

Tandvård och konkurrens

Konkurrensverkets rapportserie: 2004:1

Konkurrensverket januari 2004

Utredare: Rune Odlander (projektledare) och Ann-Charlotte Fridh

ISSN-nr 1401-8438

Ekonomi-Print AB, Stockholm 2004

Foto: Timmy Carlsson

Innehåll

Sammanfattning	5
Summary	12
1 Introduktion	17
1.1 Bakgrund	17
1.2 Syfte	18
1.3 Metoder och avgränsningar	18
1.4 Rapportens disposition	19
1.5 Konkurrensverkets rapport 1993.....	20
2 Marknaden för tandvård	22
2.1 Risk, information och vårdgivarens roll som agent	22
2.2 Marknadens storlek.....	25
2.3 Personal.....	27
2.4 Landstingen.....	28
2.5 De privata vårdgivarna.....	33
2.6 Konkurrensvillkor	35
3 Regelsystemet.....	40
3.1 Landstingens tandvård	41
3.2 Tandvårdsförsäkringen	43
3.3 Information.....	44
3.4 Behörighet, legitimation och tillsyn	45
3.5 Kommunkontosystemet	46
4 Priser och prisutveckling	47
4.1 Prissättning.....	47
4.2 Prisskillnader.....	49

4.3	Prisutveckling	52
4.4	Protetik.....	58
5	Konkurrensproblem.....	60
5.1	Konsumentens ställning	60
5.2	Landstingen och de privata vårdgivarna	61
5.3	Högekostnadsskyddet för äldre	74
5.4	Mervärdesskatt	75
5.5	Tandhygienisternas kompetens.....	77
6	Internationell översikt.....	79
6.1	Kostnader och resurser	79
6.2	Tandvårdssystem.....	80
6.3	Privattandvården i Storbritannien	82
6.4	Konkurrensbegränsningar i den irländska tandvården	84
7	Slutsatser och förslag.....	86
	Referenser	101
	Bilaga 1 Analys av priser.....	105
	Bilaga 2 En översikt av tandvården i några länder	119
	Bilaga 3 Intervjuer.....	141
	Bilaga 4 Enkät till landstingen.....	142

Sammanfattning

Konkurrensverket har på uppdrag av regeringen analyserat konkurrensen på marknaden för tandvård och belyst skillnader i konkurrenshänseende mellan den offentligt drivna tandvården och privattandvården.

Priserna i vuxentandvården har stigit kraftigt efter det att prisregleringen upphävdes 1999. Fram till och med december 2003 uppgick prishöjningarna enligt Statistiska centralbyrån till i genomsnitt minst 55 procent. Den tandvårdstaxa som gällde före tandvårdsreformen fastställdes av regeringen den 1 oktober 1997. Därefter har konsumentprisindex stigit med 7 procent.

Systemet med fri prissättning har tillämpats i fem år, och prisökningstakten har avtagit efter en stor initial höjning. Det kan betyda att prisnivån är på väg att stabiliseras. Ett beslut av folktandvården i Stockholms läns landsting att inte höja priserna under 2004 kan tolkas på det sättet.

Den fria prissättningen har gjort det möjligt för landstingen att finansiera vuxentandvården utan subventioner med skattemedel, och vårdgivarna har fått utrymme för nödvändiga investeringar och kompetensutveckling. Reformen får i så måtto betraktas som positiv. Likväl finns det anledning att anta att det fortfarande förekommer subventioner i inte obetydlig omfattning. Och det kvarstår konkurrensproblem som bör lösas för att marknaden skall fungera väl. Konkurrensen kan bli bättre om man effektiviserar tandvården genom att ge konsumenterna mer och bättre information, slopa de kvarvarande subventionerna inom landstingen, ändra landstingens organisation, redovisning och beslutsregler, upphandla mer, ändra reglerna för förhandsprövning i tandvårdsförsäkringen och utvidga tandhygienisternas möjligheter att utföra tandvård. Det är viktigt att även i fortsättningen följa prisutvecklingen och, om priserna

fortsätter att öka i snabb takt, vidta ytterligare åtgärder för att förbättra marknadens funktionssätt.

Efter en lång period med prisreglering var arvodesnivån sannolikt för låg med hänsyn till kostnaderna inom tandvården och möjligheterna att bedriva verksamheten långsiktigt. Tandvården var av allt att döma underfinansierad med ett eftersatt behov av investeringar och kompetensutveckling. Det fanns landsting som gav öppna subventioner för att folktandvården skulle kunna tillämpa den reglerade tandvårdstaxan utan överdebitering eller onödig behandling. Att det inte blev något tandläkaröverskott som förväntat utan tvärt om en brist på tandläkare inom folktandvården har ytterligare bidragit till prishöjningarna genom att driva upp lönerna.

De privata vårdgivarna verkar följa landstingens prishöjningar. Genomsnittspriserna i privattandvården ligger ofta högre än folktandvårdens priser, men det finns en korrelation. De privata vårdgivarna tycks inte kunna agera helt oberoende av folktandvården i sin prissättning. Det finns således en begränsad pris-konkurrens, och folktandvården, vars priser skall beslutas av landstingsfullmäktige, fungerar i viss utsträckning som prisledare.

Folktandvårdens priser skall beräknas enligt självkostnadsprincipen, men prisskillnaderna mellan landstingen är ändå stora. Det kan bero på att priserna inte behöver ge full kostnadstäckning för varje åtgärd. Prisskillnader kan också uppstå till följd av olikheter mellan landstingen vad gäller kostnadseffektivitet och subventioner till vuxentandvården.

Hur väl konkurrensen fungerar har en avgörande betydelse för prisutvecklingen. Konkurrensverkets analys visar att det finns betydande konkurrenshinder på marknaden:

- Konsumenterna saknar ofta den *information* som behövs för att göra ett välgrundat val av vårdgivare och behandling.
- Privattandvården och den tandvård som landstingen bedriver, folktandvården, har inte samma *konkurrensförutsättningar*.
- *Offentliga regleringar* påverkar konkurrensneutraliteten mellan folktandvården och privattandvården.
- Reglerna för personalens *kompetens* begränsar utbudet av tandvård.

Information

Konsumenten kan i allmänhet inte bedöma behovet av vård, vet inte så mycket om de behandlingar som kan komma i fråga och har sällan tillgång till uppgifter om de priser vårdgivarna tillämpar och den kvalitet de erbjuder. Att samla information om priser och kvalitet från olika vårdgivare och att välja vårdgivare är svårt för den enskilde och kräver mycket tid och resurser.

