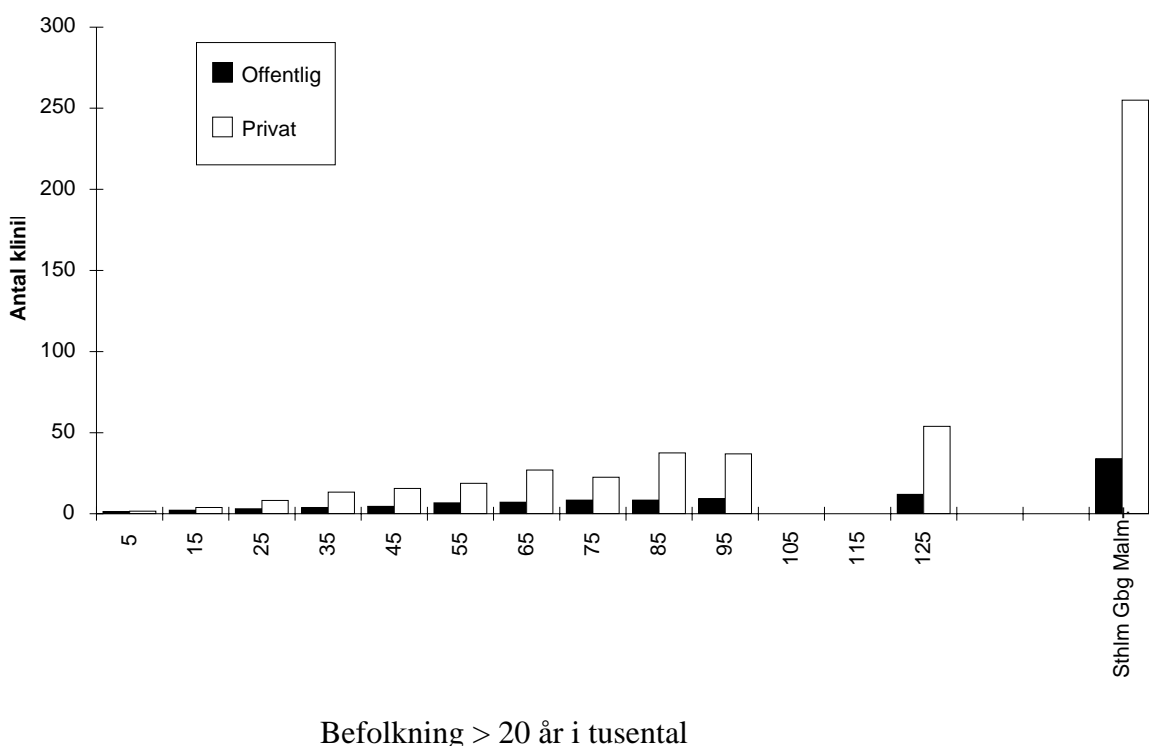
### **3.3.1 Antal kliniker grupperade efter kommunstorlek**

Konkurrenssituationen för den geografiska eller lokala marknad som utgörs av respektive kommun antas vara en funktion av antal tandvårdsinrättningar och deras fördelning mellan folktandvården och privata vårdgivare i förhållande till kommunens befolkning. Vidare förutsätts konkurrenstrycket öka med ökat antal tandvårdsinrättningar och dessutom bero på den inbördes fördelningen mellan de två regiformerna. Det sistnämnda innebär att konkurrenstrycket antas vara högre ju jämnare fördelningen är mellan regiformerna - allt annat lika. På basis av dessa antaganden och förutsättningar redovisas följande översiktsbild som gäller år 1993.

---

<sup>15</sup> Kurt Lindvall, Tandvårdschef Kronobergs län

**Figur 3.3.1 Antal offentliga och privata kliniker/mottagningar grupperade efter kommunstorlek år 1993**



Av figuren framgår bl.a. att antalet privata kliniker/mottagningar ökar i högre grad med ökad kommunstorlek (mätt i tusental invånare) än antalet offentliga kliniker. Det bör understrykas att någon hänsyn inte tagits till enskilda klinikers och mottagningars storlek, dvs. klinikerna/mottagningarna kan inrymma olika många verksamma tandläkare. Antalet enmanskliniker inom folktandvården antas vara färre än inom privattandvården, vilket innebär att staplarna till viss del inte ger en helt korrekt bild av det faktiska utbudet av tandvård. Till bilden hör också att 83 av landets samtliga kommuner har tre eller färre antal kliniker/mottagningar och att 25 av dessa har endast en regiform representerad. I den sistnämnda gruppen av 25 kommuner bedriver folktandvården tandvård i 19. Från konkurrenssynpunkt vore det önskvärt med en jämnare fördelning.

### 3.3.2 Tandvård inom Norrbottens län

Folktandvården svarar för större delen av tandvården inom Norrbotten. All barn- och ungdomstandvård och i det närmaste all specialist- samt sjukhustandvård utförs i folktandvårdens regi. Drygt hälften av de vuxna patienterna behandlas av folktandvården. Resterande del av vuxentandvården utförs av privattandläkare. Det kan jämföras med landet i övrigt där folktandvården svarar för ca en fjärdedel och privattandvården för ca tre fjärdedelar av vuxentandvården.

Inför år 1993 budgeterades ca 106,5 mkr av Norrbottens läns landsting skattemedel till folktandvården. Medlen fördelades enligt följande (tusental kronor):

Folktandvårdsansvar	15 544,7
Barn- och ungdomstandvård	53 000,0
Vuxentandvård	8 000,0
Specialisttandvård	25 000,0
Sjukhustandvård	5 000,0

I kostnadsposten för folktandvårdsansvar ingår kostnader för uppgifter som ankommer på landstinget i egenskap av tandvårdshuvudman såsom tandvårdsplanering, FoU, utbildning av specialist- och AT-tandläkare, uppsökande verksamhet m.m. Vuxentandvården skall vara självfinansierad genom patientavgifter och ersättning från tandvårdsförsäkringen. De 8 mkr som budgeterats för vuxentandvården avser s.k. glesbygdskostnader, t.ex. tandvård vid annexkliniker med begränsat patientunderlag, resekostnader för tandläkare som pendlar och låg produktivitet hos unga nyutexaminerade tandläkare m.m. Av landstingets medel till folktandvården framgår att totalt 83 mkr (53 + 25 + 5) av medlen finansierar verksamheter som drivs helt i egen regi.

**Figur 3.2.2 Norrbottens län**



Privattandläkarna i länet är etablerade i främst städer och större samhällen. Av Norrbottens ca 266 000 invånare bor ca 100 000 inom den s.k. "fyrkanten" (Boden - Kalix - Luleå - Piteå). Drygt två tredjedelar av privattandläkarna är etablerade i denna del av länet. Folktandvården bedriver verksamhet inom samtliga av länets kommuner. I tre kommuner (Arjeplog, Pajala och Överkalix) bedrivs tandvård endast i folktandvårdens regi.

Privattandläkarnas begränsade etablering i delar av länet kan delvis förklaras av politiska och historiska skäl. I Norrbottens glesbygd var tandvården länge outbyggd. Under 1940- och 1950-talet etablerade folktandvården en stor del av sin verksamhet. En bakgrund var befolkningens mycket eftersatta tandvård. I samband med att tandvårdsförsäkringen infördes 1974 ökade efterfrågan kraftigt på tandvård. Enligt ansvariga politikernas uppfattning skulle all tandvård produceras i offentlig regi. Det bidrog till att folktandvården byggdes ut ytterligare. När privata tandläkare i början av 1980-talet ansökte om etablering hindrades dessa genom att tandvårdshuvudmannen och försäkringskassan

hänvisade till att normen för tandläkartäthet, dvs. en tandläkartimme per försäkrad, var uppfylld. RFV:s norm tar inte hänsyn till att tandläkarna i Norrbottens glesbygd ofta är rekryterade direkt från tandläkarhögskolan och på grund av liten erfarenhet av yrket har låg produktivitet samt att tandvårdsbehovet är mycket stort i länet. Det har medfört att behovet av reparativ vård inte har kunnat tillgodosetts. Som ett exempel på normens kontraproduktiva effekt kan nämnas en ansökan om etablering i Kiruna som avslogs mot bakgrund av att RFV:s norm var uppfylld trots att stora behov av vård inte kunde tillgodoses av de etablerade tandläkarna.

Tandvården i Norrbotten präglas av stora vårdbehov och dålig kontinuitet i vården. Hos den vuxna befolkningen över 40 år, i speciellt Norrbottens inland, är tandhälsan sämre än landets genomsnittliga. Det finns stora variationer i hur ofta den vuxna befolkningen besöker tandläkare. En studie av folktandvården 1991 visar att i Luleå kommun, där tandläkartätheten är högst i länet, gick 83 % av den vuxna befolkningen regelbundet till tandläkaren. Motsvarande uppgift för Pajala kommun, som tillhör de kommuner i länet med lägst tandläkartäthet, var 43 %.

Bland invånarna upp till 30 år är tandhälsan ungefär den samma som i övriga landet. Det finns dock stora skillnader mellan olika kommuner inom Norrbotten. En undersökning av tandhälsan hos barn och ungdomar från 1992 visar att tandhälsan varierar med 35 % mellan bästa och sämsta kommun. Därvid har tandhälsa definierats utifrån ett mått på kariesangrepp i olika åldersgrupper. Anledningarna till den dåliga tandhälsan är flera. En orsak är att det under lång tid varit brist på tandläkare och svårt att rekrytera och behålla tandläkare under en längre tid inom länet. En hög rörlighet bland tandläkarna försämrar möjligheten till kontinuitet och tillgänglighet i vården, vilket inverkar negativt på tandhälsan. Ytterligare bidragande orsaker är befolkningens kostvanor och långa avstånd till tandläkare. Antalet invånare per tandläkare har i genomsnitt varit ca 1 600. Motsvarande uppgift för landet som helhet var under 1992 ca 900 invånare per tandläkare.

Svårigheter för tandvårdshuvudmannen att upprätthålla kontinuiteten i vården för patienter i glesbygd beror också på att länet har få "egna" tandläkare, dvs. tandläkare som är födda och/eller uppväxta i länet. Många av de nytutexaminerade tandläkarna flyttar efter några års tjänstgöring i glesbygdsområdena till städerna. Detta gäller såväl privata som offentliganställda tandläkare. Inom folktandvårdens kliniker innanför kustremsan, dvs. inlandet och fjällområdena, är detta ett särskilt stort problem. Enligt länets tandvårdschef är den bästa garantin för att behålla tandläkare att ett tandläkarpar etablerar sig eller att en privattandläkare etablerar verksamhet och "investerar fast sig" i utrustning och lokaler. Av lönsamhetsskäl har dock intresset för etablering i de mest glesbefolkade områdena varit svagt från privattandläkarnas sida.

Ett sätt att underlätta nyetablering av privattandläkare i inlandet skulle enligt privattandläkarföreningen i Norrbotten vara att öppna folktandvårdens monopol på barn- och ungdomstandvård för privat verksamhet genom att tillämpa en tandvårdspeng, dvs. en fast ersättning per barn, tillsammans med ett högkostnadsskydd. Överhuvudtaget anser privattandläkarna att öppnande av denna monopolmarknad är nödvändig för privattandvårdens fortlevnad. Folktandvårdens monopol inom barn- och ungdomstandvården gör att privattandläkarna, till skillnad mot folktandvården, måste satsa resurser på marknadsföring för att få vuxenpatienter. Tandlaget AB, en privatmottagning i Luleå med tre privata tandläkare, har nyligen gjort ett reklamutskick till kommunens samtliga 25-45 åringar, vilket motsvarar ca 30 000 personer, för att försäkra sig om ett framtida patientunderlag. Inom privattandläkarkåren finns även önskemål om att vara med och konkurrera om sjukhustandvård samt att få tillämpa specialisttaxan.

Folktandvården är positivt inställd till ÖTF:s förslag om premietandvård med fast ersättning per patient (kapitering) från tandvårdsförsäkringen. Det leder till en rättvisare fördelning av försäkringens resurser där resurserna fördelas efter patienternas behov och inte efter utbudet av tandvård. Enligt tandvårdschefen skulle premietandvård medföra en högre försäkringsersättning per patient inom Norrbotten jämfört med vad gällande tandvårdstaxa för närvarande ger. Premietandvård skulle därmed skapa utrymme för att ge invånarna en bättre tillgång till tandvård. Detta förutsätter dock att folktandvårdens kostnader för huvudmannskap inte inräknas i premien. Vissa glesbygdskliniker, som inte har full beläggning, kan dock ändå komma att få problem att klara sin ekonomi inom ramen för premietandvårdens ersättningssystem.

Privattandläkarföreningen i Norrbotten anser att premietandvård är ett system för att i första hand hantera storstadsproblem med ökade försäkringskostnader. Systemet är inte anpassat för att hantera variationer i lokalt och regionalt tandvårdsbehov. Premietandvården kommer att ta resurser från de områden (lokala marknader) där behandlingsbehovet är särskilt stort och överföra försäkringsmedel från de vårdbehövande till de friska. Föreningen ser inte ökat risktagande inom premietandvården som något större problem om tandläkaren har upp emot 2 000 patienter. Patienter som redan har många lagade tänder, vilket är normalfallet i glesbygd, kommer att bli riskpatienter i det nya ersättningssystemet. För tandläkare finns dock sannolikt möjligheten att återförsäkra sig mot höga risker genom att teckna en egen försäkring.

Sammanfattningsvis utmärks konkurrensförhållandena inom tandvården i Norrbotten av att folktandvården har monopol på barn- och ungdomstandvården samt i det närmaste monopol på specialist- och sjukhustandvården. Privattandläkarna svarar för knappt hälften av vuxentandvården och är etablerade främst i städer och större samhällen. Stora vårdbehov, nytexaminerade tandläkare med lägre produktivitet och RFV:s norm för anslutning till tandvårdsförsäkringen har bidragit till att efterfrågan på tandvård inte har kunnat tillgodoses fullt ut i vissa av länets kommuner.

### **3.4 Erfarenheter av tillämpad reglering**

Tandvårdsmarknadens redovisade struktur är en konsekvens av de regleringar som definierar folktandvårdens ansvarsområde och som anger efter vilka principer ersättning till vårdgivarna skall ske samt hur denna skall fördelas mellan olika finansieringskällor. En effekt av tandvårdslagets krav på landstingen, att ansvara för planering av tandvård och bedriva folktandvård, är den redovisade överrepresentationen av folktandvården i glesbygd. Kombinationen av folktandvårdens finansiella monopol beträffande barn- och ungdomstandvård samt möjligheten att finansiera driftsunderskott i vuxentandvården med skattemedel har inneburit sämre ekonomiska förutsättningar för privata vårdgivare att etablera sig i mindre kommuner.

Statsmakternas ambitioner att begränsa försäkringsutgifterna genom utbudsreglering har sannolikt bidragit till att konservera marknadsstrukturen och i vissa fall, som i Norrbotten, även visat sig vara direkt kontraproduktiv. Den norm och begränsningsregel som RFV har som utgångspunkt i samband med beslut om eventuell nyetablering har i praktiken inte kunnat styra utbudet mot en jämn fördelning av privata vårdgivare. Koncentrationen av privata mottagningar till storstäder och kranskommuner framgår av ovan redovisade figur (fig. 3.3.1).

På en marknad där konsumenterna endast svarar för en del av kostnaderna - inom vuxentandvården med ca hälften - och det allmänna således har tagit ställning för att

tandvårdskonsumtionen i varierande omfattning skall subventioneras tillkommer en rad marknadsekonomiska problem. Subventioner förutsätter någon form av prisreglering som på tandvårdsmarknaden kommer till uttryck i form av en detaljerad taxa. En del av problemen är också en direkt följd av taxans tekniska konstruktion, t.ex. i form av vårdstyrande effekter med premiering av reparativ vård och automatiskt (kostnadsdrivande) högkostnadsskydd. Utbetalning av allmänna medel kräver någon form av administrativ kostnadskontroll. Denna kontroll sker för närvarande inte på lika villkor mellan folktandvården och privata tandläkare. Dessutom praktiseras olika utbetalningsrutiner för privat och offentlig tandvård till nackdel för privattandläkarna.

Enligt RFV har folktandvården svårigheter inom nuvarande ersättningssystem att ta fram statistik om bl.a. antal patienter, betalningsunderlag och behandlingsperiodernas längd. Genom att folktandvården upprättar tandvårdsräkningar efter varje besök finns t.ex. inga uppgifter om antalet patienter inom folktandvården. Inom privattandvården kan motsvarande uppgifter tas fram eftersom tandvårdsräkningar upprättas först efter avslutad behandlingsperiod. På grund av landstingens bristfälliga statistik har, inom ramen för RFV:s uppföljning av tandvårdsförsäkringens kostnader, inte kunnat klarläggas orsaker till försäkringens kostnadsutveckling och samband med t.ex. inriktning av vården. RFV anser att kostnaderna för försäkringen har ökat väsentligt mer än vad som motsvarar genomförda taxehöjningar och anger som orsak bl.a. problem med konstruktion och tillämpning av tandvårdstaxan. Nuvarande taxa har bl.a. givit utrymme för glidningar i taxan och extra tidsdebiteringar. Dyrare behandlingar till följd av amalgamdebatten och önskemål om kosmetisk-estetisk tandvård, som möjliggjorts till rimlig kostnad inom försäkringen, är andra skäl till försäkringens kostnadsutveckling. Det sistnämnda får stöd av ekonomisk teori, dvs. att tredjepartsfinansiering ger lågt kostnadsmotstånd och överefterfrågan.

Sammanfattningsvis kan således konstateras att tandvårdsmarknaden för närvarande uppvisar en sned resursfördelning mätt som fördelningen av kliniker och marknadsandelar. En starkt bidragande orsak till denna struktureffekt är det allmännas utbudsreglering och ersättningssystem inom respektive delmarknad. Gällande reglering och att tandvårdsmarknadens finansieringsstruktur gynnar offentlig tandvårdsproduktion (särskilt barn- och specialisttandvård) motiverar en närmare genomgång av konkurrensproblemen, inklusive en kritisk analys av förefintliga ersättningssystem inom i första hand barn- och vuxentandvården.

## 4. KONKURRENSFRÅGOR INOM TANDVÅRDEN

### 4.1 Konkurrensnedvridande faktorer

#### *Konkurrensbegränsande regleringar*

Tandvården har betydande inslag av såväl legala (specialreglerade) som finansiella konkurrensnedvridande regleringar. Tandvårdslagen definierar vilka uppgifter folktandvården har och landstingens planeringsansvar. Av förarbetena framgår att lagstiftaren förutsatt att folktandvården har bättre förutsättningar än privata tandläkare att bedriva barn- och ungdomstandvård (se avsnitt 4.2 nedan), medan ett samhällsekonomiskt resonemang kring hur resurserna bäst tas till vara inom specialisttandvården leder till slutsatsen att den företrädesvis bör utföras av landstingsanställda specialisttandläkare. Preciseringar har dock nyligen gjorts för att tydliggöra att driften utan särskilt lagstöd kan utföras av annan än folktandvården vad gäller t.ex. barn- och ungdomstandvård.

För vuxentandvård hos tandläkare som inte är anslutna till tandvårdsförsäkringen får patienten stå för samtliga kostnader. Anslutning till tandvårdsförsäkringen är därför i praktiken en grundläggande förutsättning för privattandläkare att bedriva tandvård.

Vid ansökan om anslutning till tandvårdsförsäkringen görs som tidigare nämnts en behovsprövning med syfte att utjämna tillgången på tandläkare mellan olika delar av landet. Även om den fysiska etableringen formellt inte är reglerad utgör begränsningar i möjligheten till anslutning till försäkringen i praktiken en kvantitativ utbudsreglering och därmed indirekt en etableringskontroll. De etablerade tandläkarna skyddas därmed i viss utsträckning från konkurrens, vilket kan minska incitamenten till rationalisering och hämma utvecklingen inom branschen samt minska patienternas valmöjligheter.

Att vårdproducenter avkrävs kompetensbevis och krav på praktiskt kunnande innan de tillåts utföra tjänsterna i fråga är också en form av utbudsreglering. Denna kvalitativa utbudsreglering är dock acceptabel mot bakgrund av syftet med regleringen, nämligen att säkerställa en viss kunskapsnivå hos tandläkaren, som innebär skydd för konsumentens hälsa och säkerhet.