Konkurrensverket tillstyrker de förslag om prisinformation som Konsumentverket (2003) framfört i rapporten Konsumenten på tandvårdsmarknaden när det gäller skriftliga behandlingsplaner, prislistor att ta med hem och skriftliga kallelser till rutinbesök. Vårdgivaren skall sålunda ge patienten en skriftlig behandlingsplan med uppgifter om alternativa behandlingar, priser och uppskattad totalkostnad samt den behandling tandläkaren rekommenderar. Vårdgivaren skall tillhandahålla en prislista att ta med hem. Man bör på ett enkelt sätt kunna jämföra prislistan med kostnadsposterna på tandvårdskvittot och i behandlingsplanen. Prislistan bör också innehålla information om hur man reklamerar. Skriftliga kallelser till rutinbesök bör innehålla uppgift om vilka åtgärder som skall vidtas vid besöket och uppgift om priser.

Konkurrensverket anser, i likhet med Konsumentverket, att vårdgivarna skall vara skyldiga att lämna uppgifter om priser till Riksförsäkringsverket (RFV). Bestämmelserna om uppgiftsskyldighet bör dock utformas på ett sätt som gör det möjligt för RFV att avgöra när och hur uppgifterna skall lämnas.

Men det behövs ytterligare åtgärder. Konkurrensverket föreslår att information om vårdgivarnas priser görs tillgänglig på Internet och att RFV får ansvar för tillsyn av vårdgivarnas tillämpning av reglerna om prisinformation. Det bör övervägas om skyldigheten att informera skall förenas med ekonomiska sanktioner.

Konkurrensförutsättningar

Landstingen skall planera tandvården och erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. De skall svara för tandvård för barn och ungdomar, specialisttandvård, övrig tandvård för vuxna i den omfattning som de bedömer lämplig och tandvård för särskilda grupper. Detta ställer stora krav på verksamheten och kan medföra en betydande kostnadsbelastning i folktandvården, som måste få ekonomisk kompensation om man vill uppnå konkurrensneutralitet mellan tandvård i privat och offentlig regi.

Kompensationen får dock inte vara större än vad som motsvarar folktandvårdens särskilda kostnader. I annat fall blir det fråga om subventioner som snedvrider konkurrensen mellan folktandvården och privattandvården.

Konkurrensförutsättningarna skiljer sig också till följd av att folktandvården är en förvaltningsenhet inom landstingen medan verksamheten inom privattandvården bedrivs av självständiga företag. Folktandvården kan inte självständigt fatta beslut om vilka priser som skall tillämpas i vuxentandvården. Det begränsar möjligheterna att snabbt anpassa priserna till ändrade konkurrensförhållanden. Folktandvården kan inte heller priskonkurrera lokalt, eftersom priserna måste vara desamma inom hela landstinget enligt

kommunallagens likställighetsprincip. Med den integrerade förvaltningsorganisationen kan å andra sidan folktandvården subventioneras med skattemedel utan att det kommer till synes i den externa redovisningen.

Privatföretag har fördelar när det till exempel gäller friheten att välja plats för etablering, kundkrets och inriktning, disponera vinster och anpassa lön och utdelning från företaget efter vad som är mest gynnsamt skattemässigt. Skillnader som har sin grund i att verksamheten bedrivs i landstingskommunala förvaltningar och av privatägda företag kan minskas genom organisatoriska förändringar och genom ändrade regler för landstingens beslut om avgifter och för landstingens redovisning.

Konkurrensverket anser att alla landsting organisatoriskt bör skilja på administration och utförande av tandvård. Folktandvården bör organiseras som en särskild juridisk enhet. Konkurrensverket föreslår att tandvårdslagen ändras så att det blir möjligt för landstingen att delegera beslut om avgifter i vuxentandvården till en nämnd eller styrelse. Om detta skulle strida mot kommunallagen bör även den lagen ändras. För att åstadkomma en effektiv kostnadskontroll bör priserna granskas av en beställar- eller uppdragsenhet. När det gäller vuxentandvård som betalas av landstinget, främst tandvård för äldre och funktionshindrade och tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling, kan det finnas skäl att tillämpa en annan ordning. Det bör införas särskilda regler om separat redovisning av landstingens verksamhet med tandvård och dess olika grenar. Landstingen bör upphandla tandvård i större utsträckning.

Regleringar som påverkar konkurrensneutraliteten

Tandvårdsförsäkringens högkostnadsskydd för dem som fyllt 65 år innefattar en förhandsprövning som innebär att folktandvårdens priser i det landsting där vården utförs inte får överskridas. Högkostnadsskyddet gäller protetiska åtgärder, det vill säga behandling

som avser kronor, broar och implantat samt avtagbara proteser. Regleringen missgynnar privattandvården om landstinget inte har full kostnadstäckning för den protetiska tandvården. Tandvårdsersättning lämnas i regel för hela kostnaden för protetiska åtgärder, med avdrag för ett karensbelopp om 7 700 kronor.

Konkurrensverket anser att prisregleringen bör ersättas av en förhandsprövning som är konkurrensneutral. Konkurrensverket föreslår att utformningen av en sådan förhandsprövning utreds närmare. Högkostnadsskyddet bör ändras så att det ger bättre incitament för vårdgivare och patienter att begränsa kostnaderna för vården.

Kommunkontosystemet är avsett att skapa konkurrensneutralitet vid landstingens och kommunernas val mellan att utföra tjänster i egen regi och att upphandla motsvarande tjänster från externa entreprenörer. Genom kommunkontosystemet får kommuner och landsting ersättning för mervärdesskatt som erlagts för inköp i icke skattepliktig verksamhet. Det kan vara fråga om mervärdesskatt som är hänförlig till omsättning av tandvårdstjänster. Tandvård är undantagen från skatteplikt enligt mervärdesskattelagen. Privata företag inom tandvården får inte någon compensation, och den ingående mervärdesskatten blir således en kostnad för dem. Därigenom snedvrids konkurrensen mellan offentlig verksamhet och privata företag på detta område när verksamheten riktar sig till enskilda konsumenter. Landstingen har numera i stor utsträckning interna regler som innebär att folktandvården inte får tillgodoräkna sig ersättningen för ingående moms från kommunkontosystemet. Fortfarande sker dock en återföring till folktandvården i flera landsting.

Konkurrensverket föreslår att folktandvården undantas från kommunkontosystemet. Det bästa sättet att undanröja konkurrens-snedvridande effekter är dock att utvidga momsplikten till områden som nu är undantagna. EG:s sjätte mervärdesskattedirektiv

(77/388/EEG) synes för närvarande omöjliggöra en sådan lösning när det gäller tandvård. Sverige bör arbeta för en ändring av direktivet så att mervärdesskatt kan införas på vuxentandvård.

Kompetensregler

Det finns yrkesgrupper inom tandvården vilkas uppgifter kompletterar tandläkarnas och som kan eller skulle kunna utföra vissa tjänster i konkurrens med dem. Tandhygienisterna kan arbeta direkt med patienter utan tandläkares överinseende, men tandtekniker kan det inte. Det begränsar patienternas valfrihet och konkurrensen på marknaden. Det är dock knappast motiverat att ge tandteknikerna denna möjlighet. Vad som kan komma i fråga är behandling med avtagbara proteser, men i Sverige är tandlöshet numera ganska sällsynt.

Ett annat konkurrenshinder är de begränsade möjligheterna för tandhygienister att utföra tandvård. Tandhygienister spelar en viktig roll inom barn- och ungdomstandvården i vissa landsting och skulle, om de fick större befogenheter, i allt större utsträckning kunna ta sig an yngre patienter med en god tandhälsa och svara för ett regelbundet underhåll, och även göra de enklare fyllningar som behövs.

Konkurrensverket anser att det finns goda skäl för att utvidga de svenska tandhygienisternas möjligheter att utföra tandvård och föreslår att frågan utreds närmare.

Summary

The Swedish Competition Authority has, at the Government's request, analysed competition in the dental care market in Sweden and reviewed competitive differences between private care provision and public provision. Public dental care is provided by county councils under the National Dental Service (NDS).

Prices for adult dental care have increased by an average of at least 55 per cent since 1 January 1999, when price controls were abolished. Deregulation removed the fee ceiling for dental care imposed by the Government. Establishment control was also abolished. The fee scale that applied prior to this reform was established by the Government on 1 October 1997. Since then, the Consumer Price Index has risen by 7 per cent.

The free pricing system has been in place for five years, and the rate of price increase has slackened after an initial surge. This may indicate that the price level is in the process of stabilising.

Free pricing has allowed county councils to finance adult dental care without having to resort to subsidies drawn from revenue, and it has also enabled care providers to make needed investments and to enhance skills. In this regard, the reform programme could be described as a success. Some county councils dispensed open subsidies so that the NDS could continue to apply the regulated fee scale and not over-charge or treat patients unnecessarily. The fact that the expected surplus of dentists failed to materialise, and that the NDS experienced a shortage of staff instead, further contributed to the price increases by pushing up salaries.

Price trends are crucially dependent on how efficiently competition works in a given market. The Competition Authority's analysis

shows that significant problems are present in the dental care market:

- Consumers often lack the *information* they need in order to make informed choices between care providers and types of treatment.
- Private dental care and the care provided by county councils (the NDS) do not operate under the same *competitive conditions*.
- *Regulations* affect competitive neutrality between the NDS and private dental care.
- The rules concerning staff *competence* limit the supply of dental services.

Information

The Competition Authority largely supports the proposals concerning price information put forward by the Swedish Consumer Agency (2003). These require care providers to give patients a written plan of treatment containing details of treatment alternatives, prices and the estimated total cost, and to specify the treatment recommended by the dentist. Under the proposals, care providers must also supply the patient with a price list to take home. In addition, patients must be able to compare the price list with the cost items both on the dental care receipt and in the plan of treatment without any great difficulty. The price list should further include information on how patients can lodge complaints. In the case of routine dental visits, written notices to attend should include details of what action is to be taken during the visit and the prices involved. Under the proposals, dental care providers would be required to submit details of their prices to the National Social Insurance Board (RFV).

In addition, the Competition Authority proposes that care providers' price information be made available on the Internet and that the RFV

should be given responsibility for monitoring provider compliance with the price information rules. The question of whether the duty to supply information ought to be linked to economic sanctions should also be addressed.

Competitive conditions

County councils are required to plan dental care provision and offer quality dental care to residents in their geographical area. They are responsible for child dental care (provision to children and young people under 20), for specialist dental care, for the general dental care of adults to whatever extent is deemed appropriate, and for dental care to certain specific groups. Child dental care is financed by the county councils, but most of them apply a customer choice model that allows children and their parents to choose a private provider should they prefer. The special tasks that the county councils are required to perform impose heavy demands on their care programmes, and the extra costs to the NDS are often significant. If competitive neutrality is to be achieved between private and public dental care, the NDS must be compensated for this additional burden. Such compensation must not, however, exceed the total costs for the special tasks performed by the NDS. Otherwise it would constitute a form of subsidy that would distort competition between the NDS and private dental services.

Competitive conditions also differ due to the fact that the NDS is an administrative division of the county council structure while private dental care is operated by independent enterprises. The NDS cannot decide for itself what prices to charge for adult dental care, which means that it cannot as easily make swift price adjustments in response to new competitive conditions. Nor can the NDS compete on prices at local level, as prices must be uniform throughout the county council sphere, in accordance with the equality principle enshrined in the Local Government Act. Private enterprises have an advantage in such areas as the freedom to choose where to trade,

choice of clientele and fields of specialisation, and can also allocate profits, adjust salary scales and decide company dividends to achieve the greatest possible benefit in fiscal terms. Differences that are due to the provider being a county council administration or a privately owned enterprise can be reduced by means of organisational changes and by revising the rules governing both county council decisions on fees and county council accounting.

The Competition Authority takes the view that at organisational level all county councils should separate administrative duties from dental care provision. The NDS should be organised as a separate legal entity. The Competition Authority proposes that the Dental Care Act be amended to enable county councils to delegate decisions concerning fees for adult dental care to a special committee or board. Special regulations should be introduced under which county councils would be required to render separate accounts for their dental care and its various activities. County councils should purchase dental care via the procurement process to a greater extent than at present.

Regulations affecting competitive neutrality

The high-cost protection available to over-65s as part of the Swedish *dental care insurance scheme* includes a pre-assessment according to which patient fees may not exceed NDS prices in the county council area where the care is provided. The high-cost protection system applies to all prosthetics, i.e. crowns, bridges, implants and removable dentures. This ceiling works to the detriment of private dental care if county councils do not fully recover their costs for prosthetic treatment themselves.

The Competition Authority takes the view that this form of price control should be replaced by a pre-assessment that is competitively neutral, and proposes that the form and design of such an assessment be given closer consideration.