En viktig utgångspunkt för konkurrensanalys på reglerade områden är att skilja förekomsten av myndighetsuppgifter från näringsverksamhet för att på så vis åstadkomma förutsättningar för ökad konkurrensneutralitet. En renodling av folktandvårdens myndighetsuppgifter, inkl. övriga uppgifter som inte är direkt hänförliga till den dagliga driften såsom utbildning och praktiktjänstgöring, ger förutsättning för att dessa verksamheter kan finansieras i särskild ordning genom anslag. Därigenom kan folktandvårdens konkurrensutsatta verksamheter arbeta under mer konkurrensneutrala villkor än för närvarande där bl.a. driftsbudgeten för vissa delar av vuxentandvården skattesubventioneras. Vidare ges förutsättningar för ett renodlat resultatansvar.

Tandvårdstaxan innehåller bestämmelser som begränsar rätten för privata specialisttandläkare, som är anslutna till försäkringskassan, att tillämpa ett högre arvode för specialisttandvård, enligt den s.k. specialisttaxan. Rätt att tillämpa denna taxa har i princip endast de tandläkare som vid utgången av 1972 var verksamma i enskild tandvård. Be-



stämmelserna medför att antalet privata specialisttandläkare begränsas till förmån för specialisttandvård i offentlig regi.

Konkurrensverket ifrågasätter om de samhällsekonomiska motiv som anförs i förarbetena till nuvarande tandvårdslag utgör ett tillräckligt skäl för monopolisera specialisttandvården. En rimligare utgångspunkt vore att i ett första steg definiera vilken typ av tandvård som skall omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringen och därefter möjliggöra för specialistvård i såväl privat som offentlig regi. Erfarenheter av verksamheter som utsatts för ett varaktigt konkurrenstryck talar för att de samhällsekonomiska vinster, som ett högt kapacitetsutnyttjande hos specialistvård i landstingets regi förmodas ge, sannolikt går förlorade till följd av frånvaron av konkurrens. Detta konstaterande görs också med hänsyn till bl.a. de negativa effekter på incitament till kostnadsminimering och effektiv resurshushållning som utmärker monopolmarknader.

Avgörande för vilka tandläkare som skall ha rätt att bedriva specialisttandvård bör vara behörighetsregler direkt kopplade till ändamålsenlig kompetens. Detta synsätt innebär att när kompetenskraven är uppfyllda för att bedriva vård inom definierade specialiteter bör i princip samma näringsfrihet råda för specialisttandläkare som för allmäntandläkare. Alternativet att låta olika tandläkares organisations- eller specialisttillhörighet avgöra graden av näringsfrihet torde motverka hög effektivitet på tandvårdsområdet. Utgångspunkt för utformningen av specialistvårdens framtida organisation och finansiering bör vara att detta marknadssegment blir öppet för samtliga tandläkare som valt denna inriktning.

#### *Olika finansiella förutsättningar*

Folktandvården har ett antal särdrag som medför att privat och offentlig tandvård inte konkurrerar på lika villkor. Därför uppkommer konkurrenssnedvridande faktorer till nackdel för privata tandläkare som i olika grad hämmar en effektiv konkurrens. En grundläggande skillnad är att folktandvården drivs i offentlig regi och ytterst garanteras av skattemedel, dvs. verksamheten drivs med ett litet eller oftast försumbart ekonomiskt risktagande jämfört med privattandläkare. Folktandvården har normalt inte etablerats utifrån marknadsekonomiska bedömningar. Skillnaderna i förutsättningar för offentlig respektive privat vuxentandvård är därför betydande.

Privata tandläkare får i normalfallet anpassa omfattning och inriktning på verksamheten bl.a. utifrån en bedömning av huruvida investerat kapital ger rimlig förräntning åtminstone på lång sikt. Eftersom privattandläkare i regel finansierar verksamheten med eget och lånat riskkapital innebär långsiktigt bristande lönsamhet att verksamheten får avvecklas och att det investerade kapitalet helt eller delvis förloras. Vidare har folktandvården, förutom bättre möjligheter att erhålla lån, ofta lägre kapitalkostnader jämfört med privattandvården. Det beror på att landstinget kan erbjuda bättre säkerheter vid upplåning av kapital och således kan erhålla förmånligare lånevillkor. Landstinget kan därmed tillämpa lägre riskmarginaler vid sin prissättning än privata företag. Samtliga redovisade konkurrensfördelar för folktandvården har stor betydelse vid premietandvård med dess föreslagna priskonkurrens.

Folktandvårdens vuxentandvård sker i regel inom kliniker som ursprungligen etablerats och inrättats även för barn- och ungdomstandvård. Dessa kliniker finansieras i regel med anslag som sedan följs upp med budgetjämförelse. Utgångspunkten för klinikernas finansiering är att anslaget skall täcka kostnaderna för barn- och ungdomstandvården, medan ersättningen från tandvårdsförsäkringen i form av försäkringsersättning tillsammans med patientavgifter skall täcka driftskostnaderna för vuxentandvården. Integre-

ringen av två olika verksamhetsgrenar med olika finansieringskällor ställer av naturliga skäl höga krav på landstingets redovisningssystem för att det skall erhållas en rättvisande bild över fördelningen av kostnader och intäkter. Med hänsyn härtill bör ett grundläggande krav för att garantera konkurrensneutrala villkor på marknaden vara, att folktandvårdens olika verksamheter avskiljs redovisningsmässigt och även organisatoriskt. En sådan separering kan uppnås genom inrättande av resultatenheter med egen kostnadsredovisning eller genom bolagsbildning.

Vad avser redovisningssystemets närmare utformning bör s.k. slutna redovisning tillämpas där respektive verksamhets kostnader och intäkter hänförs till berörd verksamhet. En åtskild kostnadsredovisning för folktandvårdens olika verksamheter minskar risken för s.k. korssubventionering mellan olika verksamheter, dvs. att t.ex. barn- och ungdomstandvårdens skattefinansierade verksamhet subventionerar vuxentandvården. Slutna redovisning ökar även garantin för att folktandvårdens vuxentandvård inte underprissätter sina tjänster och medför att mer korrekta jämförelser kan göras mellan folktandvårdens och privattandvårdens kostnader. I Konkurrensverkets rapport, som publicerades i början av 1993, Kommunal kostnadsredovisning - konkurrensinriktade åtgärder i beställar- och utförarmiljö, utvecklas närmare vilka förutsättningar som bör gälla på redovisningsområdet för att konkurrens på det kommunala området skall bli ett medel för ökad effektivitet.

På en konkurrensmarknad har priset stor eller ofta en avgörande påverkan på hur aktörerna på marknaden beter sig. Kundens val styrs i hög grad av priset på varan/tjänsten och säljaren anpassar sitt pris till bl.a. konkurrenssituationen på marknaden. Avsaknad av priskonkurrens innebär risk för att priset på en vara/tjänst sätts högre jämfört med priset på en konkurrensmarknad. Ett högt pris kan innebära att mindre effektiva företag ändå får sina kostnader täckta och därmed kan drivas vidare. Detta kan leda till en orationell marknadsstruktur, som negativt påverkar marknads produktivitet- och efterfrågeförhållanden.

Prissättningen av tandvårdstjänster som utförs av försäkringsanslutna tandläkare är reglerad genom en av regeringen centralt fastställd s.k. maximitaxa som anger den beloppsmässiga storleken på såväl försäkringsersättningen som patientavgiften. Maximitaxan innebär i och för sig att tandläkaren är fri att tillämpa lägre patientavgift än den centralt fastställda. Teoretiskt sett finns därmed möjlighet till viss avgiftskonkurrens. I praktiken resulterar oftast prisregleringar eller statligt bestämda taxor i hög prisföljsamhet på marknaden, dvs. pris- eller avgiftskonkurrens förekommer normalt inte i dessa fall. Ytterligare förklaring till prisföljsamheten till tandvårdstaxan kan vara att taxan enligt samstämmig bedömning inte skulle ha anpassats till kostnadsutvecklingen inom branschen, vilket medverkat till att krympa utrymmet för en priskonkurrens.

Avgiftskonkurrens inom nuvarande ersättningssystem gör rabatter dyrbara för tandläkaren då ett lägre pris till konsumenten, genom en sänkt patientavgift, även minskar försäkringsersättningen till tandläkaren. Detta framgår av följande exempel där tandläkaren för en rabatt till patienten på 70 kr måste avstå 100 kr i arvode för en åtgärd som enligt taxan ger ett maximiarvode på 1 000 kr (patientavgiften är i detta fall 70 % och försäkringsersättningen 30 %).

<b>Rabatt</b>	<b>Arvode</b>	<b>Patientavgift</b>	<b>Försäkringsersättning</b>
-	1000	700	300
70	900	630	270

Som framgår av beräkningen gör taxekonstruktionen en aktiv avgiftskonkurrens dyrbar för tandläkaren. Subventionerade tjänster har sannolikt också bidragit till lågt kostnads- motstånd hos såväl konsumenter som producenter. Det sistnämnda medför lägre pris- känslighet som motverkar en aktiv priskonkurrens.

Den nuvarande tandvårdstaxan är kringgärdad av detaljbestämmelser för rutiner för utbetalning och förhandsprövning. Dessutom gäller olika bestämmelser mellan folktand- vården och privata tandläkare avseende mervärdeskatt. Dessa tre områden redovisas i det följande.

#### *Olika utbetalningsregler*

Av förarbetena till den allmänna tandvårdsförsäkringen (SOU 1972:81 Allmän tandvårdsförsäkring och prop. 1973:45 med förslag till allmän tandvårdsförsäkring) framgår att motiven till utformningen av utbetalningsreglerna är bl.a. förenklad administration vid utbetalning av ersättning till folktandvården.

Den mer omfattande kontrollen av privattandläkares ersättningskrav genom tandvårdsräkningar grundar sig, enligt RFV, på att risken för att inte återfå felaktigt utbetalda försäkringsmedel bedöms vara större inom den privata sektorn där företag kan försättas i konkurs. Landstingen förväntas i egenskap av myndigheter bära ett eget kontrollansvar, dvs. kontrollera sig själva.

Skillnaderna i ersättningsregler missgynnar privattandvården i form av bl.a. större fordringar på försäkringskassan. Det medför större behov av rörelsekapital för privattandläkare och därmed högre kapitalkostnader jämfört med folktandvården. Slutsatsen är att utbetalningsreglerna resulterar i att konkurrensförutsättningarna på tandvårdsmarknaden snedvrids till nackdel för privattandläkare. Förutom att privattandläkare har krav på upprättande av tandvårdsräkningar medför skillnaderna vid utbetalning av ersättning att privattandläkare har relativt sett större kostnader för utestående fordringar på försäkringskassan jämfört med folktandvården. Det kan försvåra nyetablering av privata tandvårdsmottagningar. Nyetablerade företag är i regel känsliga för begränsningar i betalningsförmågan. De ekonomiska konsekvenserna av olika betalningsperioder medför längre kredit för privattandläkarna till kassan. Folktandvårdens finansiella uthållighet är genom landstingens beskattningsrätt god, även om landstingens finansiella ställning under senare år har påverkats av skattestopp. Olika betalningsperioder är otillfredsställande från konkurrenssynpunkt och motverkar en konkurrens på lika villkor och bör därför tillmätas stor vikt vid framtida utformning av kontrollsystemet för rutinerna i anslutning till främst den åtgärdsbaserade taxan.

Ett grundläggande krav för att uppnå konkurrensneutrala villkor på tandvårdsmarkna- den är att vuxentandvården inom folktandvården omfattas av samma regler och rutiner som gäller för privattandläkarna.

#### *Förhandsprövning*

Förhandsprövning skall enligt tandvårdstaxan ske om vårdbehovet är omfattande eller svårbedömt. RFV kan medge undantag eller föreskriva om ytterligare förhandsprövning. För folktandvården gäller generellt undantag, men RFV har föreskrivit att folktandvården inom sig skall göra en prövning som motsvaras av kassornas förhandsprövning.

Förhandsprövning av de privatpraktiserande tandläkarnas planerade vårdinsatser sker i förekommande fall av kassorna. Vid sidan av särbehandlingen fördröjer detta förfarande privattandläkarnas behandling som sådan.

Den offentliga tandvården har, förutom för s.k. § 9-fall, givits generellt undantag för obligatorisk förhandsprövning. Enligt privattandläkarna kan granskningen ta ganska lång tid och vålla långa väntetider för patienterna vilket ger privattandläkarna sämre konkurrensförutsättningar jämfört med folktandvården.

Enligt RFV hanteras förhandsprövningarna mycket olika inom landstingen. Inom vissa landsting avgör klinikchefen förhandsprövningar från tandläkarna vid den egna kliniken, medan tandvårdschefen handlägger klinikchefernas prövningar. Vidare förekommer att klinikchefer som har patienter där förhandsprövning skall ske skriver över patienterna på tandläkare inom samma klinik för att kringgå kravet på extern prövning. Klinikchefen utför sedan själv förhandsprövningen. Genom detta tillvägagångssätt sker förhandsprövning, exklusive § 9-fall och arbetsskadefall, till stor del inom den egna kliniken.

I RFV:s rapport (1993-01-28) om uppföljning av tandvårdstaxan redovisas uppgifter om antal förhandsprövningar från den 1 juli 1990 till den sista juni 1991. Inom folktandvården uppgick antalet förhandsprövningar under denna tidsperiod till 7 600. Motsvarande uppgifter för privattandvården var 48 800. Av folktandvårdens begärda antal förhandsprövningar framgår inte hur stor del av dessa som utfördes internt inom folktandvården respektive externt av försäkringskassorna. En förklaring till den stora skillnaden i antalet förhandsprövningar kan vara att de förhandsprövningar som utförs internt inom folktandvården inte avspeglas i statistiken. En annan förklaring kan vara att folktandvårdens generella undantag från extern förhandsprövning medför att förhandsprövning inte tillämpas i någon större utsträckning inom folktandvården. RFV anser att en förklaring till den markanta skillnaden kan vara att patientklientelet har annorlunda åldersfördelning i privattandvården jämfört med folktandvården. Folktandvården har därvidlag en större andel yngre vuxenpatienter jämfört med privattandvården.

En utveckling av folktandvårdens driftsförhållanden mot företagsliknande former gör det olämpligt att bibehålla berörd kontrollstation i egen regi. En överföring av förhandsprövningen till ett fristående organ skulle medverka positivt till att renodla folktandvårdens producentroll och att reducera risken för att särskilda kontrollrutiner misstänkliggör privata vårdgivare i deras professionella utövning (val av behandlings- och åtgärdsprogram). De komparativa fördelar som en snabb intern bedömning av val av åtgärdsprogram erbjuder för folktandvården bör dock inte vid införande av enhetliga rutiner tillåtas medföra att patientkollektivet drabbas av onödiga förseningar av den typ som framförts från privattandläkarna. Detta bör beaktas i samband med förslag till en konkurrensneutral lösning av denna sakfråga.

#### *Olika momsregler*

Tandvårdstjänster är enligt 8 § lagen (1968:430) om mervärdesskatt undantagna från skatteplikt. Med detta avses att varor och tjänster som tillhandahålls vårdtagaren som ett led i tandvården inte påförs mervärdesskatt. En förutsättning är att varorna och tjänsterna tillhandahålls direkt till vårdtagaren av vårdgivaren, dvs. av den som utför vården och som har hela vårdansvaret (Riksskatteverkets meddelanden Im 1992:2). Enskilda tandläkare eller vårdpersonal, som hyrs in för tjänstgöring hos en vårdgivare, anses inte ha helt vårdansvar och betraktas därför inte som vårdgivare. De skall därför debitera mervärdesskatt vid uttag av arvode. Genom ändring (SFS 1992:190) i mervärdesskattelagen från den 1 maj 1992 är däremot tandvård som utförs på entreprenad åt vårdgivare undantagna från skatteplikt. Vårdgivare belastas därmed inte av mervärdesskatt på en vårdtjänst som han köper från en underleverantör.

Enligt Konkurrensverket ger nuvarande utformning av mervärdeskattebestämmelserna, beroende av vilka delbestämmelser som avses, upphov till såväl finansiella som strukturella effekter på tandvårdsmarknaden.

Avdragsrätten för ingående moms skiljer sig åt mellan privat och offentlig tandvård. Bestämmelserna för in- och utgående moms inom tandvården kan översiktligt illustreras enligt följande tablå.

<b>Moms</b>	<b>Folktandvård</b>	<b>Privattandvård</b>
Ingående	Avdragsrätt	Ej avdragsrätt
Utgående	Utgår ej	Utgår ej

Folktandvården har, enligt § 18a i mervärdeskattelagen, sedan den 1 januari 1991 rätt att göra avdrag för all ingående moms. Den ingående moms som folktandvården under året dragit av måste dock återbetalas till staten vid årets slut i form av en avgift. Avgiften grundas på under året avdragen ingående moms inom samtliga landsting och beräknas på basis av berört landstings skattekraft. Det innebär att varken landstingens eller enskilda förvaltningars momsavdrag är direkt kopplade till storleken på återbetalningen. Privattandläkare har däremot inte rätt att dra av ingående moms. För privata tandläkare utgör ingående moms därmed en kostnad som vid jämförelser med folktandvården kan bidra till att folktandvården framstår som mer kostnadseffektiv. Eftersom en enhetlig taxa tillämpas inom vuxentandvården innebär mervärdeskattebestämmelserna att privattandvården får en konkurrensnackdel i förhållande till folktandvården.

Inom vissa privata tandvårdskliniker samverkar olika tandläkare, vilka var och en driver sin verksamhet i eget bolag. Ett för tandläkarna gemensamt bolag tillhandahåller lokaler, sköterskor, receptionister och tandvårdsutrustning m.m. Detta bolag skall fakturera mervärdeskatt på de kostnader som omfattar administrativa tjänster, trots att detta ingår som en del av den tandvårdstjänst patienterna betalar för. Det innebär ökade kostnader för tandvårdskliniker som drivs i sådan form. Mervärdeskattebestämmelserna medför således att olika organisationsformer behandlas olika i skattehänseende.

En avsikt med införandet av landstingens avdragsrätt för ingående moms var att skapa konkurrensneutrala villkor vid upphandling av varor och tjänster, dvs. samma villkor som om landstinget själv producerade varan eller tjänsten. Denna neutralitet uppnås dock endast om säljaren är momspliktig och således själv får göra avdrag för ingående moms. Den upphandlade tjänsten kan i annat fall bli dyrare än om den producerats i landstingets egen regi genom att den upphandlade tjänsten eller varan innehåller dold mervärdeskatt som inte dras av i tidigare led, dvs. säljarens mervärdeskatteutgifter.

I valet mellan egenregi och entreprenad gynnas egenregi-alternativet genom momsbestämmelserna. För att kompensera de ökade kostnaderna och motverka konkurrensnedvidande effekter utgår statsbidrag till landstingen som avses motsvara sådana indirekta momskostnader som uppkommer vid upphandling från ej momsskyldiga. Statsbidragets storlek motsvarar 6 % av det belopp som upphandlingen uppgår till, dvs. bidraget bygger på en schablon. För att konkurrensneutrala villkor skall gälla krävs att storleken på bidraget överensstämmer med den mervärdeskattkostnad som det säljande företaget måste inkludera i sin prissättning av den skattefria tjänsten. Eftersom bidraget bygger på en schablon innebär detta att mervärdeskattedelen av en upphandlad tjänst ibland överkompenseras medan den i andra situationer inte kompenseras fullt ut. Denna effekt kan således i vissa fall motverka en utläggning av verksamheten på entreprenad.

### *Förslag till lösningar på momsproblemet*

Privattandläkarföreningen har med anledning av mervärdeskatteskylldighet för privata vårdgivare i en skrivelse till Finansdepartementet den 11 juni 1991 uppmärksammat regeringen på de konkurrenssnedvridande effekter som uppkommit till följd av rådande mervärdeskattesystem. Enligt föreningen skulle införande av teknisk skatteskylldighet, dvs. avdragsrätt för ingående moms även för verksamhet som inte är skattepliktig, för privata vårdgivare vara ett från administrativ synvinkel enkelt sätt att lösa problemet inom ramen för befintliga uppbördsrutiner för mervärdeskatt.

I vissa fall, t.ex. inom Stockholms läns landsting, har driftsbidraget till folktandvården minskats till följd av möjligheten att dra av ingående moms.

Tekniken att landstingets skattesubvention minskas med ett belopp som motsvarar den avdragna momsen är endast möjlig i de fall där vuxentandvårdens intäkter inte ger kostnadstäckning. I en situation där försäkringsersättning och patientavgifter täcker driftskostnaderna måste dock en annan lösning väljas.

Eftersom strävan bör vara att åstadkomma så lika konkurrensvillkor som möjligt är det ett grundläggande krav att landstingen inte skattesubventionerar vuxentandvården. Den refererade interna avräkningstekniken är därför en lösning som inte är acceptabel från konkurrenssynpunkt.