Dental care is not liable for taxation under the Value Added Tax Act. But as a result of the *local government VAT refund system*, county councils are reimbursed for VAT paid in connection with purchasing in non-taxable areas of activity. The system is designed to level the playing field when county councils and municipalities choose between providing services under their own management and procuring such services from external entrepreneurs. Private businesses in the dental care sector are not awarded any compensation, and input tax thus becomes a cost to them. This distorts competition between public activities and private enterprises in dental care when activities are directed at individual consumers.

The Competition Authority proposes that the National Dental Service be exempted from the local government VAT refund system. The best way of eliminating distorting effects on competition, however, is to extend VAT liability to areas that are currently exempt. For the time being, though, the EU's Sixth VAT Directive (77/388/EEC) would appear to preclude such a solution in the case of dental care. Sweden should actively seek to bring about a change in the Directive so that value added tax can be introduced for adult dental care.

Staff competence

There are certain professional groups in the dental care system whose duties complement those of dentists and who can or should be able to perform such duties in competition with them. The Competition Authority feels there is good reason for allowing dental hygienists greater freedom to provide dental care, and proposes that this matter be given closer consideration.

1 Introduktion

1.1 Bakgrund

Den 1 januari 1999 trädde en ny tandvårdsförsäkring i kraft. Försäkringen ger alla vuxna personer ett ekonomiskt stöd för den så kallade bastandvården och ett visst stöd för protetiska åtgärder, det vill säga behandling som avser kronor, broar och implantat samt avtagbara proteser. Samtidigt fick landstingen ansvar för ett nytt ekonomiskt stöd för tandvård i samband med sjukdom och funktionshinder. Tandvårdsreformen innebar också att den statliga regleringen av arvoden för tandvård avskaffades och att anslutningsbegränsningen för tandläkare till ersättningsystemet för vuxentandvård upphävdes. Anslutningsbegränsningen fungerade i praktiken som en etableringskontroll. När prisregleringen upphävdes steg priserna kraftigt, och de har fortsatt att stiga.

I propositionen Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. (prop. 2001/02:51) gjorde regeringen bedömningen att konkurrensen på tandvårdsmarknaden var bristfällig, bland annat på grund av svårigheterna för patienterna att göra prisjämförelser. Regeringen har därför uppdragit åt Konkurrensverket att närmare analysera konkurrensen på marknaden för tandvård samt orsakerna till de brister som finns. Skillnader i konkurrenshänseende mellan den offentligt drivna tandvården och privattandvården skall belysas. Konkurrensverket skall analysera hur en förbättrad konkurrens kan uppnås och vid behov föreslå åtgärder.

Riksförsäkringsverket (RFV) har av regeringen fått i uppdrag att i samverkan med vårdgivarna analysera prisutvecklingen och göra information om prisvariationerna tillgänglig för allmänheten. RFV presenterade en rapport i april 2003 och avser att göra en upp-

följning. Konsumentverket har fått i uppdrag att analysera patientens ställning på tandvårdsmarknaden och redovisade sin rapport i december 2003.

1.2 Syfte

I denna rapport analyseras konkurrensen på marknaden för tandvård och orsakerna till de brister som finns. Konkurrensverket lämnar också förslag som bör leda till en förbättrad konkurrens. Särskild uppmärksamhet ägnas skillnader i konkurrenshänseende mellan den offentligt drivna tandvården och privattandvården.

1.3 Metoder och avgränsningar

När det gäller tandvårdens kostnader och finansiering, personal och priser har data från Socialstyrelsen, RFV och Landstingsförbundet utnyttjats.¹ Statistiken om de privata företagen på marknaden är dock bristfällig. Om man vill göra en mer ingående studie av marknadsstruktur och funktionssätt, måste uppgifter inhämtas direkt från de privata vårdgivarna. En sådan undersökning skulle behöva omfatta ett stort antal vårdgivare. Någon uppgiftsskyldighet för vårdgivarna finns inte. Om undersökningen skulle utföras som en postenkät vore det därför nödvändigt att följa upp med telefonintervjuer och besöksintervjuer för att svarsfrekvensen skulle bli

¹ Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet och har ansvar för den officiella statistiken inom hälso- och sjukvården.

tillräckligt hög.² En undersökning av den omfattningen ligger utanför ramen för detta projekt.

Uppgifter har i första hand inhämtats genom intervjuer med företrädare för myndigheter, organisationer, landsting och företag. Dessutom har en enkät gjorts till landstingen med frågor om beställarenheterna och folktandvårdens verksamhet. Konkurrensverket har vidare gjort en särskild bearbetning och analys av primärdata från RFV:s senaste prisundersökning. På uppdrag av Konkurrensverket har docenten i samhällsodontologi Inkeri Barenthin gjort en översiktlig beskrivning av marknaderna i de nordiska länderna och vissa andra länder, med särskild hänsyn till förhållandena på den svenska marknaden.

De metoder som valts ger underlag för en beskrivning av den svenska marknads struktur och en analys av hur konkurrensen fungerar, med de begränsningar som följer av bristen på data och med viss tyngdpunkt på landstingens verksamhet och prissättning. Konkurrensneutraliteten mellan privata och offentliga vårdgivare studeras, och tandvårdsmarknaden i andra länder beskrivs översiktligt.

Konkurrensverket har samrått med Konsumentverket, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen.

1.4 Rapportens disposition

Kapitel 2 inleds med ett teoretiskt avsnitt om risk, information och vårdgivarens roll som agent för patienten. Därefter följer en

² Konkurransetsynet gjorde 1997 en postenkät till tandläkarna i Norge med en svarsfrekvens på 90 procent. Det kan jämföras med en nyligen publicerad undersökning av Office of Fair Trading (2003), där mindre än 40 procent av vårdgivarna svarade. Konkurransetsynet kunde stödja sig på bestämmelser om uppgiftsskyldighet i pristillsloven.

beskrivning av marknadens struktur och konkurrensförutsättningar, baserad i huvudsak på offentlig statistik och Konkurrensverkets enkät till landstingen. Viktiga förutsättningar för företagets verksamhet är också de regler som finns i tandvårdslagen och andra författningar. Detta regelsystem behandlas i kapitel 3. Priserna och prisutvecklingen efter tandvårdsreformen analyseras i kapitel 4. Kapitel 5 ägnas konkurrensproblem på marknaden. Tandvården i andra länder beskrivs i kapitel 6, utformat tillsammans med Inkeri Barenthin. Kapitel 7 innehåller sammanfattande slutsatser och förslag. Konkurrensverkets analys av primärdata från RFV:s prisundersökning redovisas i bilaga 1. Inkeri Barenthins internationella översikt återges i sin helhet i bilaga 2, och i bilaga 3 finns en förteckning över personer som intervjuats för utredningen. Frågeformulären i landstingsenkäten har tagits in i bilaga 4.

1.5 Konkurrensverkets rapport 1993

Konkurrensverket undersökte 1993 förutsättningarna för en reformering av tandvårdsmarknaden för att öka inslaget av konkurrens. Undersökningen gjordes mot bakgrund av ett förslag till ny tandvårdsförsäkring från en utredning inom Socialdepartementet (Ds 1993:18). Departementsutredningen föreslog ett försäkrings-system med fast ersättning per patient. Tandläkaren skulle avtala med patienten om ett vårdåtagande för viss tid och själv bestämma patientpremiens storlek. Systemet kallades premietandvård och skulle enligt förslaget prövas parallellt med ett system med åtgärdsbaserad taxa, det vill säga bestämda priser för olika åtgärder. Utredningen ansåg att en avveckling av anslutningsbegränsningen till tandvårdsförsäkringen borde vara möjlig.

Konkurrensverket hävdade att premietandvård skulle komma att påverka branschstrukturen och marknadens produktivitet och effektivitet. Vid fri premiesättning och priskonkurrens fanns en risk

för underprissättning från folktandvårdens sida om inte vuxentandvården hölls strikt åtskild från övrig verksamhet, organisatoriskt och ekonomiskt. Premietandvården skulle också öka vårdgivarnas riskexponering, vilket skulle missgynna mindre tandvårdsmottagningar. För att ett nytt försäkringssystem skulle kunna införas behövdes enligt Konkurrensverket mer konkurrensneutrala villkor för privata och offentliga vårdgivare, till exempel i fråga om mervärdesskatt. Dessutom borde etableringskontrollen avskaffas, folktandvården organiseras i självständiga resultatenheter med sluten kostnadsredovisning för varje verksamhetsgren, valfrihet införas i barn- och ungdomstandvården hos samtliga landsting och sjukhus- och specialisttandvård upphandlas.³

³ En proposition med förslag till riktlinjer om premietandvård (prop. 1993/94:93) godkändes av riksdagen men inte en följande proposition med förslag till lagändringar (prop. 1993/94:221). En ny proposition (prop. 1995/96:119) i samma ämne återkallades sedan det visat sig att principförslaget om premietandvård sannolikt inte skulle få majoritet i riksdagen.

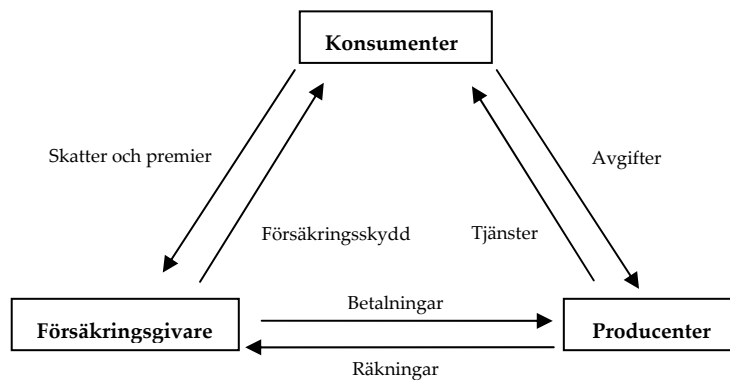
2 Marknaden för tandvård

2.1 Risk, information och vårdgivarens roll som agent

Tandvården syftar till en god tandhälsa, men den enskilda individen kan i allmänhet inte själv bedöma sin tandstatus eller sitt framtida vårdbehov med någon säkerhet, och kostnaderna för vården kan, om det vill sig illa, bli mycket stora. Det är framför allt protetisk tandvård som kan bli kostnadskrävande. Osäkerheten skapar ett behov av försäkringar, privata eller skattefinansierade, som minskar variationerna av det ekonomiska utfallet för individen. Ett försäkringsbolag eller ett offentligt institut blir som finansiär en tredje part vid sidan om konsumenten och vårdproducenten. De ekonomiska relationerna mellan parterna brukar åskådliggöras med en så kallad marknadstriangel (figur 2.1). Konsumenten betalar försäkringspremier eller skatter till finansiären som i sin tur betalar en viss del av vården till producenten. Konsumenten står för övriga kostnader genom avgifter vid vårdtillfället. I Sverige finns en offentligt finansierad tandvårdsförsäkring. Privata försäkringar förekommer men i mycket begränsad omfattning.

Försäkringen kan ändra konsumentens beteende: en företeelse som benämns moral hazard. Konsumentens incitament att minska sannolikheten för en ekonomisk förlust försvagas. Det kan leda till ett mer riskfyllt beteende. Konsumenten kan också anpassa sig till försäkringsvillkoren så att ersättningen från försäkringen maximeras. Och konsumentens intresse av att begränsa vårdkostnaderna blir mindre.

Figur 2.1 Marknadstriangel för vårdfinansiering



För att en marknad skall fungera väl bör aktörerna, både köpare och säljare, ha god information om de varor eller tjänster som finns tillgängliga. På hälso- och sjukvårdsmarknaden finns professionellt kunniga vårdgivare, men konsumenterna saknar ofta grundläggande information om sitt vårdbehov och den behandling som krävs och om priser och kvalitet. Det gäller också marknaden för tandvård. Informationen är asymmetrisk. Vårdgivaren blir därför i allmänhet också rådgivare och agent för patienten. Det uppstår ett agentförhållande där patienten överlåter befogenheter på vårdgivaren-agenten.

Ett problem är att patienten har svårt att värdera vårdgivarens kompetens, ett annat att patienten och vårdgivaren inte har samma intressen. Vårdgivaren bör idealt alltid handla för patientens bästa, men kan i stället använda sina kunskaper för att påverka patienten och skapa efterfrågan i sitt eget ekonomiska intresse. Det brukar kallas utbudsstyrd efterfrågan. Om det förekommer utbudsstyrd efterfrågan inom tandvården och hur stort problemet är råder det delade meningar om.

Grytten och Sørensen (2000) fann inte något stöd för hypotesen om utbudsstyrd efterfrågan i en studie av den norska tandvårds-

marknaden 1997. Syftet var att studera de kortsiktiga effekterna av konkurrens efter det att prisregleringen på tandvård avskaffats 1995. Tandläkarna i Norge är mycket snedfördelade geografiskt.

I områden med hög tandläkartäthet är antalet behandlade patienter per tandläkare lägre än i andra områden, och färre patienter betyder lägre intäkter för tandläkarna. Frågan var om tandläkarna kompenserade de lägre intäkterna genom att höja arvoden eller genom att utföra fler åtgärder per patient. Studien visade dock inte på något samband mellan genomsnittspriserna per behandlingsomgång och tandläkartätheten.