Konkurrensverket kan heller inte förorda Privattandläkarföreningens förslag om teknisk skatteskylldighet. Skälen till detta är bl.a. följande. Grunden för detta skattetekniska begrepp är att verksamheten måste vara skattepliktig för att företaget skall få dra av ingående moms. För vissa produkter har statsmakterna beslutat om momsbefrielse. Detta gäller för bl.a. dagstidningar och läkemedel som köps på recept. Producenterna är på dessa områden tekniskt skattskyldiga och får därmed dra av all ingående moms. Denna skatteförmån är således jämförbar med en från statsmakterna sanktionerad subvention. Att låta privattandläkare som kollektivt bli tekniskt skatteskylldiga skulle, mot bakgrund av tidigare nämnda återbetalningsskyldighet för landstingen, kunna sägas utgöra en diskriminering av landstingskollektivet. Landsting vars avgift beloppsmässigt överensstämmer med den avdragna ingående momsen uppfattar sannolikt inte sig som finansiellt gynnade. Den grupp av privattandläkare som är verksamma inom ett landsting, vars avräkningsavgift understiger beloppet för ingående moms, kan sägas vara diskriminerade, åtminstone till den grad som motsvaras av skillnaden mellan landstingets erlagda avgift och avdragen ingående moms. I en direkt jämförelse mellan privat och offentligt bedriven tandvård kan dock nuvarande momsregler felaktigt framställa folktandvården som mer kostnadseffektiv än vad dess faktiska resursförbrukning motiverar. Konkurrensneutrala villkor kan därmed inte anses föreligga och bör därför motivera en förändring på berört område.

Sammanfattningsvis kan således konstateras att nuvarande momsregler innebär en konkurrenssnedvridning mellan enskild tandvårdsförvaltning och privata tandläkare. Ett avräkningsförfarande av den typ som sker inom Stockholms läns landsting förutsätter skattesubvention och är därför oacceptabel från konkurrenssynpunkt. Som momsлагstiftningen för närvarande är utformad är det landstingen som avgör hur momsen och berörda konkurrensfrågor skall lösas. Att överlämna denna fråga till landstingen för skönmässiga individuella lösningar bör enligt Konkurrensverket ersättas av en enhetlig lösning.

Momsproblematiken har också uppmärksamrats av statsmakterna som initierat en särskild utredning, Utredning om vissa mervärdeskattefrågor (Fi 1992:02). Utredningen bedriver bl.a. ett arbete som gäller konkurrenssituationen mellan privat och offentlig

verksamhet inom de momsfria områdena sjukvård, tandvård m.m. Utredningen avses slutföras i juni 1993.

## 4.2 Barn- och ungdomstandvård

Barn- och ungdomstandvården finansieras uteslutande med skattemedel. Landstingen (motsvarande) har därmed ett finansiellt monopol med möjlighet att besluta om i vilken utsträckning folktandvården skall vara utsatt för konkurrens från privata vårdgivare. Socialstyrelsen har nyligen genomfört en enkätstudie rörande utvecklingen inom folktandvården mot nya alternativa driftsformer. Enkätundersökningen genomfördes i början av 1993 och refereras i ÖTF:s betänkande. Därvidlag konstateras t.ex. att barn- och ungdomstandvård på entreprenad nu förekommer hos 12 av 26 huvudmän mot endast tre 1991. Vidare noteras att fritt val för den enskilde under 20 år mellan folktandvård och privattandvård nu finns inom sex huvudmannaområden. Därutöver nämns att minst sju huvudmän kommer att överlåta kallelse av barn och ungdomar på privata tandläkare och nöja sig med uppföljning.

Det motstånd som finns mot att öppna marknaden för barn- och ungdomstandvård kan enligt Konkurrensverkets bedömning bl.a. härledas till förekomsten av formella rutiner såsom systemet för kallelse och områdesansvar samt finansieringsformen. Kallelser uppfattas sannolikt av folktandvården som en form av myndighetsutövning, där områdesansvar och kallelsesystem betraktas som en konsekvens av de uppgifter som tandvårdslagen ålägger folktandvården när det gäller att se till att alla 3-19-åringar erbjuds avgiftsfri tandvård. Tandvårdslagen har förtydligats huruvida barn- och ungdomstandvården utgör ett legalt produktionsmonopol med innebörd att så inte är fallet. Denna delmarknad utgör i praktiken närmast ett offentligt monopol. Detta förhållande understryks av att barn- och ungdomstandvården helt finansieras med landstingsskatt. Eftersom föreliggande studie rör frågor om vad som krävs av ersättningssystem för att uppfylla kravet på konkurrensneutralitet är det naturligt att i första hand diskutera hur finansieringen av barn- och ungdomstandvården bör förändras. Denna förändring förutsätter att folktandvården genomför vissa omstruktureringar beträffande organisation och finansiering. Det innebär i sin tur att förändringarna måste genomföras i flera steg varför frågan rymmer ett både kort- och långsiktigt perspektiv.

På kort sikt bör enligt Konkurrensverket eftersträvas en marknadslösning som innebär införande av tandvårdspeng. En sådan lösning skapar ökad valfrihet för konsumenter. En annan fördel är att en sådan ersättningsmodell öppnar marknaden och göra den tillgänglig för nya producenter vid sidan av folktandvårdens enheter. För att konkurrens skall kunna ske på lika villkor krävs en tandvårdspeng som gäller lika för alla producenter, dvs. oberoende av om berörda patienter vänder sig till privata eller offentliganställda tandläkare. Problemet i denna del är naturligtvis bl.a. att på administrativ väg sätta rätt "pris" på tandvårdschecken. I detta sammanhang bör understrykas vikten av att priset/värdet av checken inte sätts för lågt i förhållande till tandvårdens produktionskostnader. Med ett för lågt satt pris kommer ett stort antal av marknadens producenter, företrädesvis mindre produktionsenheter, att utestängas på grund av att affärsriskerna i ett checksystem med en fastställd gemensam ersättning per barn (s.k. rak eller oviktad kapitering) blir höga. En given fast ersättning förutsätter ett relativt stort patientunderlag för att uppnå en godtagbar riskutjämning. Med det avses ett så stort patientunderlag att kostnaderna för olika vårdtagare utjämnas och därmed totalt sett svarar mot checkens värde. Ett annat sätt att uttrycka detta på är att i ett övergångsskede måste en s.k. valfrihetsmodell tillåtas generera något högre kostnader än vad monopolet via vissa skalfördelar sannolikt har. Syftet är att på sikt åstadkomma en marknad med jämnstarka aktörer som därefter under ett tilltagande konkurrenstryck ges incitament att hålla nere produktionskostnaderna, dvs. systemet kan medverka till kostnadseffektivitet.



Tandvårdspeng för barn och ungdomar förutsätter en beställar och utförarmodell (B/U-modell). En sådan modell skulle för denna delmarknad innebära att en från folk-tandvården fristående funktion tilldelas uppgiften att bl.a administrera tandvårdspengen och ansvara för vårdomfattning samt kvalitetsfrågor. Det innebär att beställaren klart måste definiera vilken vård som tandvårdspengen skall omfatta och under vilka förutsättningar vård utöver den som tandvårdspengen omfattar skall ersättas samt formerna för detta. Om så inte blir fallet inträder en osäkerhet om t.ex. när barn- och ungdomar skall remitteras till exempelvis specialister. En väl definierad check är nödvändigt för att inte vårdgivarna skall utnyttja remissförfarandet enbart i kostnadsavlastande syfte.

Om en avgiftsfri barn- och ungdomstandvård av vårdideologiska skäl antas gälla även i framtiden bör frågan om hur hög kostnadseffektivitet skall kunna garanteras ges en större uppmärksamhet än hittills. Fria nyttigheter (avgiftsfri tandvård) genom en gemensam finansiering kan ge upphov till problem med för svaga incitament för effektiv resurshushållning. Ett sätt att kompensera för detta, utan att införa avgifter, är att på sikt införa anbudskonkurrens inom de områden där förutsättningar finns för detta. Även om fast ersättning gör det lättare att förutse kostnaderna för det allmänna medför 100-procentigt subventionerade tjänster bl.a. en risk för kostnadsdrivande kvalitetskonkurrens. Detta talar starkt för regelbunden anbudstävlan.

I ett system med tandvårdspeng eller check måste administrativa lösningar utarbetas som minimerar risken för att vissa barn- eller ungdomsgrupper glöms bort. Detta problem torde enklast lösas genom att checkarna görs personliga och att beställarfunktionen därmed kan följa upp vilka barn- och ungdomar som erhåller vård.

Sammanfattningsvis anser Konkurrensverket att åtgärder bör vidtas för att förmå samtliga tandvårdshuvudmän att införa någon form av valfrihetsmodell för barn- och ungdomstandvård, förslagsvis genom ett checksystem. På sikt bör prövas möjligheten till anbudskonkurrens i verksamheten. Vidare kan pekas på vikten av att de monopoliserade delmarknaderna för barn- och ungdomstandvård samt specialiststandvård även begränsar möjligheterna att åstadkomma en fungerande konkurrensmarknad inom vuxentandvården. Möjligheterna för folk-tandvården att behålla vuxenpatienter som tidigare behandlats inom barn- och ungdomstandvården ger konkurrensfördelar visavi privata vårdgivare. Det förekommer att privattandläkare satsar särskilda resurser på marknadsföring till följd av denna konkurrensnackdel. Genom att förbehålla vissa delmarknader för landstingsdriven tandvård snedvrids således konkurrensen till privata vårdgivares nackdel. Beroendeförhållanden mellan olika delmarknader brukar av ekonomer benämnas interdependens.

## 5 TVÅ NYA ERSÄTTNINGSMODELLER

### 5.1 För- och nackdelar med olika ersättningssystem

Nedan följer en genomgång av ÖTF:s allmänna utgångspunkter vid val av olika ersättningssystem, dvs. erfarenheter och allmänna överväganden som har haft betydelse vid ÖTF:s slutgiltiga modellval, och en presentation av föreslagna ersättningssystem. I ÖTF:s direktiv (bilaga 2) redovisas ett antal delmål som angivits för ett framtida ersättningssystem. Systemgenomgången avslutas med ÖTF:s syn på aktuella konkurrensfrågor inom tandvårdssektorn.

#### 5.1.1 Rörlig eller fast ersättning

En rörlig - åtgärdsbaserad ersättning - tillmäts av ÖTF följande fördelar:

- stimulerar till hög produktion av vårdåtgärder till låg resursinsats
- naturlig för tandläkaren som får mer betalt ju mer denne presterar
- visar sig lämplig vid stort ackumulerat vårdbehov och tillräckligt samhällsekonomiskt utrymme.

Med god tandhälsa, vikande efterfrågan och begränsade samhälleliga resurser har en åtgärdsbaserad taxa följande nackdelar enligt ÖTF:

- vårddrivande eller vårduppsamlade natur
- avsaknad av volym- eller kostnadskontroll
- kräver detaljerade bestämmelser
- verkar konserverande och främjar inte utveckling av verksamheten.

Fast ersättning avses ge följande fördelar:

- medger kostnadskontroll
- främjar tandhälsa (bl.a. genom stärkt relation patient-läkare)
- incitament till anpassning till faktiskt vårdbehov
- stimulerar tandläkaren till att enrollera (ta sig an) flera patienter
- stimulerar till geografisk spridning av vårdresurser
- ger större möjligheter till utveckling
- förenklad administration av ersättningen, vilket möjliggör avreglering.

Till nackdelarna med fast ersättning räknas i allmänhet följande:

- ersättningen motsvarar inte prestationen vilket kan leda till undervård och bristande kvalitet
- förbättrad tandhälsa ger lägre kostnader för producenten först på sikt
- tandläkaren kan befaras ta in företrädesvis unga och friska människor
- vårdkrävande patienter underminerar systemets ekonomi och ökar främst mindre mottagningars osäkerhet vad gäller ekonomiskt utfall.

För att komma till rätta med nackdelarna i de bägge systemen anföras olika typer av åtgärder. För åtgärdstaxan finns möjlighet till förenkling genom schablonisering av åtgärderna i grupper och styckeprissättning. För fast ersättning är det största problemet

behandlingskrävande (dyra) patienter och undervård. Högkostnadsskydd och differentierad ersättning efter t.ex. risk eller ålder förutses motverka utestängning av dyra patienter. Undervård eller dåligt utförd vård kan åtgärdas och utvärderas i efterhand, något som inte är möjligt med allt för mycket vård, som ju redan är utförd och betald. Slutligen har patienten alltid möjlighet att byta tandläkare.

Sammanfattningsvis anser ÖTF att nackdelarna med fast ersättning kan minskas genom ersättningsmodellens slutgiltiga utformning, men konstaterar samtidigt att små tandläkarmottagningar kan få svårt att erhålla ett tillräckligt patientunderlag för "riskupptagning och utjämning". Den viktigaste slutsatsen enligt ÖTF är att alla ersättningssystem innehåller incitament till ett visst beteende från alla aktörer som är berörda inom sjukvården och tandvården och i första hand de professionella grupperna. Huvudfrågan är således att välja det ersättningssystem som ger rätt incitament.

## **5.2 Nya ersättningssystem**

Den allmänna tandvårdsförsäkringen föreslås av ÖTF utformas enligt två olika ersättningssystem. Dels föreslås en åtgärdstaxa, dels en fast ersättning i form av premietandvård. Systemen föreslås till en början löpa parallellt för att på sikt övergå till premietandvård.

Den nya tandvårdsförsäkringen avses träda ikraft den 1 januari 1994. Med hänsyn till att behovet av förberedelser kan vara olika hos olika vårdgivare föreslår utredningen att premietandvården införs med början den 1 januari 1994 för att vara helt införd till den 1 juli samma år. Den nya åtgärdstaxan skall införas den 1 januari 1994.

Vissa övergångsåtgärder föreslås i samband med genomförande av utredningens förslag, bl.a. följande:

- möjlighet för tandläkare som är över t.ex. 60 år att avstå från att tillämpa premietandvård
- möjlighet för tandläkare över t.ex. 60 år att mot avgångsvederlag avveckla sin verksamhet
- möjlighet för tandläkare med mycket liten mottagning, t.ex. en deltidspraktik, att enbart arbeta som underleverantör till annat tandvårdsföretag och få ersättning enligt avtal med företaget.

Övriga tandläkare skall från den 1 juli 1994 erbjuda både åtgärdstaxa och premietandvård. Patienten skall ges den grundläggande rätten att välja taxa. Valet förutsätts ske i samråd med tandläkaren. Patientens rätt att välja taxa motsvaras av en rätt för tandläkaren att ställa vissa krav för patientens anslutning till premietandvården och att säga upp avtalet om samarbetet inte fungerar. Om tandläkaren bedömer att patientens tänder har omedelbart behov av omfattande och dyra åtgärder bör tandläkaren ha rätt att åtgärda dessa enligt åtgärdstaxan en viss längsta tid, förslagsvis ett år, innan patienten erbjuds inträde i premietandvården. För båda taxorna gäller att den allmänna försäkringen skall omfatta den vård som behövs för ett odontologiskt och utseendemässigt godtagbart resultat. Kostnader för vård som patienten önskar därutöver får patienten bekosta själv.

### **5.2.1 Åtgärdstaxa**

Den föreslagna åtgärdstaxan är en revidering och förenkling av den nuvarande taxan. De i dag särskilda taxorna för tandsköterskor, tandhygienister och tandtekniskt arbete, samt kostnader för material föreslås inarbetas i tandläkararvodet och bilda en enhetlig tand-

vårdstaxa. Det nya totalarvodet benämns tandvårdsarvode. Den ersättning som tandläkaren betalar till tandhygienister, tandsköterskor och tandtekniska laboratorier skall inte regleras av staten.

Jämfört med den nuvarande taxan föreslås en övergång från tidsbaserat till styckeprisbaserat arvode. Endast i ett fåtal speciella fall skall tidsdebitering kunna användas. Sådana fall kan vara när större oförutsedda för- och efterarbeten krävs och andra särskilt svåra fall där förhandsprövning eller annat godkännande redan skett.

Taxan föreslås delas in i tre subventionsnivåer där förebyggande vård och kostnadskrävande vårdarbeten ges högre subventioner jämfört med bl.a. konserverande behandlingar. Följande subventionsnivåer föreslås.

- A) Undersökning, diagnostik och vissa sjukdomsförebyggande åtgärder subventioneras med 50 %.
- B) Viss rekonstruktiv tandvård, bl.a. konserverande behandling och tanduttagning, subventioneras med 20 %.
- C) Rekonstruktiv vård som medför höga kostnader för patienten, i första hand behandling med fast protes, avtagbara proteser eller rebasering av protes subventioneras med 50 %.

Arvode och patientavgifter skall fastställas av regeringen. Patientavgiften anges med belopp för varje åtgärd, antingen i taxan eller i en särskild prislista. Det innebär att tandläkaren kan sätta ned patientens avgift utan att påverka ersättningsnivån från försäkringen. Genom förändrade subventionsgrader och ökade patientavgifter kan tandläkararvodet höjas med ca 8 % i fasta priser.

### 5.2.2 Premietandvård

Premietandvården bygger på att patienten ingår ett avtal med tandläkaren om ett vårdåtagande för en viss tid. Genom avtalet är patienten skyldig att betala en premie till tandläkaren och tandläkaren ges rätt till en fast ersättning för patienten (s.k. kapitering) som utbetalas av försäkringskassan. Avtalet föregås av en riskbedömning för att fastställa patientens tandhälsa och för att inplacera patienten i en viss risk- eller åldersgrupp. Den premie som patienten betalar förutsätts variera beroende på riskgrupp och fastställs av tandläkaren. Det innebär introduktion av fri premie- eller avgiftskonkurrens på tandvårdsmarknaden. ÖTF beräknar att patientpremien kan förväntas uppgå till i genomsnitt ca 700-800 kr per år och person.

Den fasta ersättningen från tandvårdsförsäkringen skall täcka tandsköterske- och tandhygienisttjänster samt tandtekniskt arbete och material. Tandläkaren betalar sin egen personal och upphandlar i övrigt tjänster och material. Den fasta ersättningen föreslås differentieras beroende på patientens ålder. Utredningen föreslår en indelning av patienterna i tre åldersgrupper: 20-39, 40-59 samt 60 år och äldre. En lägre ersättning föreslås utgå för de yngre åldersgrupperna. Belopp som nämns som exempel för de olika åldersgrupperna framgår enligt följande tablå.

<b>Ålder</b>	<b>Försäkringsersättning (kr per person)</b>
20-39	200
40-59	750
60-	1 000

Ett särskilt högkostnadsskydd (jämför avsnitt 5.2.3) skall skydda både tandläkaren och patienten mot höga kostnader i vissa angivna fall. Utöver högkostnadsskyddet bör tandläkaren kunna gardera sig mot höga vårdkostnader genom att återförsäkra sig mot oförutsedd efterfrågan och kostsamma behandlingar. Premiesystemet med fast ersättning kan annars leda till underkompensation. Eventuell återförsäkring skall dock ske utanför ramen för tandvårdsförsäkringens ersättning.

De villkor som skall ingå i avtalet mellan tandläkare och patient föreslås bestå av en del där tandläkaren bestämmer villkoren och en del som är reglerad av allmänna försäkringsvillkor.

Tandläkaren avses ges rätt att bestämma över:

- riskbedömning och riskgruppering
- premiens storlek, ev. bonusvillkor o. dyl
- vårdplanering, utformning av egenvårdsprogram m.m. för patientens åtaganden
- vård utöver normal standard, omfattning eller frekvens
- särskilda serviceerbjudanden m.m., såsom särskild vårdinriktning/specialitet, former för akutsjukvård och jourtjänst, hänvisning till annan tandläkare för "second opinion", särskilda informationsåtgärder, egenvårdsmaterial, kallelse- och kontaktsystem, förmedling av eventuella tilläggsförsäkringar, osv.
- övrigt som kan komma i fråga utan hinder av de allmänna villkoren.

De allmänna försäkringsvillkoren skall omfatta minimiregler (motsvarande) för:

- avtalstid, uppsägning o. dyl.
- ändring av premie
- byte av taxa
- byte av tandläkare
- patientens rätt att få undersökning med viss minimifrekvens
- vårdkvalitet och materialstandard som omfattas av den fasta ersättningen, och som också skall garanteras genom patientpremien (motsvarande nuvarande "odontologiskt och utseendemässigt godtagbart resultat") samt vissa vårdåtgärder som inte omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringen
- vårdåtgärder som omfattas av den allmänna försäkringens ersättning, men som täcks av ett särskilt högkostnadsskydd utöver vad som täcks av den fasta ersättningen
- villkor för akutvård
- villkor vid remittering till specialist
- patientens rätt att föra klagomål vidare.