I en studie av den svenska marknaden kom Christina Olsson (1999) till ett annat resultat. Hon approximerade behandlingens omfattning med antalet tandläkarbesök. Det visade sig att en ökning av antalet privattandläkare i ett område ökade det förväntade antalet besök, allt annat lika. Det kunde inte förklaras av en ökad tillgänglighet och tolkades därför som ett tecken på att det förekom utbudsstyrd efterfrågan bland privatpraktiserande tandläkare. Det bör noteras att analysen i huvudsak gjordes på grundval av data från 1990 då priserna var reglerade och att det i Norge inte finns någon motsvarighet till den svenska tandvårdsförsäkringen.⁴

Grytten och Sørensen (2000) undersökte också betydelsen av höga sökkostnader för att finna en tandläkare och höga transaktionskostnader för att byta tandläkare. Sökkostnaderna beror på svårigheten att samla information om priser och kvalitet från olika vårdgivare och att välja tandläkare. Transaktionskostnaderna kan bestå av kostnader för överföring av journaler och information till den nya tandläkaren, resekostnader om resvägen blir längre och psykologiska kostnader på grund av den kundtrohet som följer av systemet med regelbundet återkommande undersökningar hos

⁴ I tidigare studier har man funnit belägg för utbudsstyrd efterfrågan också i Norge. Och även dessa studier gjordes i ett system med fasta priser. Se till exempel Grytten, J., Holst, D. och Laake, P., (1990).

tandläkaren. Höga sökkostnader kan leda till monopolistisk konkurrens, och höga transaktionskostnader kan leda till monopol. I studien fanns dock inte något som tydde på att prisnivån är ett resultat av monopolistisk konkurrens eller monopol. Det viktigaste resultatet var att effekten av konkurrens är svag. Tandläkarna föreföll inte utnyttja sin marknadsmakt. En förklaring är att deras beteende i stor utsträckning påverkas av professionella normer och omsorg om patienterna, även om finansiella incitament är viktiga. Men avregleringen hade verkat en kort tid, och enligt forskarna hade tandläkarna och patienterna kanske ännu inte anpassat sig till marknadens förändringar.

Det finns de som menar att informationsproblemen inom hälso- och sjukvården inte skall överdrivas, med bland annat följande argument (Folland et al., 2001). Det finns etiska koder, och system för kvalitets-säkring och andra arrangemang kan minska sökkostnaderna. I en långvarig relation mellan patient och vårdgivare får patienten allt mer information, som gör det möjligt att följa och bedöma vård-givarens insatser och som begränsar dennes möjligheter att frångå sitt ansvar som rådgivare. En marknad kan fungera väl med ofullständig prisinformation förutsatt att en tillräckligt stor andel av konsumenterna är någorlunda välinformerad. En informerad och priskänslig minoritet kan ge marknaden den ekonomiska disciplin som behövs. Om jämförande prisundersökningar publiceras åter-kommande sätter det ytterligare press på marknadens aktörer.

2.2 Marknadens storlek

De totala kostnaderna för den svenska tandvården uppgick år 2000 till 14 miljarder kronor (tabell 2.1). Det motsvarar 0,6 procent av bruttonationalprodukten. Patienterna betalade 8,4 miljarder eller 60 procent i form av patientavgifter. Hälso- och sjukvården finansieras

annars till en mycket begränsad del av direkta patientavgifter. Andelen var bara 7 procent år 2000, inklusive tandvård.⁵

Patientavgifterna i den offentliga tandvården år 2000 var 2,3 miljarder och i den privata tandvården 6,2 miljarder kronor. Den statliga tandvårdsförsäkringen kostade 1,6 miljarder, inklusive administrationskostnader. Landstingen fick bidrag från staten för särskilt tandvårdsstöd med 405 miljoner kronor. Det gäller vad som ofta kallas stöd till särskilda grupper, nämligen uppsökande verksamhet bland äldre, sjuka och funktionshindrade och nödvändig tandvård för dem samt särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid. Landstingens nettokostnader, samtliga kostnader med avdrag för samtliga intäkter, var 3,6 miljarder kronor, inklusive investeringsutgifter.

Tabell 2.1 Tandvårdens kostnader och finansiering 1998-2001, miljoner kronor

	1998	1999	2000	2001
Patientavgifter	7 345	7 961	8 426	9 862
Tandvårdsförsäkringen	1 854	1 614	1 577	1 655
Landstingens bidrag	3 439	3 470	3 562	..
Statsbidrag till landstingen	-	-	405	..
Summa	12 638	13 045	13 970	..

Om en uppgift inte är tillgänglig anges två punkter (..).

Källa: Hälsa- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002 och Socialstyrelsen

För år 2001 finns bara uppgifter om patientavgifterna och tandvårdsförsäkringen i den officiella statistiken. Patientavgifterna var det året sammanlagt 9,9 miljarder kronor. Det innebär en ökning

⁵ I den öppna hälso- och sjukvården finns ett högkostnadsskydd som begränsar patientavgiften till 900 kronor under en tolv månadersperiod.

med 34 procent sedan 1998, året före tandvårdsreformen.⁶ Kostnaderna för tandvårdsförsäkringen var däremot 11 procent lägre jämfört med 1998.

2.3 Personal

År 2001 fanns det 11 120 legitimerade tandläkare i yrkesverksam ålder, men bara 7 590, det vill säga 68 procent, var verksamma inom yrket (Socialstyrelsen, 2002, 2003). Av de yrkesverksamma tandläkarna var 4 280 eller 55 procent offentligt anställda och 3 310 privatpraktiserande.

Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 (SOU 2002:53) har skattat antalet yrkesverksamma tandsköterskor i landet till 14 000. Antalet yrkesverksamma tandhygienister år 2001 var enligt utredningen 2 540, vilket kan jämföras med antalet legitimerade tandhygienister i yrkesverksam ålder, som var 3 530.

Landstingen sysselsatte år 2001 enligt registerbaserad statistik (Socialstyrelsen, 2002) totalt 14 520 personer inom tandvården, varav 4 340 tandläkare, 1 670 tandhygienister och ungefär 8 000 tandsköterskor.⁷ Statistiken innefattar både heltids- och deltidsanställda. Motsvarande antal heltidsanställda kan beräknas som summan av de anställdas sysselsättningsgrad i timmar dividerad med normalarbetstiden per år. Antalet på det sättet beräknade årsarbetare uppgick till totalt 13 310, varav 4 010 tandläkare.

⁶ Enligt Riksförsäkringsverkets prismätning i september 2001, som avsåg vårdgivarnas arvoden utan avdrag för försäkringsersättning, hade de flesta landstingen då höjt priserna med mer än 25 procent sedan 1998.

⁷ Till kategorin tandsköterskor räknas här även övertandsköterskor, sjukhustandsköterskor med flera.

2.4 Landstingen

Framställningen i detta avsnitt bygger i stor utsträckning på uppgifter som inhämtats genom en postenkät till landstingen.⁸ I enkäten användes två blanketter med frågor som riktade sig till folktandvården respektive beställarenheten eller, om det inte fanns en sådan enhet, den enhet som har ett övergripande ansvar för tandvård i landstinget (se bilaga 4). Enkäten utformades efter samråd med Landstingsförbundet och Sveriges Folktandvårdsförening. Den sändes ut i september 2003, och i november hade samtliga landsting svarat. Många landsting kunde dock inte besvara alla frågor. Det gäller i synnerhet frågor om investeringar och kostnader för kompetensutveckling under de senaste åren. Uppgifter från enkäten redovisas också i avsnitt 2.6 samt kapitel 4 och 5.

Organisation

Under 1990-talet infördes olika styrformer i landstingen med marknadsliknande inslag i syfte att öka produktiviteten och effektiviteten i hälso- och sjukvården och minska vårdköerna. Man skapade interna marknader med särskilda beställarenheter, kontrakt med de producerande enheterna, konkurrens mellan olika enheter, i viss utsträckning också mellan offentliga och privata vårdgivare, och valfrihet för konsumenterna. I stället för anslag enligt budget användes ofta kontrakt med prestationsbaserad ersättning.

Alla landsting har prövat någon form av beställar-/utförarsystem i varierande omfattning, men år 2000 hade de flesta fortfarande en traditionell förvaltningsorganisation inom hälso- och sjukvården med planer och budgetar som dominerande styrdokument (SOU 1999:66; Bergman och Dahlbäck, 2000). Nio landsting hade en organisation där rollerna som beställare och utförare skiljts åt.

⁸ Med landsting menas här även Gotlands kommun, som inte ingår i något landsting, samt Region Skåne och Västra Götalandsregionen.

De studier som gjorts av beställar-/utförarmodeller i landstingen tyder på att modellerna haft begränsade effekter inom hälso- och sjukvården (Hallin och Siverbo, 2002). Men reformerna har haft betydelse för det ekonomiska medvetandet, och acceptansen för modellerna är större nu än de har varit. Marknadsreformer kan öka transaktionskostnaderna, men det kan vara motiverat om reformerna sänker andra kostnader och bidrar till ökad effektivitet. Någon motsvarande forskning avseende tandvården finns inte.

Det tandvårdsstöd för särskilda grupper som infördes 1999 och som landstingen fick ansvar för ledde till organisatoriska förändringar. Stödet avser uppsökande verksamhet bland äldre, sjuka och funktionshindrade och nödvändig tandvård för dem samt särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid. Enligt Konkurrensverkets enkät har landstingen lagt administrationen av tandvårdsstödet på separata enheter i förvaltningsorganisationen vid sidan om folktandvården. Det gäller alla landsting men inte Gotlands kommun. Enheterna fungerar som beställarenheter. På detta område har man alltså skilt på funktionen som beställare och funktionen som utförare av tandvård, även i de landsting som inte har en formell beställarorganisation.

I de flesta landstingen administreras också barn- och ungdomstandvården av beställarenheterna. Landstinget i Värmland, Landstinget Dalarna och Landstinget Gävleborg samt Gotlands kommun låter dock folktandvården ta hand om denna uppgift. Några landsting har beställarenheter som köper specialisttandvård, både för vuxna och för barn och ungdomar och från såväl folktandvården som privattandvården.

I Stockholms läns landsting, Landstinget Sörmland, Landstinget i Östergötland, Region Skåne, Örebro läns landsting och Landstinget Västmanland har beställarenheterna ansvar för hela tandvårdsbudgeten i landstinget. Det innebär bland annat att planera, beställa, träffa avtal och överenskommelser, följa upp och utvärdera tand-

vården. I Stockholm ligger uppgiften på Tandvårdsenheten inom Beställarkontor Vård, som sorterar under en beredning för medicinskt programarbete. Motsvarande enhet i Skåne är Tandvårdsnämndens kansli, som också, till skillnad från Tandvårdsenheten i Stockholm, har att yttra sig över folktandvårdens förslag till prishöjningar i vuxentandvården.

I flertalet landsting sorterar beställarenheten och folktandvården under samma nämnd eller motsvarande i den politiska organisationen. Tandvårdsnämnden i Skåne är således också styrelse för folktandvården. Sex landsting - Stockholm, Landstinget i Uppsala län, Sörmland, Halland, Västra Götaland och Örebro - har dock gjort en uppdelning av funktionerna som beställare och utförare även på den politiska nivån.

Folktandvården drivs som en enhet i förvaltningsorganisationen. Ett undantag är Halland, där det finns sex politiska nämnder med regionalt ansvar och en tandvårdsförvaltning knuten till varje nämnd. Stockholm har som enda landsting bolagiserat folktandvården.

Verksamhet

Folktandvården i samtliga landsting omsatte år 2002 enligt Konkurrensverkets enkät ungefär 7 miljarder kronor. Det gäller folktandvårdens egen produktion. Störst var omsättningen i Västra Götalandsregionen, 1 315 miljoner, Stockholm, 1 046 miljoner, och Skåne, 786 miljoner kronor. Tillsammans svarade dessa tre landsting för 44 procent av den totala omsättningen. Folktandvården i Gotlands kommun och Landstinget Kronoberg hade en förhållandevis liten omsättning, 36 respektive 76 miljoner kronor.

I tabell 2.2 har omsättningen fördelats på verksamhetsgrenar. Det är egentligen inte möjligt att aggregera uppgifter från olika landsting på den nivån. Alla landsting har sitt eget redovisningssystem och sitt

eget sätt att kalkylera och fördela kostnaderna, och kalkylunderlaget är dessutom ofta bristfälligt. Jämförbarheten är därför mycket begränsad. Det gäller främst fördelningen mellan vuxentandvård och barn- och ungdomstandvård.