De allmänna försäkringsvillkoren innebär att avtalet mellan tandläkare och patient skall löpa tills vidare om det inte sägs upp samt att avtalets uppsägningstid bör vara tre månader. Avtalets premie- och avtalsvillkor skall finnas upprättade och tillgängliga, bl.a. skall premiens storlek för olika riskgrupper samt kriterierna för dessa grupper framgå. Premien skall vara angiven på årsbasis, men vid begäran kunna debiteras t.ex. en gång per kvartal. Tandläkaren ges rätt att ändra sin prislista en gång per kalenderår. Om tandläkarens verksamhet upphör, genom t.ex. konkurs eller dödsfall, skall den allmänna försäkringen stå som yttersta garant och ersätta patienten för dennes eventuella fordran. Vidare skall patienten kunna byta tandläkare efter uppsägning på egen begäran eller om tidigare överenskommelse träffas. Den nyvalde tandläkaren skall kunna rikta anspråk mot tidigare tandläkare för vårdkostnader till följd av undervård. Patienten bör ha rätt att få komma till undersökning minst en gång per 24 månader. Om patienten önskar komma

på kontroll oftare än vad tandläkaren anser odontologiskt motiverat, kan tandläkaren ta ut en besöksavgift. Ett särskilt högkostnadsskydd föreslås ligga utanför den fasta ersättningen (jämför avsnitt 5.2.3). Akutvård skall omfattas av den fasta ersättningen och premien. Om annan tandläkare än den ordinarie ger akutvård skall han kunna debitera den ordinarie enligt åtgärdstaxan. Två eller flera tandläkare skall kunna komma överens om att ömsesidigt åta sig kostnadsfria akutbesök för varandras patienter.

### **5.2.3 Gemensamma bestämmelser**

#### *Högkostnadsskydd*

I åtgärdstaxan föreslås ett allmänt högkostnadsskydd utgå för vissa kostnadskrävande åtgärder genom att en högre subventionsgrad införs för dessa åtgärder. Därutöver införs ett särskilt högkostnadsskydd som skall vara gemensamt för både åtgärdstaxan och premiesystemet. Det särskilda högkostnadsskyddet skall utgå efter förhandsprövning för vissa diagnoser eller behandlingar samt i vissa fall om kostnaden överstiger ett visst belopp. Exempelvis skall s.k. § 9-fall och större protetiska arbeten omfattas av det särskilda högkostnadsskyddet. Subventionsgraden föreslås vara ca 80 % i det särskilda skyddet. Vidare föreslås skyddet ligga utanför tandläkarens fasta ersättning.

#### *Företagarbegreppet - anslutning till försäkringskassan*

Etableringskontrollen i samband med anslutning till tandvårdsförsäkringen slopas. Anslutning till försäkringen skall fortsättningsvis ske per tandvårdsföretag och inte som i dag per tandläkare. Vem som helst skall i princip ha rätt att driva ett tandvårdsföretag. En förutsättning för anslutning till försäkringen är dock att en ansvarig tandläkare är knuten till mottagningen och att företaget kan ansvara för att all vård tillhandhålls enligt den allmänna försäkringens normalstandard. Själva utförandet av vården skall vid behov kunna läggas ut på underleverantör. Om den fria etableringen av tandläkare skulle medföra att tillgången på tandläkare blir för låg med hänsyn till efterfrågan förordar utredningen olika stimulansåtgärder framför begränsningar i anslutningsrätten. Utredningen tar inte ställning till om eventuella bidrag skall utgå för att stimulera etablering, t.ex. i glesbygd, eller hur sådana bidrag kan utformas.

#### *Förhandsprövning*

För sådana behandlingar som omfattas av det särskilda högkostnadsskyddet införs generellt krav på förhandsprövning. De behandlingar som vid tillämpning av åtgärdstaxan kan utlösa högkostnadsskydd omfattas inte av krav på förhandsprövning. Förhandsprövning inom privattandvården genomförs av förtroendetandläkare vid försäkringskassorna. Utredningen anser att förhandsprövning inom folktandvården inte bör få utföras av samma klinik som utför själva behandlingen. På sikt bör en helt oberoende förhandsprövning i försäkringskassan regi eftersträvas.

#### *Utbetalningsregler*

Åtgärdstaxan ger möjlighet att införa månadsvisa utbetalningar även för privattandläkare. Detta är enligt ÖTF beroende av om privata tandvårdsföretag kan lämna tandvårdsräkningar via diskett eller modem. I premietandvården kommer ingen administrativt tyngande hantering av tandvårdsräkningar förekomma. Den fasta försäkringsersättningen utbetalas t.ex. kvartalsvis med en fjärdedel av årsbeloppet för samtliga patienter som är inskrivna hos tandläkaren.

### **5.2.4 Administrativa konsekvenser**

ÖTF har identifierat ett antal för- och nackdelar vad gäller de löpande administrativa rutinerna. Den nya åtgärdstaxan innebär mindre administration genom starkt förenklad taxa och förenklad tandvårdsräkning. Vidare kan privattandläkare få betalt per månad och kassans rutiner i samband med utbetalningar till tandtekniska laboratorier upphör.

För premietandvården anser ÖTF att följande administrativa fördelar uppnås. Tandvårdsräkningar kommer inte att behövas, bortsett från de fall när högkostnadsskyddet träder in, och kassans och patienternas betalningar till tandläkaren förenklas. Samma rutiner gäller som i åtgärdstaxan för utbetalningar till tandtekniska laboratorier.

Administrativa nackdelar som införs på grund av premietandvården är bl.a. nya moment för tandläkaren i form av avtal och premieberäkning m.m. Försäkringskassan måste ha kontroll över vilka patienter en tandläkare har anslutna och en bekräftelse på anslutningen till premiesystemet behövs från kassan till patienten.

### **5.2.5 Taxeval**

För att markera att patienten är den viktigaste intressenten i utformningen av tandvårdsförsäkringen har ÖTF valt att lägga rätten till val av taxa hos patienten. Tandläkaren har dock möjlighet att kräva att patienternas aktuella tandhälsa är i "gott skick" innan patienten ansluts till premiesystemet. Eftersom de föreslagna taxsystemen har olika incitament har frågan om det finns risk för icke avsedda effekter diskuterats av ÖTF.

Unga och friska patienter kan tveka inför premiebetalning för framtida behov, medan tandläkaren har intresse av ökade intäkter genom fast ersättning till relativt lågt risktagande. En lägre premie för denna grupp samt att den fasta ersättningen åldersdifferentieras antas balansera incitamenten. Erfarenheter talar, enligt ÖTF, för att patienter med friska tänder trots allt godtar premiemodellen. Patienter med dålig tandhälsa förordar premiesystemet, medan tandläkarna av ekonomiska skäl förväntas vilja undvika denna patientkategori. Även i denna situation förutsätts den fria premiesättningen och den viktade fasta ersättningen balansera konsument- och producentintressena. Vidare menar ÖTF att läkarens rätt att påfordra vårdåtgärder efter behov, innan patienten ges inträde i premietandvården, skall medverka till att även patienter med dålig tandhälsa efter en övergångsperiod på förslagsvis ett år skall kunna accepteras.

## **5.3 Konkurrensfrågor**

De skillnader i förutsättningar som föreligger mellan folktandvården och privattandläkarna har uppmärksamats och behandlats av ÖTF. Denna identifiering av aktuella konkurrensproblem överensstämmer i stort med Konkurrensverkets bild av tandvårdsmarknadens brister från konkurrenssynpunkt. Dessa rör tandvårdslagen, specialisttandvården, utbetalningsregler, förhandsprövning, finansiering (momsfrågan) och redovisning samt skillnader hänförliga till organisationsformen. Skillnader i förutsättningar mellan folktandvården och privattandvården delas av ÖTF in i och redovisas i följande tre grupper.

1. Lagstadgade tandvårdsuppgifter.
2. Olikheter i försäkringsregler (underlag för utbetalning av tandvårdsersättning och förhandsprövning) samt finansiering och redovisning.
3. Skillnader hänförliga till organisationsformen.

### *Lagstadgade tandvårdsuppgifter*

Folktandvården måste, enligt ÖTF:s beskrivning, vara kollektivt rustad för att ta emot patienter efter behov. Något sådant ansvar åvilar inte privattandläkare. Folktandvårdens organisation måste arbeta även med annat än ren vårdproduktion, bl.a. tandhälsoproblem och utbildning. AT-tjänstgöring för tandläkare skapar därvidlag särskilda problem för patienters kontinuitet i relationen med sin tandläkare eftersom praktiktjänstgöringen försvårar en ändamålsenlig schemaläggning. I tandvårdslagens 7 § ges folktandvården uppgiften att svara för bl.a. specialisttandvård för vuxna. Även privata specialisttandläkare är verksamma inom dagens tandvårdssystem. Följande privata specialister får ta ut högre ersättning enligt specialisttaxan för tandvård inom sin specialitet:

- specialister verksamma i enskild tandvård vid utgången av 1972
- specialister som före 1986 förvärvat specialistkompetens i oral protetik.

Det högre arvudet för angivna kategorier är övergångslösningar och nya tandläkare tas inte in i berörda arvodesgrupper. Vidare anför ÖTF följande:

"Allmänt sett vore det rimligt att anta att, i den mån det finns klara specialiteter med högre kompetenskrav än för annan tandvård, arvodena skulle vara högre för specialisterna och gälla lika för dem alla."

Enligt ÖTF behövs i ett första steg underlag som beskriver vad specialisttandvården omfattar och vem som ansvarar för och bedriver den. I nästa steg bör en analys ske hur specialistvården kan anslutas till försäkringssystemet. Av vikt är i vilken mån specialistvården kan ersättas via den i premietandvården föreslagna fasta ersättningen till allmäntandläkarna. Denna fråga kommer att tas upp i en särskild etapp som efterföljer huvudförslaget.

Vidare är det enligt ÖTF viktigt att beakta de särskilda uppgifter (AT-tjänstgöring, specialistutbildning, sjukhustandvård, tandhälsovård m.m.) som landstingen och folktandvården har vid en jämförelse med privattandvården. Från konkurrenssynpunkt är det också viktigt att skilja mellan myndighetsutövning och ekonomisk verksamhet som bedrivs yrkesmässigt i myndighetens regi. I sistnämnda funktion är även ett offentligt organ att betrakta som näringsidkare. En renodling av nämnda verksamheter är enligt ÖTF viktig från konkurrenssynpunkt.

### *Moms- och utbetalningsregler samt redovisning*

Vid utbetalning av ersättning från försäkringskassan skall privattandläkarna lämna in mer omfattande underlag än folktandvården. En förändring av utbetalningsrutinerna till månadsvis utbetalning till privattandläkarna begränsas av den nuvarande taxans konstruktion. Begränsningen beror på att fördelningen av tandvårdskostnaderna mellan patienten och försäkringen sker först efter behandlingsperiodens slut. Den försäkringsersättning som tandläkaren är berättigad till kan därmed inte beräknas förrän behandlingsperioden är avslutad.

Landstingens interna rapportering och egenskap av offentlig myndighet har motiverat lättnader beträffande extern rapportering. En utvecklingslinje är dock enligt ÖTF att folktandvårdskliniker övergår till företag eller företagsliknande former. En sådan verksamhetsform gör det tydligare och mer påtagligt att folktandvården bör omfattas av samma regler och rutiner som de privata tandläkarna. Främst torde detta enligt ÖTF komma att gälla den rent ekonomiska redovisningen.



Skall en utjämning av berörda skillnader ske bör det gå i riktning mot en förenkling av nuvarande kontrollsystem för privata vårdgivare snarare än att ålägga folktandvården en ökad skyldighet. Därvidlag är en utveckling av teknikstödet önskvärd. Inrapportering till försäkringskassan kan t.ex. ske via modem eller diskett. Det är i detta sammanhang viktigt att analysera vad som begreppsmässigt hör till folktandvården. Landstinget kan bedriva tandvården i både nuvarande myndighetsbetonade form eller genom resultatenheter. De bör även kunna vara helägda bolag eller drivas i annan associationsform och arbeta åt folktandvården på avtal. Under angivna omständigheter torde de kunna inrymmas i begreppet folktandvård. Det innebär att sådana enheter alltså skulle kunna omfattas av bestämmelserna om undantag för folktandvården vad gäller t.ex. rapportering till kassan och krav på extern förhandsprövning. Förhandsprövning: ÖTF anser att förhandsprövningen inte bör utföras vid den klinik där behandlingen i fråga skall ske utan av försäkringskassan. Frågorna måste dock studeras närmare med hänsyn till de praktiska förutsättningarna.

Utredningens förslag till ny åtgärdstaxa möjliggör månadsvis utbetalning även till privattandläkarna, åtminstone för dem som lämnar tandvårdsräkning via diskett eller modem. För premietandvården med fast ersättning utgör utbetalningsrutinerna inget problem eftersom de till berörd kassa inrapporterade avtalen mellan patient och tandläkare ger tandläkaren rätt till ett visst förutbestämt försäkringsbelopp.

Med anledning av de krav som en konkurrensmarknad ställer på en väl fungerande kostnadsredovisning anför ÖTF följande.

"Om särredovisning inte sker av vuxentandvårdens kostnader kan denna vård komma att bli, eller uppfattas bli, subventionerad av landstinget, dvs. få ett tillskott utöver den avsedda finansieringen via tandvårdstaxan. Detta förhållande kan förstärkas om resurser som redan har budgeterats för barn- och ungdomstandvård i stället används för vuxentandvård."

ÖTF konstaterar att vägen till en ändamålsenlig särredovisning av vuxentandvården kan bli lång och hänvisar till utvecklingsarbete som skett inom Stockholms läns landsting.

Därefter görs en beskrivning av problem i anslutning till mervärdeskatt, där ÖTF framhäver aspekter kring behandlingen av ingående moms som det mest relevanta momsproblemet för tandvårdsmarknaden. ÖTF anger en provisorisk lösning och konstaterar samtidigt att momsfrågan är särskilt viktig med hänsyn till utvecklingen av olika "satellit"-företag i anslutning till folktandvården. I övrigt hänvisas till Konkurrenskommittén (SOU 1991:104) och den särskilda utredningsman som tillkallats med uppdrag (Fi 1992:02) att lämna ett betänkande vid budgetårsskiftet 1993/94. Den sammanfattande bild ÖTF ger av momsproblemen är att utvecklingen av nya organisationsmodeller eller associationsformer och deras närmare kopplingar till folktandvården och landstinget som juridisk person (myndighet) är av stor betydelse. Enligt ÖTF skulle, om inte någon annan lösning ges, en provisorisk lösning kunna vara att kalkylmässigt låta folktandvården belastas av ingående moms i sådana redovisningar som används för jämförelser med privattandvården.

#### *Skillnader hänförliga till organisationsform*

ÖTF konstaterar att folktandvården är inordnad i landstingets system för ledning och organisation. Detta torde representera en merkostnad i förhållande till ägarinflytande och ledning av privata tandvårdsföretag. Skillnad i organisationsstorlek saknar enligt ÖTF relevans när det gäller formella konkurrensvillkor, men påverkar konkurrensförmågan. Som exempel på det senare anføres bl.a. följande.

"Den stora organisationen har i regel större finansiellt manöverutrymme, t.ex. för investeringsavsättningar och metodutveckling, liksom möjlighet att få ägartillskott samt inom sig ta upp och sprida risker."

ÖTF ser det som inte osannolikt att tandvårdsbranschen kommer att utveckla ett förändrat organisationsmönster med ökat inslag av specialisering eller delegering, samt samverkan mellan olika företag och enheter.

## 6 KONKURRENSEFFEKTER AV OLIKA ERSÄTTNINGSMODELLER

### 6.1 Allmänna utgångspunkter

#### *Avreglering - en fråga om vägval*

Från konkurrenssynpunkt är frågan om avreglering och dess inverkan på konsumentnyttan den principiellt sett viktigaste faktorn beträffande ÖTF:s uppräknning av för- och nackdelar med de två ersättningsmodellerna. Konkurrensverket kan inte dela ÖTF:s indirekta ställningstagande om att det endast är fast ersättning som per definition skapar utrymme för avreglering av ersättningssystemet. Även en prestationsbaserad ersättningsmodell med s.k åtgärdstaxa går att förena med förändrade anslutningsregler, låt vara med sämre förutsättningar att på kort sikt (en budgetcykel) förutse försäkringens kostnader. På längre sikt är det dock möjligt att korrigera utfallet för försäkringen genom att modifiera storleken på patientavgifterna (minskad subventionsgrad dämpar kostnadstakten alternativt sänker totalkostnaden).

Från marknadsteoretiska utgångspunkter bör priset för en tjänst som produceras på en marknad - oreglerad eller reglerad - motsvara resursåtgången i termer av arbetskraft och kapital. Det ersättningssystem som bäst tillgodoser detta är de åtgärdsbaserade systemen. De stimulerar dessutom till hög produktivitet mätt i arbetstid per producerad åtgärd, men är förknippade med problem som att systemen är kostnadsdrivande och administrativt krävande.

En annan iakttagelse är att liten vikt lagts vid att penetrera vilka incitament som patientkollektivet kan och bör kunna svara för, dvs. att så långt det är möjligt grundlägga ett utbud baserat på konsumenternas personliga preferenser. Systemingenjörerna inom hälso- och sjukvårdsektorn tenderar att i hög utsträckning utforma systemen efter producenternas förväntade beteenden och underskattar brukarnas förmåga att både välja och välja "rätt".

Även om konsumenten har ett kunskapsunderläge i tandvårdsfrågor jämfört med producenten och det förekommer producentstyrd efterfrågan bör ändå hänsyn kunna tas till genomsnittskonsumentens förmåga att tillägna sig grundläggande kunskaper om bl.a. tandhälsofaktorer. Det talar för att ett ökat ekonomiskt ansvar i ersättningssystemet kan läggas på vårdtagarna. Detta skulle tala för ökad betoning av förebyggande vård under eget ansvar för försäkringstagaren. Det är först när makten över tillgängliga betalningsmedel flyttas från administratörer och producenter till konsumentkollektivet som förutsättningar ges för en fungerande marknad. ÖTF har, vilket är vanligt i dessa sammanhang, föreslagit ett framtida ersättningssystem där intresset knyts till administratörerna och producenterna.

En viktig och ofta underskattad aspekt är konsumentinformation. Resurser för detta är särskilt angeläget på detta område mot bakgrund av problemet med informationsasymmetri och företeelsen moral hazard.

Ett system som fördelar de allmänna medel som står till tandvårdens förfogande till konsumenterna och som renodlar landstingets producentroll är vad som krävs för att för-

flytta positionerna i den riktning som en efterfrågestyrd marknad kräver. Ett alternativ till det svenska tandvårdssystemet, som möter dessa krav, är ett system utan inslag av skattesubventioner. Detta gäller i Norge. Förekomsten av subventioner är dock en socialpolitisk fråga som verket inte tar ställning till. Här skall bara konstateras att subventionerade priser som inte återspeglar kostnaden för berörd vara eller tjänst alltid riskerar att medföra överefterfrågan och ett ineffektivt resursutnyttjande.

Viktiga förutsättningar för hög dynamik och effektivitet på olika varu- och tjänstemarknader i en marknadsekonomi är att framgångsrika producenter går med vinst och att de som inte lyckas attrahera ett tillräckligt stort kundunderlag går med förlust och i yttersta fall tvingas lämna marknaden, i vissa fall efter konkurs. På reglerade marknader såsom tandvårdsmarknaden har dessa grundläggande incitament bl.a. - vinstmöjlighet och konkurshot - delvis satts ur spel. Ett skäl är att statsmakterna genom lagstiftning och bidragssystem med subventioner har haft ambitionen att styra både vårdkonsumtion och utbud. Denna styrning har i hög utsträckning delegerats till landstingen och försäkringskassorna.

Den politiska viljan att tillämpa valfrihet för konsumenten som en konkurrenslösning, dvs. i första hand använda kvalitetskonkurrens som medel för att öka effektiviteten, har på senare år ökat i kommuner och landsting. Detsamma gäller för regering och riksdag som har lagt fram en rad förslag på hälso- och sjukvårdsområdet med en inriktning som bl.a. syftar till friare etablering av såväl läkare som tandläkare. ÖTF:s förslag kan därmed sättas in i ett större sammanhang där reformeringen av tandvårdsmarknadens ersättningssystem är ett steg i riktning mot mer marknadskonforma lösningar.

Enligt Konkurrensverkets principiella inställning bör de fördelar som konkurrens- och marknadslösningar kan medföra i form av bl.a. ökad valfrihet och effektivare resursutnyttjande så långt som möjligt tas till vara inom alla delar av samhällsekonomin, även på sådana områden som det allmänna funnit anledning att reglera. Av detta följer att regleringar inte bör begränsa konkurrensen mer än vad som är nödvändigt för att skydda de intressen som motiverar regleringen.

Allmänt kan konkurrenslösningar delas in i två huvudtyper, som här benämns valfrihetsmodellen respektive anbudskonkurrensmodellen. Den senare bygger på att marknadens konkurrensmöjligheter tas till vara genom regelbunden anbudstävlan och kombinerar genom korrekt utformat anbuds- eller förfrågningsunderlag såväl pris- som kvalitetskonkurrens. I föreliggande beskrivning av hur dessa modeller kan fungera på tandvårdsmarknaden förutsätts en försäkring med bibehållen subventionering av tandvårdskonsumtionen i ungefär nuvarande omfattning, dvs. omkring ca 4 miljarder kr. Det innebär att de medel som försäkringen ställer till marknadens förfogande även förutsätter någon form av prisreglering, främst bestämmelser för hur dessa medel/subventioner skall fördelas på olika konsumentgrupper och tandvårdstjänster.

### *Valfrihetsmodellen*

Valfrihetsmodellen representeras av system som garanterar producenterna fri etablering och som i princip innebär att val av vårdgivare görs av konsumenten/enskild vårdtagare. Det innebär att några krav på var producenterna får etablera sig inte bestäms på administrativ väg genom t.ex. behovsprövning. Motsvarande frihet bör således gälla patienternas val av vårdgivare, dvs. i grunden skall det vara en kundvalsmodell. Konkurrensmomentet, i en situation med reglerad prissättning, ligger främst i att vårdtagaren förväntas välja den vårdgivare som medför bästa vård för pengarna. Vårdgivare som inte lyckas attrahera ett tillräckligt stort patientunderlag tvingas byta etableringsort eller ytterst lämna marknaden. Modellen är administrativt sett relativt lätthanterlig,

eftersom "marknaden" förväntas fördela patienterna på befintliga vårdgivare, dvs. anpassa marknadens utbuds- och efterfrågeförhållanden.

Riskerna med denna modell är att den inte garanterar hög kostnadseffektivitet vad gäller användningen av allmänna medel, särskilt vid hög subventionsgrad. Då priset på tjänsterna beräknas på administrativ väg är det även osäkert om priset återspeglar ett effektivt resursutnyttjande. I tandläkartäta områden kan också en kvalitetskonkurrens bli kostnadsdrivande i förhållande till det vårdbehov som samhället har ett intresse av att subventionera. Förespråkare för valfrihetsmodellen anför i regel att höga kostnader för det totala vårdssystemet som denna modell kan ge upphov till är ett pris för den frihet som ges för konsumenter och producenter.

#### *Anbudskonkurrensmodellen*

Anbudskonkurrensmodellen innebär att konkurrensen på marknaden tas till vara genom regelbundna anbudstävlingar. Modellen kombinerar en viss begränsad näringsfrihet i producentledet och en motsvarande begränsad valfrihet för konsumenterna med hög kostnadseffektivitet, under förutsättning att antalet konkurrerande vårdgivare inte är för få. Kostnadseffektiviteten förutsätts i denna modell bli garanterad av att beställaren i förväg har en marknadskunskap som utnyttjas för att anpassa utbudet till rådande efterfrågan. Modellen förutsätter således att vårdgivarna i utgångsläget ges samma förutsättningar vid anbudsgivning, dvs. att beställaren iakttar de grundläggande principerna om affärsmässighet och objektiv behandling av anbud och anbudsgivare. Om så inte sker kan en producentkategori komma att gynnas och marknadens funktionssätt undermineras. Beställarens uppgift blir att i förfrågningsunderlaget definiera villkor för vårdgivarens åtaganden. Kvalitetsuppföljning och kontroll av under- och övervård, dvs. om vårdgivaren lever upp till sitt avtalsenliga åtagande, blir också naturliga uppgifter för beställaren. Generellt sett är fördelarna med denna modell störst vid hög skattesubventionsgrad av berörda tjänster.

Denna modell är för det första mer administrativt krävande än en valfrihetsmodell, framför allt vad gäller beställarfunktionens organisation och uppgifter. För det andra förutsätter modellen att det existerar ett fungerande utbud av vårdgivare. Inom tandvården gäller för närvarande inte dessa förutsättningar för ett stort antal kommuner (jämför avsnitt 3.3.1). Snarare är det i första hand i storstäderna och deras kranskommuner som anbudskonkurrens kan vinna framgång. För det tredje innebär modellen på områden där det allmänna är den enda köparen eller kunden till berörda företag, en viss begränsning för såväl näringsfriheten som för konsumenternas valmöjligheter. Detta är en direkt följd av att modellen innebär att vårdtagaren endast får välja mellan de mest kostnadseffektiva vårdgivarna.

#### *Premietandvård i ett modellperspektiv*

Premietandvård kan med utgångspunkt från de två modelltyperna närmast liknas vid valfrihetsmodellen, dock med reservation för den avvikelse som premiesystemet har genom kontraktsförfarandet, som i viss utsträckning begränsar konsumenternas eller vårdtagarnas rörelsefrihet. Även åtgärdstaxan faller in under valfrihetsmodellen.

En tillämplig konkurrenslösning förutsätter att tandvårdshuvudmännen organiserar sin verksamhet på ett sådant sätt att konkurrensneutraliteten kan garanteras. Det innebär i sin tur relativt omfattande förändringar i förhållande till folktandvårdens nuvarande organisatoriska uppbyggnad för ledning, finansiering och produktion av vuxentandvård. Det ställer bl.a. krav på att vuxentandvårdens driftansvar renodlas och att övriga s.k. folktandvårdsspecifika uppgifter separeras och finansieras i särskild ordning via anslag.

Tandvårdshuvudmännens kostnader för AT-tjänstgöring, övergripande planering och utvecklingsinsatser bör således inte tillåtas vara finansiellt integrerade med den reguljära vuxentandvårdens dagliga drift. En renodlad producentroll med självständigt kostnads- och intäktansvar reser även nya krav på ekonomisystem med särredovisning av kostnader. Om folktandvården inte kan upprätthålla en ändamålsenlig särredovisning av vuxentandvårdens kostnader i nuvarande förvaltningsform bör andra organisatoriska lösningar prövas, dvs. från beställarfunktionen juridiskt fristående produktionsenheter. Dessa grundläggande krav kan mot bakgrund av folktandvårdens nuvarande organisatoriska uppbyggnad och bristande kostnadsredovisning av naturliga skäl inte omedelbart förväntas bli uppfyllda. På sikt är de dock nödvändiga för att valfrihets- och anbudsmodellens fördelar skall kunna tillvaratas. I detta sammanhang bör även påpekas att den lösning med tandvårdspeng inom barn- och ungdomstandvården som tidigare diskuterats också förutsätter att ovan nämnda krav uppfylls, dvs. att folktandvården avstår från att subventionera sina egna vårdenheter med skattemedel.

En allmänna uppfattning är att det för närvarande finns alltför många verksamma tandläkare i förhållande till behovet eller efterfrågan av tandvård. Denna obalans kan med ledning av Socialstyrelsens prognoser, vilka redovisas i ÖTF:s departementspromemoria, grovt uppskattas till drygt 20 %. Obalansen kommer sannolikt att bestå även in på 2 000-talet. Med hänsyn härtill uppstår frågan hur denna övertalighet bäst skall hanteras. Av effektivitetsskäl gäller att anpassningsprocessen bör medverka till att de "bästa" - mest effektiva - tandläkarna blir kvar på marknaden. Det omvända minskar effektiviteten på marknaden och är negativt från konsumentens synpunkt. Övertaligheten i form av överetablering samvarierar med befolkningstäthet/tätortsgrad. Valfrihetsmodellen ger en lösning på detta problem, då konsumenten i detta fall ytterst kan avgöra marknadens utbudsförhållanden.

## 6.2 Avvägningsproblem

### *Val mellan två ersättningssystem*

I val av ersättningssystem finns följande varianter eller byggstenar att utgå ifrån, nämligen ersättning per åtgärd, per besök och per capita. Det sistnämnda innebär en fast ersättning per person. Denna s.k. kapitation kan antingen vara rak/enhetlig eller viktad efter riskgrupp. Prestationsrelaterad ersättning förutsätter i praktiken en prislista.

Eftersom samtliga ersättningsformer kan finansieras med såväl allmänna medel (försäkringsersättning och skattemedel) som avgifter är kombinationsmöjligheterna vid systemutformningen många. Detta har också utnyttjats av ÖTF som valt att dels kombinera fast ersättning med fri premie- eller avgiftssättning med möjlighet att även debitera besöksavgift inom premietandvården (taxa 1 nedan), dels bibehållit en reviderad form av den nuvarande prestationsbaserade taxan enligt den s.k. åtgärdstaxan (taxa 2 nedan). Patienten kommer enligt ÖTF:s förslag således att fritt kunna välja mellan två i grunden helt olika ersättningssystem.

Enligt Konkurrensverket förutsätts konsumenten välja det system som enligt denne bäst gagnar det egna intresset, dvs. rätt vård till lägsta möjliga kostnad. De privata vårdgivarna har sannolikt helt andra utgångspunkter. Enligt tidigare gjorda antaganden förordar de största möjliga intäkt till lägsta möjliga kostnad per besök. Folktandvårdens målsättning är i stället kvalitets- och kvantitetsmaximering (se avsnitt 2.2).

Konsumenternas och producenternas motstridiga intressen skall sammanvägas i samband med den beslutssituation som uppkommer och där en dialog förväntas utmynna i patientens val av systemtillhörighet.

Om patientklientelet grupperas efter risk för framtida tandskador, dvs. stigande ålder och risk för dyrbara behandlingar förutsätts samvariera, erhålls följande scenario över hypotetiska utfall i kommande beslutssituationer för konsumenter och producenter. Skillnader mellan de bägge producentkategoriernas målfunktioner (vinst- eller kvantitetsmaximering) har i tabellen nedan hanterats på särskilt sätt.

**Tabell 1 Förväntade skillnader i aktörernas val av ersättningssystem uttryckt som sannolikhetsbedömningar (värde 0,0 - 1,0) där taxa 1 är premietandvård och taxa 2 är åtgärdstaxa.**

Ålder	Konsument		Producent	
	Taxa 1	Taxa 2	Taxa 1	Taxa 2
20-39	0,1	0,9	0,8	0,2
40-59	0,6	0,4	0,45	0,55
60-	0,9	0,1	0,2	0,8

Skillnaden mellan konsumenterna och producenterna är att konsumenternas preferenser i form av adekvat vård till lägsta möjliga kostnad utgör ett homogent mål. Av tidigare angivna skäl föreligger en skillnad mellan de bägge producentkategoriernas målfunktioner. Det senare bidrar till att utfallet i de tre valsituationer som de tre åldersgrupperna representerar ger mindre differenser i sannolikhetsstalen för den del av tabellen som redovisar producenternas sammanvägda preferenser. Skälet till denna utjämning är att tjänstetandläkarna i högre utsträckning än privattandläkarna förväntas förordas taxa 1 framför taxa 2, dvs. tjänstetandläkarna väljer oftare än privattandläkarna det system som förordas av patienten för att på så vis garantera maximal produktion/kvantitet. För privattandläkarna är det företagsekonomiska utfallet en överordnad målsättning.

Det som talar för att konsumenterna i åldersgruppen 20-39 skulle välja premietandvården före taxa 2 är att utgifterna i den förra är överblickbara. I vårt exempel förutsätts genomsnittskonsumenten dock minimera sina utgifter genom att fondera premieutgifterna för att lägga dessa på vård när väl tandskada uppdragas och därefter åtgärda skadorna enligt taxa 2.

Sammanfattningsvis åskådliggör tabell 1 det faktum att konsument- och producentintresset sannolikt inte kommer att sammanfalla vid val ersättningssystem. Det innebär att producenterna generellt sett kommer att ha ekonomiska incitament att erbjuda konsumenterna "fel" ersättningssystem.

### *Avvägning mellan kostnadskontroll och produktivitet*

Försäkringsgivaren har ett berättigat intresse av att kunna prognostisera utfallet av försäkringsutbetalningarnas sammanlagda belopp över budgetcykeln. Fast ersättning per försäkrad ger en god kontroll över de medel som utgör kapitationsersättning. Utgifter till följd av det särskilda högkostnadsskyddet ingår inte i denna kalkyl. En åtgärdstaxa gör det svårare att, som tidigare berörts, på kort sikt kalkylera fram det korrekta totalbeloppet. En teknik som förordas av Specialisttaxeutredningen, i betänkandet (SOU 1992:118) Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare, är att fastställa ett ekonomiskt tak för totalt under året uppburet arvode. Denna teknik är i princip överförbar till tandvårdsmarknaden, även om den från företagsekonomiska utgångspunkter inte är invändningsfri.

Den övergångslösning som ÖTF valt med två parallella ersättningssystem balanserar till viss del de motstridiga kraven om produktivitet och kostnadskontroll. Syftet med ÖTF:s förslag är dock att en övergång på sikt skall ske till premiesystemet. Det kommer således att successivt allt bättre tillgodose kravet på kostnadskontroll. Vad som händer med produktiviteten inom tandvårdssystemet om den produktivitetsstimulerande åtgärdstaxan slopas är dock högst osäkert.

### *Avvägning mellan avgiftsfinansiering och subvention*

Subventionerade priser kan medföra överefterfrågan och ett ineffektivt resursutnyttjande. Ett alternativ till det svenska tandvårdssystemet, som svarar upp mot krav som gäller på en efterfrågestyrd marknad, är ett system utan inslag av skattesubventioner. Detta gäller som tidigare nämns i Norge.

Generellt gäller att ju högre grad av avgiftsfinansiering av en tjänst, dvs. motsvarande lägre andel skattesubvention av tjänsten, desto större kostnadsmedvetenhet hos såväl producenter som konsumenter. Det sistnämnda innebär, mot bakgrund av den utformning åtgärdstaxan givits, att patienter som väljer denna taxa kan förmodas bli betydligt mer intresserade av att i dialog med sin tandläkare komma överens om hur omfattande åtgärdsprogram skall vara och till vilka kostnader detta kan genomföras. Konsumentens relativa nytta av olika behandlingsåtgärder kan således mycket väl komma att diskuteras mer aktivt enligt den föreslagna och modifierade åtgärdstaxan. De av tandläkarna kalkylerade patientpremierna inom premietandvården kommer sannolikt också att bli en källa till dialog även om kopplingen mellan patienternas ersättning (premien och eventuell besöksavgift) och tandläkarens prestationer är otydligare i detta ersättningssystem. Ett scenario med ingående prisdiskussioner är från konkurrenssynpunkt positivt. Detta förutsätter emellertid aktiva och också förhandlingsstarka konsumenter.

Vid ökad avgiftsfinansiering blir det viktigt att uppmärksamma betalningssvaga grupper, som i de fall inte särskilda åtgärder vidtas, kan komma att ställas utanför vård- och ersättningssystemet. Ju högre grad av avgiftsfinansiering desto viktigare blir det att se till att ett högkostnadsskydd får en ändamålsenlig utformning. Det är också viktigt att högkostnadsskyddet inte motverkar de positiva effekter som avgifterna har som efterfrågebroms, en inte oväsentlig faktor i en situation med skattesubventionerade tjänster. Nuvarande taxa har vid sidan av s.k. §-9 fall haft en vårdstyrande och kostnadsdrivande effekt genom sin konstruktion med automatiskt högkostnadsskydd. Detta skydd har således byggt på ackumulerade behandlingskostnader. ÖTF:s förslag om att i större utsträckning koppla högkostnadsskyddet till vissa angivna åtgärder ökar effektiviteten i ersättningssystemet.



### *Avvägning mellan fri och reglerad prissättning*

Konkurrensverket förordar en så fri prissättning som möjligt inom ramen för tandvårdsmarknadens subventionerade konsumtion. Skälen bakom detta ställningstagande är flera. För det första är priset på en marknad, som i hög grad påverkar beslut om nyetablering och investeringar, den enskilt viktigaste faktorn för information till marknadens aktörer. Det innebär att priset påverkar enskilda aktörers beslut om eventuellt inträde på marknaden genom att marknadens prisnivå i hög utsträckning bestämmer möjligheterna för framtida vinster. För det andra är fri prissättning en garanti för livskraftig branschdynamik. Ett administrativt beräknat pris, representerat av gällande tandvårdstaxa, riskerar alltid att hamna för högt eller för lågt. Mot bakgrund av det allmännas intresse av att hålla nere försäkringskostnaderna är det snarast risken med för lågt satt taxa i förhållande till vad som krävs för en kostnadseffektiv tandvård som i realiteten blir av intresse att studera närmare. En för lågt satt taxa kan bl.a. motverka nytillträde på marknaden och nyinvesteringar samt medföra att för lite resurser kan avsättas till kompetens- och produktutveckling. Alla dessa faktorer hämmar branschens utveckling. På sikt måste normalt sådana effekter korrigeras och finansieras.

Konkurrensverket kan dock för närvarande inte tillstyrka fri premiesättning och pris-konkurrens på marknaden för vuxentandvård. Ställningstagandet grundar sig på följande skäl. Om offentligt drivna kliniker skall premiekonkurrera med privata mottagningar så måste vuxentandvården hållas strikt åtskild såväl organisatoriskt som ekonomiskt från övrig verksamhet. Det beror på att det vid priskonkurrens alltid finns en risk att en av folktandvården bedriven klinik avstår från hela eller delar av patientavgiften och därmed täcker underskottet med skattemedel, dvs. konkurrensen snedvrids på marknaden. Effekten kan således bli att privata vårdgivare trängs ut från marknaden genom s.k. underprissättning. Risken för underprissättning av privata tandläkare är i detta fall mindre då dessa finansierar verksamheten med eget och /eller lånat riskkapital. Om detta problem inte uppmärksammas och särskilt åtgärdas vid införande av avgiftskonkurrens ges heller inte tillräcklig garanti för att avvikelser i de priser som kommer att tillämpas mellan olika vårdgivare har sin grund i motsvarande skillnader i effektivitet. En effektiv resursallokering förutsätter koppling mellan pris och kostnadseffektivitet.

För det andra innebär premietandvård en konkurrens med genomsnittspriser som ökar riskexponeringen för mottagningar med begränsat patientunderlag. Det innebär att det sannolikt endast är privata företag med betydande patientunderlag respektive folktandvården som kan hantera riskutjämning på ett tillfredsställande sätt. I och för sig kan man inte utesluta att premietandvård skulle kunna resultera i uppkomsten av ett återförsäkringssystem där vårdgivarna återförsäkrar sig i syfte att undvika periodvis höga kostnader. Denna fråga är dock inte tillräckligt belyst av ÖTF.

För det tredje missgynnar kombinationen av riskexponering och förväntad hård premiekonkurrens, bl.a. till följd av tandvårdsmarknadens generella överskott på verksamma tandläkare, ensidigt mindre tandvårdsmottagningar. Detta är otillfredsställande från konkurrens- och effektivitetssynpunkt eftersom dessa tandläkare, enligt relativt samstämmig bedömning, generellt sett representerar produktiva enheter med hög kompetens inom området reparativ och rekonstruktiv vård.

ÖTF:s åtgärdstaxa innebär i realiteten ett s.k. högstprissystem. Med högstpris avses att staten fastställer en högsta patientavgift som inte får överskridas men väl underskridas. På så sätt skapas förutsättningar för en begränsad avgiftskonkurrens. Den föreslagna åtgärdstaxan innebär således att tandläkaren kan sätta ned patientens avgift utan att påverka ersättningsnivån från försäkringen.

Ett högstprissystem liksom fri premiesättning ställer som tidigare nämns höga krav på att folktandvårdens vuxentandvård inte subventioneras med skattemedel. Detta accentuerar problemet med den kommunala kostnadsredovisningen som generellt sett inom landstingen för närvarande inte uppfyller de krav som konkurrens ställer. Folktandvårdens kliniker kan på grund av bristfällig kostnadsredovisning, medvetet eller omedvetet, komma att överföra medel som tillhör barn- och ungdomstandvårdens konkurrensskyddade verksamhet till den konkurrensutsatta vuxentandvården för att sätta lägre avgifter och/eller premier än vad som motsvaras av det faktiska resursutnyttjandet. Prisskillnader har erfarenhetsmässigt en stor inverkan på konsumenternas val av vårdgivare, vilket gör det angeläget att priset/avgiften speglar produktionskostnaderna. Det är ett villkor för att patientströmmarna skall styras till de mest effektiva vårdgivarna.

#### *Avvägning mellan övervård respektive undervård*

Konkurrensverket har i likhet med ÖTF inte anledning att gå närmare in på de moraletiska aspekterna som frågan om erbjudande av omotiverade behandlingar och onödig försäljning av vård rymmer. ÖTF:s bedömning att åtgärdstaxor kan medverka till övervård och fast ersättning till undervård är dock sannolikt korrekta.

Dessa slutsatser kan uttryckas i ekonomiska termer. Fast ersättning ger tandläkaren ekonomiska incitament att öka sin vinst genom att inte utföra all den vård som innefattas i det förutbestämda vårdpaketet. Om betalningen i stället utgår efter hur mycket och efter vilken typ av behandling som förmedlas erhåller tandläkaren ett ekonomiskt intresse av att ge den absolut högsta kvaliteten på vården snarare än den billigaste. Åtgärdstaxan kan därmed stimulera till såväl omotiverat resurskrävande moment som för patienten en dyrbar behandling.

## **6.3 Premietandvård**

### **6.3.1 Effekter på branschstrukturen**

På en konkurrensmarknad sker strukturförändringar mot optimal företagsstorlek från effektivitetssynpunkt. Ändras förutsättningarna, t.ex. genom introduktion av ny teknik eller nya ersättningssystem, startar en anpassningsprocess vars hastighet bl.a. beror på det förvandlingstryck detta skapar. Ju lägre konkurrenstryck och ju sämre signalsystem (prisbildning) desto långsammare anpassning sker hos aktörerna.

Konkurrensförmågan hos olika aktörer inom föreslagen premietandvård kommer i högre utsträckning än i dag vara korrelerad till organisationsstorlek och finansiell styrka. Det innebär att tandvårdskliniken som enmansföretag lämpar sig sämre för detta ersättningssystem, oavsett hur denna organisationsform hanterar vårdideologiska frågor såsom patientens kontinuitet i sin läkarrelation.

Om ÖTF med metodutveckling menar produktutveckling så talar erfarenheter från branscher med snabb metod- och produktutveckling (t.ex. läkemedelsbranschen) för att finansiell styrka även i detta avseende kommer att ha stor betydelse för företagens konkurrensförmåga såväl idag som i framtiden. Utredningens förslag om en arvodeshöjning med mellan 7 och 8 % i fasta priser torde medverka till att ge de privata vårdgivarna bättre förutsättningar att erhålla ekonomiskt utrymme för produkt- och kompetensutveckling.

Det sammantagna kravet på organisatorisk storlek (finansiell styrka) påverkar även ett annat av ÖTF uppmärksammat förhållande, nämligen vårdgivarnas riskexponering. Fast ersättning förutsätter att tandvårdsproducenten, oberoende av ägare, attraherar ett tillräckligt stort patientunderlag för att företagsekonomiskt olönsamma patienter (dyra i

förhållande till given ersättning) skall vägas upp av ekonomiskt lönsamma. Fast ersättning har också empiriskt visat sig ge problem när det gäller att fastställa storleken på ersättningen, t.ex. checkens värde inom barn- och ungdomsvården i Stockholms läns landsting, där vårdkrävande barn enligt vissa privattandläkare inneburit en allt för hög affärsrisk i förhållande till ersättningen. Detta gäller i hög grad även för premietandvårdens ersättningssystem, som om det införs sannolikt av dessa skäl kommer att medföra en sammanslagning av i första hand privata mottagningar. Storleken på denna koncentrativa effekt är svårbedömd men den kan - om stordrifts- och skalfördelar inom tandvården är av mindre betydelse (vilket är ett rimligt antagande) - leda till att branschstrukturen utvecklas mot en ytterligare ökad koncentration och ytterst en duopolmarknad. En sådan utveckling kan negativt påverka branscheffektiviteten på grund av en minskad konkurrens på marknaden.

### **6.3.2 Ett aktörsperspektiv**

#### *Konsumentintresset*

Premietandvården innebär en typ av valfrihetsmodell. Samtidigt bygger den på en kontraktsidé som förutsätter avtal mellan vårdgivare och vårdtagare. Avtalets villkor om bl.a. premiernas storlek bestäms av tandläkaren i dialog med vårdtagaren. Kontraktet begränsar valfriheten i så måtto att premiebeloppet går förlorat vid tandläkarbyte under avtalsperioden, något som begränsar brukarinflytande och därmed konsumenternas inflytande över såväl val av vårdgivare som resursfördelning. Premiesystemets kombination av fast ersättning och mer försäkringsliknande konstruktion (premiebetalning efter riskbedömning) kan stimulera patienterna till ett ökat intresse för egenvård. Detta kan i sin tur bidra till att reducera förekomsten av s.k. moral hazard, dvs. onödigt högt skaderisktagande från patientens sida. Premiebetalning har den fördelen att patienten alltid vet vilken kostnad som gäller för avtalsperioden, vilket kan uppfattas som en ekonomisk trygghet. Premietandvård har därmed den fördelen att enskilda vårdtagares kostnader blir förutsägbara, vilket är ett syfte med en försäkring.

#### *Producentintresset*

I det nuvarande ersättningssystemet är staten försäkringsgivaren med konsument- och producentrollen klart avgränsade. Regering och riksdag fastställer storleken på såväl sociala avgifter som patientavgifter (direktbetalning/självrisk) och högkostnadsskyddet (det egentliga försäkringsskyddet). I det ersättningssystem som förordas med premietandvård blir det allmännas roll som försäkringsgivare mindre tydlig. Ansvar för vårdgivaren/tandvårdsföretaget att genomföra riskbedömningar som grund för den fria premiesättningen innebär att denne delvis ikläder sig rollen som försäkringsbolag. Annorlunda uttryckt decentraliseras riskbedömningen från central till lokal nivå.

Fast ersättning per patient ger en jämnare inkomst för tandläkaren, vilket torde uppfattas som positivt.

Reglerna för anslutning och konsumenternas faktiska beteende i den valsituation som uppstår när en vårdtagare önskar inträde i premiesystemet torde, åtminstone på sikt, påverka den geografiska fördelningen av tandläkare. Om premietandvården i högre utsträckning än andra mer renodlade kundvalsmodeller kan medverka till en jämn fördelning av tandläkare i förhållande till upptagningsområdets faktiska behov är dock svårt att på förhand uttala sig om. Sannolikt innehåller tandläkarens besluts kalkyl fler variabler än förväntad inkomst (tillgång på patienter). Boendemiljö/rekreativmöjligheter, närhet till kommunikationer och övrigt

serviceutbud, etc. är sannolikt också betydelsefulla faktorer vid val av etableringsort, dvs. det är inte endast konsumenternas efterfrågan som avgör slutgiltig etablering i det enskilda fallet.

#### *Försäkringsgivarens intressen*

Premietandvården har likheter med husläkarsystemet, som skall införas från den 1 januari 1994, och som redan börjat införas inom vissa landsting. En likhet är det starka inslaget av producentstyrning. En annan likhet är att fast ersättning, som i sak är detsamma som kapitation, ökar förutsättningarna för finansären - staten - att förutse tandvårdsförsäkringens framtida totala utbetalningar.

Huruvida staten även kan påverka vårdinnehållet eller den s.k. hälsoeffektiviteten med en ersättningsmodell med fast ersättning är inte lika självklart. Att även ÖTF är medveten om detta faktum står klart genom följande citat på sidan 48 i betänkandet om Denplan i Storbritannien. "I materialet i studien över Denplan konstateras att forskningsbevis som ger stöd för att korrelera kvaliteten i vården till ersättningssystemet antingen är bristfälliga eller mångtydiga."

Detta torde få tolkas så att Denplans förespråkare inte funnit empiriska belägg för att ersättningssystemen inom tandvården har en styrande inverkan på vårdkvaliteten, utan att andra faktorer kan ha ett avgörande inflytande på tandhälsan i olika ersättningssystem. Möjligheten att t.ex. stimulera tandvårdskonsumtionens inriktning torde vara lika stor eller större i ett åtgärdsbaserat ersättningssystem, som dock har vissa andra nackdelar från kostnads- och effektivitetssynpunkt. ÖTF har i denna del dragit för generella slutsatser utifrån det redovisade materialet, dvs. hittillsvarande erfarenheter av Denplan utgör en för bräcklig grund för att införa ett nytt och i princip oprövat ersättningssystem. Enligt RFV saknas statistiskt underlag i Sverige för säkra slutsatser om samband mellan försäkringens kostnadsutveckling och inriktning av vården. Även om man beaktar att den åtgärdsbaserade taxan skall löpa parallellt med premiesystemet kan invändningar resas mot att genomföra ett likformigt ersättningssystem, utan hänsyn till regionala och lokala avvikelser vad gäller utbuds- och efterfrågestruktur. Ekonomikommisionen (SOU 1993:16, bilaga 8), eller den s.k. Lindbeckkommissionen, tar upp frågan om storskaliga samhälleliga experiment. Därvid uttalas följande.

"Försöken med större inslag av konkurrens och andra former av ekonomiska incitament i offentlig sektor torde generellt sett befrämja kostnadseffektivitet och ökad valfrihet för medborgarna. Det är dock viktigt att ha i åtanke att alla system för resursallokering har såväl för- som nackdelar och att det i förväg är svårt att bedöma vilket system som passar bäst inom ett visst område. Av det skälet bör man undvika storskaliga experiment som t.ex. husläkarsystemet, och i stället uppmuntra mångfald i försöken med nya system."

Konkurrensverket delar dessa slutsatser. Mot bakgrund av senare års mindre goda erfarenheter av gällande tandvårdstaxa är det därför motiverat att pröva alternativa lösningar. ÖTF:s förslag om att låta två parallella system verka sida vid sida torde medverka till att ett visst utrymme skapas för lokala och regionala skillnader. Att korrigera premiesystemet för icke avsedda negativa verkningar på marknaden efter att systemet införts kommer sannolikt att vara svårt bl.a. mot bakgrund av de kontraktsbindningar som systemet är uppbyggt kring.

Ett stort antal år med en reglerad tandvårdsmarknad, särskilt vad gäller försäkringsanslutning och prissättning, gör erfarenhetsmässigt omställningen till en friare marknad svår för såväl producenter som konsumenter. Erfarenheterna från regleringar och deras effekter på bl.a. prisbildningen inom t.ex. bostads- och transportmarknaden har visat att

det är enklare att införa regleringar än att komma fram till de rätta formerna för att återställa marknaderna till fungerande konkurrensmarknader. Avslutningsvis bör erinras om att eventuella misstag genom införande av storskaliga lösningar till syvende och sist alltid får betalas av konsumenterna och skattebetalarna i form av höjda avgifter eller högre skatt.

### **6.3.3 Frisktandvårdsförsäkring i Göteborg**

Riksdagen beslutade (1991:1234) i augusti 1991 om försöksverksamhet inom folktandvården i Kristianstad och Göteborg och Bohuslans landsting samt Göteborgs kommun. I Göteborgs kommun bedrivs sedan oktober 1991 ett försök med en s.k. frisktandvårdsförsäkring vid en folktandvårdsklinik. Försöksverksamheten, som skall pågå i tre år, vänder sig till samtliga invånare i kommunen som är över 19 år och har minst 16 tänder (normal tanduppsättning är 28 tänder, exkl. 4 visdomständer). Frisktandvårdsförsäkringen innebär att patienten och tandläkaren ingår ett ettårigt avtal där båda parter åtar sig ett visst vårdåtagande. Frisktandvårdsförsäkringen har dispens från den allmänna försäkringen och omfattar all tandvård motsvarande tandvårdsförsäkringen och tandvårdslagen. Socialförsäkringssystemet står för 50 % av kostnaderna. Kostnader för tandtekniskt arbete och material omfattas inte av frisktandvårdsförsäkringen utan ersätts till 50 % av försäkringskassan och till 50 % av patientavgifter. Tandläkarens ersättning utgörs av en fast ersättning per patient från socialförsäkringssystemet och en premie som patienten betalar. Även i Tanumshede i Bohuslän pågår en försöksverksamhet med frisktandvårdsförsäkring. Detta försök skiljer sig från Göteborgsprojektet endast i avseendet att det startade något senare och att Tanumshede är en glesbygdskommun.

Ett motiv till försöken med frisktandvårdsförsäkring var att nuvarande taxa anses alltför vårdstyrande och att den ger få incitament till hälsobevarende verksamhet för både patienter och tandläkare. Syftet med frisktandvårdsförsäkringen är att tandvårdspersonalen skall upplysa och hjälpa patienten att genom förebyggande åtgärder upprätthålla en bättre tandhälsa.

I Göteborg är för närvarande ca 2 200 patienter anslutna till frisktandvårdsförsäkringen. Av dessa var hälften tidigare patienter hos försöksklinikerna eller hos tandläkaren som tjänstgör vid berörd klinik. Övriga patienter är nytillkomna. Större delen av patienterna eller drygt 70 % är mellan 20 och 40 år. Endast ett fåtal patienter har lämnat försäkringen sedan försöket startade.

#### *Nollställning*

Innan patienten tecknar avtal om frisktandvårdsförsäkring genomgår patienten en fullständig behandling. Denna s.k. nollställning innebär att behandling köps från en vanlig folktandvårdsklinik, den s.k. "rehabiliteringsklinikerna", och debiteras enligt gällande tandvårdstaxa. Nollställning av samtliga patienter i åldersgruppen 20-29 år har enligt projektledning totalt kostat i genomsnitt ca 500 kr per patient. Som en jämförelse nämndes att motsvarande tandvårdskostnad inom övriga Bohuslän är ca 1 000 kr per patient.

#### *Riskgruppering*

Efter nollställningen sker en riskbedömning grundad på en prognos rörande patientens framtida tandhälsa varefter patienten placeras in i en av tre definierade riskgrupper. Försäkringsersättningen till tandläkaren betalas ut i form av ett fast belopp per patient (kapitering). Därutöver erhåller tandläkaren en fast premie från patienten. Såväl försäkringsersättning som premie varierar beroende på patientens riskgruppsstillhörighet.

Premienivåerna syftar till att ge ökade incitament till förebyggande vård. Ersättningssystemet framgår av följande tablå.

<b>Riskgrupp</b>	<b>Fast ersättning</b>	<b>Patientavgift (premie)</b>
1. Lågriskgrupp	300	300
2. Mellangrupp	650	650
3. Högriskgrupp	1 000	1 000

Ersättningsnivåerna har fastställts av försäkringskassan i Göteborg i samråd med företrädare för frisktandvårdsförsöket (Tandvården i Göteborg). Utgångspunkten var därvid att uppnå en företagsekonomisk bas motsvarande ett patientunderlag om 4 000 patienter och med en subventionsgrad på i genomsnitt 50 %, dvs. samma subventionsgrad som i nuvarande tandvårdsförsäkring.

Drygt 60 % av försökets patienter är inplacerade i lågriskgruppen. I vårdgrupp 2 och 3 återfinns 30 %, medan resterande andel utgör högriskpatienter.

#### *Försöksklinikens arbetsform*

Projektet bygger på ett annorlunda arbets- och produktionssätt jämfört med andra tandvårdskliniker. Frisktandvårdskliniken har en halvtidsanställd tandläkare och tre heltidsanställda tandhygienister. Tandhygienisterna förbereder patienterna, som är nollställda, med röntgen m.m. innan tandläkaren ställer diagnos och antingen utför vård själv eller instruerar hygienisterna om vad som skall göras. Reparativ vård eller annan behandling köps från rehabiliteringskliniken. Efter ett år med frisktandvårdsförsäkringen har en tredjedel av patienterna erhållit någon typ av köpt vård/lagning utöver fastställt vårdprogram. Hälften av denna vård utgjorde sönderbitna fyllningar.

#### *Preliminära erfarenheter*

Enligt projektledningen kan frisktandvårdsförsäkringen stimulera vissa patienter till allt för täta tandläkarbesök eftersom tandvården efter erlagd premie är kostnadsfri för patienten. Vidare poängteras att generella slutsatser inte kan dras om hur frisktandvårdsförsäkringen har påverkat faktorer såsom försöksgruppens tandhälsa, vårdkostnader m.m. mot bakgrund av bl.a. sned patientrekrytering och att s.k. nollställning sker före patienterna ansluts till försäkringen.

Patienter som önskar ansluta sig till frisktandvårdsförsäkringen måste som tidigare nämnts ha minst 16 tänder. Det innebär enligt företrädare för Göteborgs privattandläkarförening en viktig begränsning genom att hälften av alla 50-åringar har färre än 16 tänder och därför inte kan delta i försöket. Privattandläkarföreningen anser att det vore bättre att bedriva försök baserade på klinikers befintliga patientunderlag för att undvika snedrekrytering. Frisktandvårdsförsäkringen förutsätter i likhet med ÖTF:s förslag om premietandvård en riskbedömning grundad på patienternas tandhälsa. Riskbedömningen är det enskilt största problemet för privattandläkarna.

Genom att privattandläkarföreningen inte har fått tagit del av de beräkningar m.m. som legat till grund för premiesättningen kan de inte heller värdera om riskbedömning respektive premiesättning är förenlig med företagsekonomiska principer eller ej.

## **6.4 Åtgärdstaxa**

ÖTF:s förslag till ny åtgärdstaxa med ett enhetligt maximiarvode som innehåller tre subventionsnivåer (A-C) innebär en förenkling av nuvarande taxa. Patientavgiften förutsätts

som idag vara statligt reglerad. Någon fri avgiftssättning, i likhet med premiesystemet, föreslås därmed inte. Däremot ger den nya taxans föreslagna konstruktion mer realistiska möjligheter för vårdgivarna att inom högstprissystemets ramar konkurrera med patientavgifterna eftersom nedsatt patientavgift inte påverkar ersättningsnivån från försäkringen. För att avgiftskonkurrens skall kunna medverka till ökad effektivitet krävs dock att garantier ges för att inte folktandvården kan korssubventionera vuxentandvården och skjuta till skattemedel i denna verksamhet. Det betyder att folktandvårdens kostnadsredovisning och organisation först bör åtgärdas enligt vad som ovan anförs innan priskonkurrens mellan folktandvården och privata tandläkare kan införas.

En högre subventionsgrad för förebyggande vård (A) ökar tandläkarens ersättning från försäkringen för dessa åtgärder i förhållande till reparativ vård såsom lagning och fyllning av tänder (B). För protetisk behandling (C) föreslås samma subventionsnivå som för förebyggande vård. Genom att behandlingsperioden (och subventionstrappan) inte längre utgör grund för när högkostnadsskyddet inträder minskas åtgärdstaxans vårdstyrande och kostnadsdrivande effekt.

Sammantaget åstadkommer ändringarna i princip en styckeprissättning där tandläkarens arvode förutsätts täcka kostnaderna för t.ex. tandtekniskt arbete. Tandläkaren kan upphandla dessa tjänster genom anbudstävlan. Det innebär att ett konkurrensmoment tillförs systemet vilket är positivt från effektivitetssynpunkt. Tre problem, vid sidan av de negativa effekter avgiftskonkurrens under rådande marknadsförhållanden kan ge upphov till, bör därvid uppmärksammas. Det första gäller hur vinsterna av anbudskonkurrens vid upphandling av tandtekniker- och tandhygienisttjänsterna (och de förmodade lägre kostnaderna för tandläkarna till följd av detta) skall komma konsumenterna till del när totalarvodet är centralt fastställt av staten. Besparingarna i tidigare led behöver därmed inte automatiskt eller nödvändigtvis leda till en lägre patientavgift. Dessutom är tandläkarnas möjligheter att pressa kostnaderna för insatsvaror och tjänster bl.a. beroende av lokala marknadsförhållanden på underleverantörsmarknaderna och därmed till viss del utanför enskilda tandläkares kontroll. Enligt företrädare för branschen, Föreningen Tandhygienister Egna Företagare (FTEF), skulle ett slopande av tandhygienisternas särskilda timtaxa och kravet på att en tandläkare skall vara knuten till tandvårdsföretaget skapa ett negativt ekonomiskt beroendeförhållande mellan privatpraktiserande tandhygienist och berörd tandläkare. Detta är dock i första hand en konsekvens av att det är tandläkaren som enligt lag (1962:381) om allmän försäkring har det formella vårdansvaret för patienterna och inte tandhygienisterna. De sistnämnda har emellertid från den 1 juli 1991 möjlighet att efter genomgången utbildning (2,5 år) erhålla legitimation och rätt att utan tandläkares överinseende självständigt utföra kompetensenlig behandling (företrädesvis åtgärder mot tandlossning).

Det andra problemet rör frågan om hur s.k. taxeglidning kan undvikas och är delvis redan berört i anslutning till beskrivningen av det nya högkostnadsskyddet. Slopandet av behandlingsperiodens längd som styrinstrument för aktivering av högkostnadsskydd minskar automatiken för försäkringens kostsamma behandlingar vilket av effektivitetsskäl är positivt. Eftersom subventionsgraden är 80 % inom högkostnadsskyddet och endast 20 % i åtgärdsgrupp B respektive 50 % i grupp C, finns det även i den nya taxan ekonomiska fördelar av att definiera åtgärden så att den faller under högkostnadsskyddet när patienten står inför omfattande behandlingar. Någon garanti för att taxeglidning helt och hållet skulle upphöra finns därmed inte.

För det tredje fokuserar föreslagen åtgärdstaxa problemet med risken för korssubventionering inom folktandvården mellan barn- och ungdomstandvården och vuxentandvården samt mellan specialisttandvården och vuxentandvården. Om en överföring av skattemedel sker mellan olika vårdformer inom den offentligt drivna tandvården kommer detta att snedvrída konkurrensen om vuxenpatienterna och ge upphov till skillnader i produktivtetspress för privat och offentlig tandvård. Denna skillnad kan bl.a. yttra sig i form av svårigheter för privata tandläkare att hävda sig gentemot folktandvården vid upphandling från underleverantörer genom att de senare kan erbjuda förmånligare villkor. Även i ett läge med hög prispöjlsamhet (sannolik följd av prisregleringen) kan förekomsten av skattesubventioner påverka den kvalitetskonkurrens som ersätter priskonkurrensen och därmed ytterligare snedvrída konkurrensförutsättningar.



### 7.1 Marknadslösning eller reglering

#### *Allmänt*

Det råder en tämligen enig uppfattning om att Sverige har i ett internationellt perspektiv en god tandhälsa. Denna slutsats får stöd av den nyligen publicerade SNS-studien Tandvård i andra länder. Denna samstämmighet omfattar även slutsatsen om att gällande tandvårdsförsäkring bidragit till att förbättra tandhälsan genom att under 70- och 80-talet stimulera till reparativ tandvård. Vidare är man också ganska överens om att en avgiftsfri och gemensamt finansierad barn- och ungdomstandvård är väsentlig för att lägga grunden till en fortsatt god tandhälsa under vuxenlivet. Mot bakgrund av den kritik, bl.a. från kostnads- och konkurrenssynpunkt, som riktats mot administrationen av gällande försäkring, har det ansetts sakligt motiverat att ompröva ersättningssystemet inom ramen för gällande tandvårdsförsäkring. ÖTF har arbetat efter ett antal givna utgångspunkter, däribland avreglering i form av slopad etableringskontroll, mer förutsägbara försäkringskostnader och mindre försäkringsadministration m.m.

Dagens tandvårdsmarknad är en konsekvens av marknadens regleringar såsom prisreglering, etableringskontroll och offentliga monopol. Marknadsstrukturen kan sammanfattas på följande sätt. Folktandvården svarar för ca hälften av landets totala tandvårdsproduktion och är den helt dominerande vårdgivaren inom barn- och ungdomstandvård, specialisttandvård och institutionstandvård. För den andra hälften svarar privattandläkarna, som har ca tre fjärdedelar av vuxentandvården, medan folktandvården svarar för resterande fjärdedel. Tandvårdsmarknaden har därmed delats upp i två lika stora delar samtidigt som vårdgivarna kan förmodas ha olika målsättningar med verksamheten, nämligen vinstmaximering (privattandvården) respektive kvalitets- och kvantitetsmaximering (folktandvården). Till denna bild hör även att 70 % av all tandvård finansieras med allmänna medel, dvs. statliga medel (försäkringen) och landstingets skattemedel.

#### *Återskapa marknaden*

Ett åtgärds paket som tar sikte på att tandvårdsmarknaden på sikt skall utvecklas mot en marknad med effektiv konkurrens bör utgå från de förutsättningar som kan betraktas som givna, även om dessa innebär en viss restriktion för att åstadkomma effektiva marknadsförhållanden. Ett gemensamt drag för hela hälso- och sjukvården, inklusive tandvården, är att konsumenterna befinner sig i ett informationsunderläge gentemot vårdgivarna. I vilken utsträckning denna asymmetri utgör hinder för en ytterligare marknadsanpassning, t.ex. fri priskonkurrens, är oklart. En annan restriktion är att vuxentandvården även i den närmaste framtiden sannolikt kommer, av socialpolitiska skäl, att vara subventionerad via ett gemensamt finansierat försäkringssystem. Detta förhållande kräver i sig någon form av reglering (taxa eller motsvarande) för att fördela försäkringens medel. Följande åtgärder bör dock genomföras för att på sikt tillskapa en fungerande marknad.

För det första är det en självklarhet att vårdgivare på en och samma marknad tillåts arbeta under samma spelregler. Det betyder att nuvarande skillnader mellan folktandvården och privata tandläkare beträffande utbetalningsregler, krav på betalningsunderlag, förhandsprövningar av mer omfattande behandlingar respektive momsreglernas utformning inte skall förekomma.

För det andra måste tandvårdshuvudmännen öppna sina monopoliserade delmarknader för konkurrens. Olika vägar bör provas beroende på vilken delmarknad som avses. Nedan berörs barn- och specialisttandvården. För sjukhus- eller institutionstandvården ankommer det på tandvårdshuvudmännen och landstingen att utarbeta former för anbudsförfarande som möjliggör för andra aktörer än folktandvården att erbjuda denna tandvård.

För det tredje bör tandvårdshuvudmännen i förekommande fall se över och pröva möjligheten att införa resultatenheter och även anpassa eller ändra sina redovisningssystem. En övergång till s.k. slutna redovisning framstår i detta fall som den enda acceptabla lösningen från konkurrenssynpunkt. Utveckling av ekonomi- och redovisningssystem är en relativt komplicerad process och bör av detta skäl tidigt planeras in och integreras i beslutade omorganisationer. Renodlade resultatenheter för de verksamheter som konkurrerar med privata företag borde av effektivitetsskäl och med hänsyn till kravet om lika konkurrensvillkor redan ha införts inom den offentligt drivna tandvården.

Det faktum att konkurrensen för närvarande är svag eller obefintlig på ett antal lokala och regionala tandvårdsmarknader framgår bl.a. av tidigare redovisade uppgifter om antal kliniker och mottagningar per kommun (jämför avsnitt 3.3.1). Av denna redovisning framgår att det i 25 kommuner endast bedrivs vuxentandvård i en regiform. Vidare har även ett flertal landsting inslag av glesbyggsproblematik, liknande den som beskrivits rörande förhållandena i Norrbotten (avsnitt 3.3.2). Detta understryker vikten av att bl.a. tandvårdshuvudmännen vidtar de konkurrensfrämjande åtgärder som ovan anförs. En förändringsprocess i den riktning som dessa åtgärder anger är en förutsättning för att t.ex. stimulera nyetablering av privata tandläkare på berörda delmarknader.

#### *Premietandvård och åtgärdstaxa*

ÖTF har lagt fram förslag till nytt ersättningssystem grundat på en problembild som i praktiken utgör en provkarta på brister hos nuvarande taxekonstruktion. De föreslagna ersättningssystemen syftar till att bl.a. korrigera en tidigare negativ vårdstyrande effekt (reparativ vård och kostnadsdrivande inslag). Utredningens förslag tar dock inte sikte på att skapa en fungerande konkurrensmarknad.

Om ÖTF:s förslag till ändrad tandvårdsförsäkring införs i enlighet med betänkandets intentioner innebär detta, med några undantag, en "omreglering" av tandvårdsmarknadens ersättningssystem som inte möter grundläggande krav på lika spelregler på tandvårdsmarknaden. Undantagen avser förslagen om att slopa behovsprövningen vid anslutning av privata tandläkare till tandvårdsförsäkringen och införandet av gemensamma utbetalningsregler. En marknadslösning med lika spelregler för tandvårdsproducenterna förutsätter, med bibehållen gemensamt finansierad tandvårdsförsäkring, en komplettering i väsentliga delar av ÖTF:s förslag.

Ett införande av premietandvård bör föregås av en genomgång och analys över vilka effekterna blir på marknaden av ett system med fast ersättning och fri premiesättning. Fast ersättning eller kapitring kommer att påverka tandvårdsmarknadens framtida branschstruktur. Tyvärr utmynnar ÖTF:s analys endast i konstaterandet, att riskbedömning och riskutjämningskrav vid tillämpning av premietandvård kommer att gynna större

produktionsenheter. Denna aspekt fordrar dock en mer utförlig konsekvensanalys innan fast ersättning prövas som generellt system för hela landet. En variant skulle kunna vara att pröva premiesystemet i full skala hos ett begränsat antal tandvårdshuvudmän och därefter utvärdera resultatet. Kontrakten mellan patient och tandläkare binder dessutom upp såväl vårdtagare som vårdgivare, vilket kan göra det svårt att avveckla premietandvårdssystemet i de fall det visar sig ge icke önskvärda resultat. En utveckling som definitivt bör undvikas är att tandvårdsbranschen utvecklas mot en duopolmarknad där folktandvården enbart konkurrerar med ett marknadsdominerande och rikstäckande företag (Praktikertjänst AB).

Om det inte säkerställs att folktandvårdens vuxentandvård skapar intäkter enbart på verksamhetens egna meriter och att verksamheten dessutom inte tillförs skattemedel bör inte premie- eller avgiftskonkurrens övervägas. Möjligheterna till korssubventionering mellan landstingens berörda vårdområden måste vara eliminerade innan priskonkurrens införs mellan folktandvården och privattandläkarna.

Turordningen bör därför vara att folktandvården först inrättar resultat- eller utförarenheter med en redovisning som tillåter revision av kostnader och intäkter. Detta klaras bäst om dessa utförarenheter drivs som separata juridiska personer. Därefter kan övervägas om dessa enheter i övrigt har förutsättningar att tävla på en fungerande konkurrensmarknad. Verksamheter såsom forskning och utbildning samt vård som inte kommer till stånd på en fungerande konkurrensmarknad (sjukhustandvård och viss specialisttandvård) bör finansieras i särskild ordning. Sistnämnda vård bör upphandlas genom anbudskonkurrens, vilket ger den bästa garantin för låga kostnader vid given kvalitet.

Premietandvård har vissa fördelar såsom administrativa besparingar och bättre kostnadskontroll. Frågan om hälsoeffektivitet förefaller mindre meningsfull att diskutera mot bakgrund av att det saknas empiriska belägg för samband mellan val av ersättningssystem och effekter på tandhälsan. Om det största problemet med dagens tandvårdsmarknad och dess ersättningssystem är förekomst av övervård skulle inslag av fast ersättning kunna utgöra ett incitament till undervård. Kopplingen mellan övervård och ersättningssystem kan dock ifrågasättas eftersom övervård, i betydelsen onödigt utförda behandlingar i endast inkomsthöjande syfte, är ett direkt brott mot de etiska regler som tandläkaren har att rätta sig efter. Om ett ersättningssystem förordade vårdstyrande effekt i korthet definieras som att systemet skall premiera förebyggande vård blir det en truism att säga att fast ersättning därvid är det bästa alternativet. Det är självklart att det system som premierar vårdproducenterna att inte utföra resurskrävande behandlingar, samtidigt som kontinuitet skall upprätthållas, också kommer att stimulera till förebyggande (mindre resurskrävande) insatser, t.ex. information om god tandhygien, instruktion om tandtråd etc. Det är dock inte detsamma som att enskilda patienters tandhälsostatus på sikt kommer att tjäna mest på just denna typ av försök till vårdstyrning. Tandhälsa är svårt att mäta på ett tillförlitligt sätt och hur tandhälsan utvecklas kvalitetsmässigt i olika ersättningssystem har inte utvecklats av ÖTF och är för närvarande oklart.

#### *Barn- och ungdomstandvård samt specialisttandvård*

Genom tandvårdsmarknadens reglering har skapats en marknad där folktandvården för närvarande svarar för nästan all barn- och ungdomstandvård. För att återskapa en konkurrensmarknad förordar Konkurrensverket därför en lösning enligt valfrihetsmodellen med införande av tandvårdspeng eller check med väl definierat innehåll. Denna tandvårdcheck bör kunna vara enhetlig och gälla lika för både folktandvården och privata

vårdgivare. Administrationen av checken bör skötas av en från folktandvården fristående beställarfunktion. Beställarna kan när denna delmarknad har utvecklats från dagens monopolliknande situation till en marknad med ett större utbud av privata vårdgivare på sikt få ett alternativ till en ytterligare konkurrenslösning med systematisk anbudstävlan. Barn- och ungdomstandvårdens kostnader och intäkter bör särredovisas inom folktandvården och utvecklingen bör följas upp såväl kvantitets- som kvalitetsmässigt.

För specialisttandvård råder särskilda förhållande där tandvården befinner sig i ett gränsområde mellan tandvård och övrig sjukvård. Var gränserna mellan tandvård och "sjukvård" går i denna bemärkelse bör närmare klarläggas. Det synsätt som författarna bakom promemorian Nya spelregler för tandvården företräder är att den kunskapsgenererande delen av specialisttandvården bör betraktas som en uppgift för den offentliga sektorn. Argument för detta är att kunskap är ett exempel på en s.k. kollektiv vara, dvs. om någon nyttjar kunskapen i fråga så förbrukas den inte utan den kan nyttjas även av andra. Av detta skäl är det olämpligt att ta ut ett pris av den som använder kunskapen, eftersom det skulle begränsa spridningen av nya rön. Annan specialisttandvård, t.ex. okomplicerade fall av dentala implantat, bör dock enligt författarna kunna ersättas som övrig vuxentandvård. Det skall under inga omständigheter "löna sig" för tandläkaren att remittera patienterna vidare. Författarna menar att tandläkare i system med fast ersättning har ett ekonomiskt intresse av att remittera patienter som kräver dyrbar behandling till specialisttandvården vare sig specialistkompetens krävs eller ej.

Från konkurrens- och effektivitetssynpunkt är det önskvärt att en så liten del av specialistvården som möjligt undandras marknadslösningar. De tandläkare som väljer att genom sin utbildning och praktiktjänstgöring skaffa sig specialistbehörighet bör också få möjlighet att verka som sådan även i privat regi.

Inom ramen för ÖTF:s fortsatta och kompletterande utredningsetapp bör särskilt studeras hur premietandvård påverkar tandvårdsmarknadens struktur och därmed effektivitetsförhållanden. Vidare bör därvid göras en ingående analys av hur tandvårdsmarknadens olika delmarknader påverkar konkurrensförhållandena på marknaden i stort (interdependens).

## **7.2 Förslag till åtgärder**

Så länge tandvårdsförsäkringen subventionerar den regelbundna tandvården för vuxna samtidigt som folktandvården deltar i konkurrensen på marknaden med skattemedel saknas för närvarande egentliga förutsättningar att åstadkomma en fungerande konkurrensmarknad. Att genomföra de åtgärder som redovisas i bl.a. kapitel 4 är därför nödvändiga för att skapa förutsättningar för konkurrensneutrala villkor. Det är självklart att t.ex. lika momsregler bör gälla för en och samma verksamhet oberoende av vårdgivarens regitillhörighet. Detsamma gäller hittillsvarande skillnader avseende utbetalningsregler och formerna för förhandsprövning. För att ett modifierat försäkringssystem skall kunna införas på en tandvårdsmarknad, som kännetecknas av så lika spelregler som möjligt för såväl privata som offentliga vårdgivare, krävs i övrigt följande konkreta åtgärdsprogram:

- \* Slopa etableringskontrollen i form av behovsprövning för allmän- och specialisttandläkare.
- \* Omorganisera folktandvården till självständiga resultatenheter, helst som fristående juridiska enheter, med sluten kostnadsredovisning för varje verksamhetsgren.

- \* Inför tandvårdspeng för barntandvården hos samtliga tandvårdshuvudmän. På sikt, när marknadsförutsättningar har skapats, kan även en lösning med regelbunden anbudstävlan komma ifråga.
- \* Upphandla sjukhus- och specialisttandvård genom anbudstävlan.

Tandvårdsmarknaden har under lång tid utmärkts av omfattande regleringar, som kraftigt begränsat konkurrensen mellan marknadens aktörer. Dessa regleringar har medfört att en konkurrensmarknads funktionssätt har i väsentliga delar satts ur spel. Erfarenheter från andra avreglerade områden visar, att det oftast krävs konkurrensfrämjande åtgärder för att få till stånd en fungerande konkurrensmarknad efter att offentliga regleringar har slopats. Kompletteras ÖTF:s förslag till nya ersättningssystem enligt Konkurrensverkets förordade förslag ges bättre förutsättningar för en framtida utveckling mot en marknadssituation kännetecknad av mångfald och kostnadseffektiv vårdproduktion.

### KÄLLFÖRTECKNING

#### Skriftliga källor

Arvidsson, Jönsson, Tandvård i andra länder - vad kan Sverige lära?, 1993

Arvidsson, Jönsson, Karlsson, SNS tandvårdsprojekt "Nya spelregler för tandvården", mars 1993

Civildepartementet, Forskning om den offentliga sektorn, 1992

Håkansson, Riksförsäkringsverkets uppföljning av tandvårdstaxan, 1993

Konkurrensverket; Kommunal kostnadsredovisning - konkurrensinriktade åtgärder i beställar- och utförarmiljö, 1993

Konkurrensverket; Konkurrens och kommunala rättsprinciper - konsekvenser på en avreglerad elmarknad, 1993

Mansfield Edwin, Microeconomics - Theory and Applications, 1985

Regeringens proposition 1984/85:79, förslag till tandvårdslag m.m.

Regeringens proposition 1992/93:43, ökad konkurrens i kommunal verksamhet

Regeringens proposition 1992/93:56, ny konkurrenslagstiftning

Regeringens proposition 1992/93:100, bilaga 6

Riksförsäkringsverket, Rapport från taxegruppen, 1992

Saltman Richard B, Patientmakt över vården, 1992

Socialdepartementet, Ds 1993:18, Premietandvård en effektivare tandvårdsförsäkring

SOU 1991:104, Konkurrensen inom den kommunala sektorn

SOU 1992:118, Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare, Specialisttaxeutredningen

SOU 1993:38, Hälso- och sjukvården i framtiden - tre modeller, Rapport från expertgruppen till HSU 2000

SPK: R 1992:3, Horisontell prissamverkan och marknadsdelning

Statistisk årsbok för landsting 1992/93

Södersten Bo, Söderström Lars m.fl., Den offentliga sektorn, 1992

Westerberg Ingvar, Produktion, produktivitet och kostnader i svensk tandvård, 1987

### **Muntliga källor**

Andersson Jan-Erik, Öquist Lars, tandvårdschef respektive bitr. tandvårdschef, Norrbottens läns landsting, 1993-05-05

Ehrby Gunilla, Lagersvärd Solveig och Nyberg Sten, Föreningen tandhygienister egna företagare, 1993-06-07

Håkansson Jan, Lagneborg Inga och Rindeborn Maria, samtliga Riksförsäkringsverket, 1993-04-07

Lindvall Kurt, tandvårdschef Kronobergs län, 1993-04-31

Moberg Ingrid, ordförande för Privattandläkarföreningen Göteborg, 1993-05-18

Saläng Stefan, Nordgren Lennart, Sveriges Privattandläkarförening, 1993-05-04

Sundström B-O, ordförande för Privattandläkarföreningen Norrbotten, 1993-05-05

Zickert Ingegärd, Wingård Henrik, projektledare för frisktandvårdsförsäkringen Göteborgs kommun respektive tjänsteman vid tandvården i Göteborg, 1993-05-18

SOCIALDEPARTEMENTET

P-O Bürén

Birgitta Wittorp

*Arbetspromemoria*

1992-06-23

## Översyn av tandvårdsförsäkringen

### **1 Bakgrund**

#### **1.1 Allmänt**

Den nuvarande tandvårdsförsäkringen konstruerades vid en tidpunkt då det fanns omfattande otillfredsställda reparativa tandvårdsbehov hos en stor del av befolkningen. Genom att den prestationsrelaterade ersättningen har skapat incitament till en maximering av antalet åtgärder per tidsenhet har en hög tandvårdsproduktion stimulerats. Konkurrensen mellan en offentlig och privat vårdsektor har på ett positivt sätt bidragit till att skapa förutsättningar för en hög produktivitet, vilket har medverkat till att de vårdköer som har funnits har kunnat avvecklas.

Fletalet barn och ungdomar samt vuxna har successivt fått en allt bättre tandhälsa. Vissa grupper har dock fortfarande otillfredsställda vårdbehov, bl.a. vissa handikappade, vissa invandrare och vissa patienter i särskilda vård- och omsorgsformer.

Den allt bättre tandhälsosituationen, där flertalet patienter är friska långt upp i åldrarna, medför att det finns ett uttalat behov av att reformera tandvårdsförsäkringen från både försäkringsgivar-, vårdgivar- och patientsynpunkt.

Storleken på försäkringsutgifterna för tandvård är i nuvarande system beroende av antalet prestationer som vårdgivarna utför enligt tandvårdstaxans ersättnings- och arvodesbestämmelser. Taxan är i princip konstruerad för att vara bruttointäktsneutral, dvs. alla i taxan angivna behandlingsåtgärder skall vara lika lönsamma att utföra per tidsenhet av vårdgivaren. Vårdgivarna, såväl de offentliga som anslutna privata, tillställer försäkringskassan räkningar på de utförda prestationerna månadsvis och kassans möjligheter till kontroll av dessa är mycket begränsade innan utbetalning av försäkringsersättning måste ske. Det finns inte heller någon möjlighet att förutse kostnaderna för tandvårdsförsäkringen.

Ökningen av utgifterna för tandvård under den senaste femårsperioden har varit kraftigare än de av regeringen beslutade höjningarna av tandvårdstaxans arvodesnivå skulle motivera. Det innebär att det måste ha skett en volymutveckling och/eller övergång till mer resurskrävande behandling samtidigt som det råder enighet om att tandhälsan har förbättrats för i stort sett alla åldersgrupper. Även patienter som erhållit en omfattande konserverande behandling kan genom olika profylaktiska åtgärder ofta behålla sitt tandstatus utan omfattande insatser från tandvårdspersonalen. Detta innebär sammantaget att nuvarande ersättningssystem inte skapar rätt incitament till en både effektiv och resurssnål tandvård.



Den regionala fördelningen av försäkringsutgifterna för tandvård är ojämn. Det finns inga studier som visar att detta kan förklaras av skillnader i förutsättningarna mellan olika regioner eller i uppnått tandhälsoreultat. Detta bör tyda på att tandvårdsorganisationen i landet inte är optimal eller tillräckligt kostnadseffektiv.

Även erfarenheter från utländska ersättningssystem visar att de negativa aspekterna hos system som har samma utformning som det svenska tenderar att få en allt större betydelse ju längre tid försäkringssystemet har varit i funktion. Om nivån på tandvårdstaxan av samhällsekonomiska skäl inte tillåts stiga i takt med den allmänna kostnadsutvecklingen måste tandläkarna ständigt öka sin produktion av enligt taxan ersatta åtgärder för att bibehålla kostnadstäckning och nettoutfall. En ständigt ökad produktion innebär inte att effektiviteten ökar, dvs. att rätt åtgärder blir utförda på rätt sätt för att bibehålla eller öka tandhälsan till lägsta möjliga kostnad.

Vidare gäller att det administrativa regelsystemet innehåller bestämmelser som innebär skillnader i konkurrensförhållandena mellan folktandvård och privattandvård. Exempel på detta är att folktandvården inte behöver upprätta tandvårdsräkningar och att reglerna för utbetalning av försäkringsersättning är mer fördelaktiga för folktandvården. Näringsfrihetsombudsmannen har nyligen i skrivelse till regeringen framhållit att det är påkallat att åtgärder vidtas för att skapa förutsättningar för en konkurrens på lika villkor. Nackdelarna med nuvarande ersättningssystem kan sammanfattas med att

- \* det övergripande målet att uppnå tandhälsa för alla människor inte återspeglas i ersättningssystemet
- \* systemet inte premierar ett kontinuerligt omhändertagande av patienten
- \* ekonomiska faktorer hämmar en mer utbyggd och individanpassad förebyggande tandvård
- \* god vårdkvalitet inte premieras
- \* risk för överterapi
- \* rationaliseringar och optimalt resursutnyttjande, bl.a. genom att använda andra personalkategorier än tandläkare, inte stimuleras
- \* begränsade incitament för vårdgivaren och patienten att begränsa kostnaderna genom att en tredje part, staten genom sjukförsäkringen, betalar en stor del av kostnaden
- \* samhället inte i förväg kan fastställa en kostnadsram för vuxentandvården att begränsa kostnadsutvecklingen
- \* patienten inte i förväg kan beräkna sina tandvårdskostnader och själv, genom t.ex. egenvårdsinsatser, direkt påverka dem
- \* administrationen med kvittoskrivande m.m. blir mycket omfattande
- \* systemet kräver en detaljerad tandvårdstaxa till vilken omfattande tillämpningsföreskrifter och rekommendationer behövs.

## **1.2 Barn- och ungdomstandvården**

Regeringen avser att lägga en proposition till riksdagen för att öka inslaget av anbudskonkurrens inom kommuner och landsting. Förslagen grundas på konkurrenskommitténs betänkande (SOU 1991:41) Konkurrensen inom den kommunala sektorn.

Förslagen innebär att entreprenad skall vara tillåten i all kommunal verksamhet som inte innebär myndighetsutövning. Genom en ökad konkurrens mellan olika producenter av kommunala servicetjänster skapas ett viktigt medel för att uppnå ökad effektivitet.

Tandvårdslagen ändras så att även barn- och ungdomstandvården skall kunna läggas ut på entreprenad. I ett antal landsting pågår f.n. ett utredningsarbete med syfte att införa en "tandvårdspeng" för barnen och ungdomarna.

## **2 Mål för ett alternativt ersättningsystem**

Följande övergripande mål bör gälla för ett nytt ersättningssystem för tandvård

- \* Tandvård på lika villkor
- \* Valfrihet för patienten
  - försäkringsersättningen följer patientens val av vårdgivare
- \* God tandvård även för patienter i glesbygd och i "det glömda Sverige"
- \* Tandhälsa premieras för både vårdgivare och patient
- \* God vårdkvalitet stimuleras
  - en realistisk, individanpassad profylax
  - en precis diagnostik
  - en långtidsplanering
  - en väl balanserad terapeutisk insats
  - en vård anpassad till varje patients egna behov av vård, omhändertagande och service
- \* Egenvård och regelbunden tandvård stimuleras
- \* Incitament till kontinuitet hos vårdgivaren
- \* Ersättningen baseras på effektivitet inte produktivitet
- \* Effektivt utnyttjande av vårdresurserna (delegering)
- \* Högkostnadsskydd för stora och motiverade behandlingskostnader utan nuvarande vårdstyrning
- \* Rättvisare regional fördelning av försäkringsmedlen
- \* Enkel administration för vårdgivare och försäkringskassa
- \* Skälig ersättning till vårdgivarna
- \* Konkurrens på lika villkor mellan alla vårdgivare
- \* Slopande av etableringsbegränsningarna
- \* Försäkringsutgifterna skall vara kontrollerbara och ev. besparingsåtgärder ske på enkelt och rättvist sätt.

## **3 Inriktning av översynen**

Följande två huvudalternativ bör belysas inom ramen för en översyn av ersättningssystemet. Båda alternativen bör analyseras med utgångspunkt från att de så långt det är möjligt skall uppfylla de mål som angivits.

### **3.1 Alternativ 1**

Ersättningssystemet utgår från att en fast, schabloniserad försäkringsersättning lämnas till vårdgivaren för undersökning och förebyggande vård (åtgärdsgrupp 1 och 2 i nuvarande taxa), sänkt eller ingen ersättning, dvs. en självrisk, för konserverande behandling (åtgärdsgrupp 3, 4 och 5 i nuvarande taxa) och en likaså fast schabloniserad försäkringsersättning för protetisk behandling. Ersättningen utgår till vårdgivaren oavsett vilken "produktionsfaktormix" vårdgivaren väljer.

Förslaget till ersättningssystem bör innefatta även specialiststandvården.

Vad gäller patientavgifterna bör dels en modell med fasta patientavgifter dels ett modell med för vårdgivaren fri avgiftsättning undersökas.

Vidare ingår i detta alternativ att utreda och överväga om antingen beslut om ersättning till vårdgivarna helt eller delvis och/eller patientavgifterna kan fattas på lokal nivå samt hur det administrativa ansvaret för ersättningssystemet i så fall kan organiseras.

### **3.2 Alternativ 2**

Ersättningssystemet i detta alternativ bygger på införandet av ett "hustandläkarsystem" med en kombination av försäkringsersättning till vårdgivaren per individ och år samt prestationsrelaterad ersättning. Den fasta ersättningen följer patienten till den vårdgivare som patienten väljer. Vårdgivaren kan vara offentlig eller enskild, personalkooperativ etc. Patienten sluter ett kontrakt med vårdgivaren och betalar en fast årlig patientavgift för den tandvård som ingår i den fasta ersättningen till vårdgivaren.

Såväl den fasta ersättningen till vårdgivaren som patientens avgift bör kunna variera beroende på att vårdbehovet varierar i olika patientgrupper.

Den fasta årliga ersättningen skall omfatta

- \* individrelaterad kallelse
- \* undersökning ink. anamnes, röntgen- och laboratorieundersökning
- \* diagnostik
- \* terapiplanering
- \* profylax för karies och parodontit.

I övrigt bör övervägas om ytterligare åtgärder skall kunna omfattas av den fasta årliga ersättningen.

Exempel på sådana ytterligare åtgärder är

- \* enklare kirurgisk behandling
- \* viss endodontisk behandling
- \* konserverande behandling (åtgärdsgrupp 5)
- \* justering av partialprotes.

Förslaget till ersättningssystem skall omfatta även specialisttandvården. Det bör övervägas om den fasta årliga ersättningen öven kan innefatta åtgärder som i dag utförs inom specialisttandvården.

I detta alternativ skall belysas hur den prestationsrelaterade delen av ersättningen bör utformas. Även för denna del av ersättningen bör övervägas hur en kostnads- och volymkontroll skall kunna uppnås, t.ex. genom att i förväg fastställa odontologiska kriterier eller indikationer för när ersättning skall utgå för olika undersökningar och behandlingar.

Riskerna för underbehandling i detta alternativ bör analyseras även om dessa bedöms vara mindre när systemet innehåller både en fast ersättningsdel och en prestationsrelaterad del.

Ett förslag bör läggas om hur kontinuiteten i detta system skall upprätthållas när vårdgivaren t.ex. upphör med sin verksamhet. En möjlighet kan vara att flera vårdgivare sluter sig samman, t.ex. i en paraplyorganisation för att lösa olika sårbarhetsproblem .

Även för detta alternativ bör två olika modeller studeras dels en modell med centrala beslut om försäkringsersättningen, dels en modell med helt eller delvis lokala beslut.

Om det under översynsarbetet kommer fram ytterligare kombinationer och varianter av dessa huvudalternativ eller ytterligare alternativ som bedöms vara intressanta mot bakgrund av de under avsnitt 2 angivna målen för ett alternativt ersättningssystem bör även dessa belysas närmare.

### **3.3 För samtliga förslag till ersättningssystem**

För varje redovisat förslag till ersättningssystem ingår i utredningsarbetet att utarbeta ett uppföljningssystem, dels vad gäller tandhälsoutvecklingen för olika patientgrupper, dels vad gäller kostnaderna. Vidare bör belysas hur ett system för kvalitetssäkring och kontroll skall utformas.

För samtliga alternativa förslag bör analyseras vilka konsekvenser ett närmare samarbete med EG får när det gäller utformningen av ersättningssystemet samt utvecklingen av försäkringsutgifterna.

EES-avtalet förutsätter en fri rörlighet av personer. Denna rörlighet kommer bl.a. att omfatta legitimerade tandläkare. En fri rätt att ansluta sig till tandvårdsförsäkringen förutsätts gälla även för tandläkare från länder som omfattas av EES-avtalet. Mot denna bakgrund bör i analysen göras en bedömning av hur detta kan påverka kostnadsutvecklingen och hur ett ersättningssystem bör konstrueras.

För samtliga alternativa förslag bör belysas hur överläggnings-/förhandlingsordningen om ersättningen mellan stat och försäkring å ena sidan och företrädarna för olika vårdgivare å andra sidan bör utformas.

### **3.4 Barn- och ungdomstandvården**

I utredningsarbetet bör ingå att även följa i vilken utsträckning landstingen inför ett system med en s.k. tandvårdspeng (se avsnitt 1.2). Vidare bör i utredningsarbetet redovisas vilka kvalitetssäkringssystem landstingen utvecklat för barn- och ungdomstandvården och om de är tillfredsställande utformade med utgångspunkt från de mål och krav som finns angivna i tandvårdslagen.

## **4 Form för utredningen**

Utredningsarbetet bör bedrivas målinriktat och snabbt. En reformerad tandvårdsförsäkring bör kunna träda i kraft den 1 juli 1993. Frågan om remissbehandling avgörs när förslagen är framlagda, bl.a. beroende på hur väl förankrade och belysta förslagen är.

Utredningsarbetet bör därför ske i form av en intern beredning. En sakkunnig knuten till Socialdepartementet bör vara sammanhållande för arbetet. Eventuellt bör ytterligare en sakkunnig med så bred klinisk odontologisk bakgrund som möjligt knytas till departementet.

Den sakkunnige bör kunna arbeta flexibelt. Till utredningsarbetet bör knytas flera grupper med olika inriktning och representation.

- \* en arbetsgrupp bestående av företrädare för socialdepartementet, finansdepartementet och sambandskansliet,
- \* en referensgrupp med företrädare för intressenterna med en i huvudsak övergripande och socialpolitisk inriktning, bl. a. Landstingsförbundet, Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Tandhygienistförening, Svenska Tandsköterskeförbundet,
- \* en referensgrupp med företrädare för intressenterna med producentinriktning, t.ex.; Landstingsförbundet, Privattandläkarföreningen, Tandteknikerförbundet
- \* en referensgrupp med företrädare för handikappgrupper m.fl.,
- \* en expertgrupp med personer som är kreativa och innovativa och representerar sig själva för "brainstorming", t.ex. företrädare för den odontologiska professionen, kliniskt verksamma ute i tandvården och vid fakulteterna, ekonomer m.fl.,
- \* en servicegrupp med personer från bl.a. Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen,

försäkringskassorna för att göra beräkningsunderlag, konsekvensanalyser ur tandhälsosynpunkt etc.,

- \* en referensgrupp bestående av parlamentariker.

Grupperna bör kunna arbeta flexibelt och sammanträda vid behov.

Den sakkunnige bör ha tillgång till ett sekretariat.

Olika experter bör även i övrigt kunna knytas till utredningssekretariatet, t.ex. odontologiska och ekonomiska experter.

## **5 Övrigt**

Innehållet i regeringens allmänna kommittédirektiv (dir. 1984:5) till samtliga kommittéer och särskilda utredare bör beaktas. Vidare bör regeringens direktiv till kommittéer och särskilda utredare angående EG-aspekter i utredningsverksamheten (dir. 1988:43) beaktas.

**Folk- respektive privattandvårdens bruttoarvoden, tusental kronor perioden 1 juli 1990 till 30 juni 1991**

Län/kommun	Folktandvård	Privattandvård	Privattandvård specialisttaxa	Arvode/inv. över 20 år
Stockholm	220 412	984 846	60 408	1 001
Uppsala	40 369	113 414	2 655	774
Södermanland	53 392	98 235	14	849
Östergötland	70 880	163 177	1 938	774
Jönköping	62 111	121 888	332	802
Kronoberg	39 861	60 782	0	759
Kalmar	49 712	86 332	382	750
Gotland	11 648	20 863	0	771
Blekinge	32 120	57 941	167	792
Kristianstad	62 023	133 998	1 516	909
Malmöhus	116 004	231 342	7 125	861
Halland	37 595	112 407	2 020	800
Bohuslän	67 230	76 067	841	632
Älvsborg	83 222	155 656	0	726
Skaraborg	45 675	95 706	1 268	695
Värmland	69 915	97 154	2 219	783
Örebro	57 217	101 983	527	773
Västmanland	48 533	108 553	1 328	810
Kopparberg	66 061	91 458	675	727
Gävleborg	65 077	87 543	821	696
Västernorrland	58 293	66 787	491	632
Jämtland	30 544	36 967	0	658
Västerbotten	56 918	67 622	4 812	691
Norrbottn	79 746	47 417	0	642
Malmö	30 880	162 972	16 062	1 121
Göteborg	91 753	298 155	6 629	1 158
<b>Samtliga</b>	<b>1 647 191</b>	<b>3 679 265</b>	<b>112 230</b>	<b>-----</b>

Anm.

- Bruttoarvodet inkluderar arvode för tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor.

- Antalet invånare över 20 år avser nattbefolkning per den 1 januari 1992.

### Ny konkurrenslag

Riksdagen antog i december 1992 förslag (prop. 1992/93:56) till ny konkurrenslag (1993:20). Lagen skall tillämpas på konkurrensbegränsningar som berör den svenska marknaden. Den nya lagen träder i kraft den 1 juli 1993 och är anpassad till EGs gemensamma konkurrenslagstiftning enligt Romfördraget. Romfördraget innehåller två förbud som återfinns dels i artikel 85 som förbjuder konkurrensbegränsande samarbete mellan företag, dels i artikel 86 som förbjuder missbruk av dominerande marknadsställning. Samtidigt med att EES-avtalet träder i kraft kommer EES-avtalets konkurrensregler att bli svensk lag genom EES-lagen. EES-avtalets konkurrensregler är även anpassade till Romfördraget.

I Sverige kommer således i framtiden att finnas två i princip identiska konkurrenslagar; en som är tillämplig om konkurrensbegränsningen kan beröra handeln mellan Sverige och ett EG- eller EFTA-land och en som är tillämplig när konkurrensbegränsningen berör den svenska marknaden. Förbudet i den svenska konkurrenslagen framgår av 6 § och 19 §.

Av 6 § framgår att avtal mellan företag är förbjudna om de har till syfte att hindra, begränsa eller snedvrider konkurrensen på den svenska marknaden på ett märkbart sätt eller om det ger ett sådant resultat. Detta gäller särskilt sådana avtal som innebär

1. prissamarbete,
2. samarbete om produktionsbegränsningar,
3. uppdelning av marknader,
4. samarbete som innebär diskriminering av andra företag,
5. uppställande av s.k. kombinationsvillkor.

Lagen ser särskilt strängt på prissamarbete. Av lagtexten framgår detta av att även överenskommelser som indirekt fastställer priser kan falla under förbudet.

För att omfattas av förbudet i 6 § krävs att samarbetet har sin grund i ett avtal, beslut av en företagsammanslutning (t.ex. branschförening) eller samordnat förfarande mellan företag. Avtal eller avtalsvillkor som är förbjudna är enligt 7 § ogiltiga.

Med företag avses i princip varje juridisk eller fysisk person som driver verksamhet av ekonomisk eller kommersiell natur. En sammanslutning av företag likställs med företag. Även statliga och kommunala organ som driver verksamhet av ekonomisk eller kommersiell natur räknas som företag, dock inte när det är fråga om myndighetsutövning. Begreppet företag har väsentligen samma innebörd som begreppet näringsidkare i den nuvarande konkurrenslagen (1982:729). NO konstaterade i beslut (NO 1987:316) att folktandvården var att betrakta som näringsidkare, med hänsyn till att avgifter tas ut.

Från förbudet mot konkurrensbegränsande samarbete mellan företag finns möjlighet till undantag. Konkurrensverket meddelar beslut om individuellt undantag enligt 8 §. Undantag beviljas om avtalet har vissa positiva verkningar som objektivt sett överväger de nackdelar avtalet har för konkurrensen. För vissa kategorier av avtal har regeringen beslutat om generellt undantag genom nio s.k. gruppundantagsförordningar. Avtal som

uppfyller de förutsättningar som anges för ett gruppundantag behöver inte anmälas för att beviljas individuellt undantag enligt 17 §. Om osäkerhet råder om huruvida ett avtal etc. faller under förbudet eller inte, finns det enligt 20 § möjlighet att hos Konkurrensverket ansöka om s.k. icke-ingripande besked, dvs. en förklaring att Konkurrensverket inte anser att avtalet etc. faller under förbudet.

Riksdagen har i vissa fall efter avvägning mellan olika intressen valt att genom lag besluta om offentliga regleringar som medför konkurrenshämmande verkningar. Av förarbetena till konkurrenslagen (prop. 1992/93:56) framgår att konkurrensbegränsningar som är en direkt och avsedd effekt av lagstiftning eller en ofrånkomlig följd av denna inte kan angripas med stöd av konkurrenslagen.

19 § innehåller förbud mot missbruk från ett eller flera företags sida med dominerande ställning på den svenska marknaden. Exempel på förfaranden som kan utgöra missbruk av dominerande ställning är:

1. påtvingande av oskäliga inköps- eller försäljningspriser,
2. produktionsbegränsningar till nackdel för konsumenten,
3. diskriminering i fråga om t.ex. priser, rabatter och andra affärsvillkor
4. påtvingande av kopplingsförbehåll.

Någon möjlighet till undantag från detta förbud finns inte.



**Tandvårdsmarknadens struktur år 1993 - antal kliniker och  
praktiker**

sid 1 bilaga 5 ( se särskilt pm (7s.)- Kerstin Westergren har originalversionen)

sid 2 bilaga 5

sid 3 bilaga 5

sid 4 bilaga 5

sid 5 bilaga 5

sid 6 bilaga 5

sid 7 bilaga 5