Tabell 2.2 Folk tandvårdens omsättning 2002, efter verksamhetsgren, miljoner kronor

Verksamhetsgren	Omsättning
Allmäntandvård, vuxna	3 067
Allmäntandvård, barn och ungdomar	1 791
Specialisttandvård, vuxna	793
Specialisttandvård, barn och ungdomar	547
Tandvård för särskilda grupper	396
Övrigt	543
Totalt	7 137

Källa: Konkurrensverkets enkät

Tandvården för de särskilda grupper som landstingen ansvarar för borde det dock inte vara någon svårighet att kostnadsberäkna, och det går förmodligen att göra en relativt god uppskattning av fördelningen mellan allmäntandvård och specialisttandvård. Allmäntandvården stod för ungefär 70 procent av den totala omsättningen 2002, specialisttandvården för 20 procent och tandvård för särskilda grupper för 5 procent.

Som framgår av tabell 2.3 bestod intäkterna i folktandvården till stor del av ersättning från landstingen. Ersättningen uppgick till 3 328 miljoner kronor, vilket motsvarade 47 procent av den totala omsättningen. Statsbidragen går inte alltid direkt till folktandvården och kan i vissa fall ha redovisats som landstingsersättning. Patientavgifter svarade för 38 procent och försäkringsersättning för 8 procent av omsättningen.

Tabell 2.3 Folktandvårdens omsättning 2002, efter intäktslag, miljoner kronor

Intäktslag	Omsättning
Patientavgifter	2 715
Försäkringsersättning	565
Statsbidrag	294
Anslag från landstinget/ersättning för uppdrag	3 328
Övriga intäkter	242
Totalt	7 137

Källa: Konkurrensverkets enkät

Landstingen köper även tandvård från andra vårdgivare men i tämligen blygsam omfattning. Inköpen uppgick 2002 till 382 miljoner kronor (tabell 2.4) och gick till allra största delen via beställar- eller uppdragsenheterna. Från folktandvården köpte dessa enheter tandvård för 2 925 miljoner kronor. Det rörde sig framför allt om allmän-tandvård för barn och ungdomar.

Tabell 2.4 Landstingens kostnader för köp av tandvård från folktandvården och andra vårdgivare 2002, efter verksamhetsgren, miljoner kronor

Verksamhetsgren	Folktandvården	Andra vårdgivare
Allmäntandvård, vuxna	35	0
Allmäntandvård, barn och ungdomar	1 506	157
Specialisttandvård, vuxna	296	7
Specialisttandvård, barn och ungdomar	430	33
Tandvård för särskilda grupper	409	181
Övrigt	255	4
Totalt	2 925	382

Källa: Konkurrensverkets enkät

Den tandvård beställarenheterna köper upphandlas sällan i konkurrens. Det är i stort sett bara den uppsökande verksamheten som upphandlas. Det gör alla landsting, men Örebro avbröt upphandlingen 2002 med motiveringen att inga privata vårdgivare visat intresse. Några landsting har upphandlat tandreglering. Kronoberg har som enda landsting upphandlat barn- och ungdomstandvård.

De totala kostnaderna för den svenska tandvården uppgick år 2000 som tidigare nämnts till 14 miljarder kronor (se tabell 2.1). Om man antar att kostnaderna var ungefär desamma 2002 betyder det att folktandvårdens marknadsandel var i genomsnitt 50 procent. Det innefattar all tandvård. Marknadsandelen i vuxentandvården kan beräknas utifrån patientavgifter och försäkringsersättning. Folktandvårdens andel av de totala patientavgifterna var 31 procent och av den sammanlagda försäkringsersättningen 34 procent. Beräknat på landstingens inköp svarade folktandvården för 91 procent av allmäntandvården för barn och ungdomar.

Marknadsandelarna varierar dock avsevärt, både lokalt och regionalt. De privatpraktiserande tandläkarna etablerar sig främst på större orter och särskilt i storstädernas innerområden. I förorterna, på mindre orter och i glesbygden finns oftast bara folktandvården att tillgå. Det finns stora skillnader även när det gäller vuxentandvårdens inriktning. Privattandläkare dominerar inom protetisk tandvård för äldre.

2.5 De privata vårdgivarna

Det största företaget på marknaden är Praktikertjänst AB. Det är moderbolag i en koncern som år 2002 omsatte 7,6 miljarder kronor; 3,2 miljarder avsåg tandvård och 2,8 miljarder annan hälso- och sjukvård. Praktikertjänst har inte tillgång till uppgifter om hur omsättningen av tandvård fördelar sig på olika verksamhetsgrenar.

Företaget sysselsätter cirka 1 500 tandläkare i hela landet, det vill säga nästan hälften av de privatpraktiserande tandläkarna. I koncernen ingår dotterbolag med egna varumärken, till exempel CityAkuten.

De praktikansvariga tandläkarna inom Praktikertjänst är med få undantag delägare i företaget. Delägarna skall ha minst 50 aktier och högst 5 000. Antalet aktier har inget med mottagningens storlek att göra. Hembudsskyldighet gäller för samtliga aktier. Varje praktikansvarig har ett resultatansvar för sin mottagning. Tandläkarna är anställda i företaget och kan sägas upp om verksamheten inte bär sig. Praktikertjänst betecknas som ett producentkooperativ, inte i legal bemärkelse men för att poängtera att bara de som arbetar i företaget får vara ägare.

Några privata vårdgivare har två eller tre kliniker, men det finns inget kedjeföretag av betydelse inom tandvården. Den tandläkare som inte vill ta anställning i folktandvården kan välja att bedriva sin rörelse helt självständigt, ta ansvar för en verksamhet i Praktikertjänst eller ansluta sig till de två större företag som erbjuder ekonomisk och administrativ service inom tandvården, Mekodent Företagskonsult AB och Preventum AB.

Mekodent är ett helägt dotterbolag till Praktikertjänst och har ca 100 kunder. Preventum erbjuder också tjänster som rör inköp, pris-sättning, utbildning, kvalitetssäkring, företagstandvård med mera. Tandläkarna kan utnyttja företagets inköpsavtal med leverantörer av utrustning och dentala förbrukningsmaterial och få hjälp med att ta fram prislistor. Ungefär 200 tandläkare är anslutna till Preventums kvalitetssäkringssystem eller dess ekonomiadministration.

2.6 Konkurrensvillkor

Folktandvården och de privata vårdgivarna är verksamma på samma produktmarknader. De riktar sig till i huvudsak samma patientgrupper och är alltså konkurrenter. Landstingen har ett särskilt ansvar. De skall planera tandvården och erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. De skall svara för tandvård för barn och ungdomar, specialisttandvård, övrig tandvård för vuxna i den omfattning som de bedömer lämplig och tandvård för särskilda grupper (se avsnitt 3.1). Folktandvården skall också följa de regler som gäller för offentlig förvaltning, verkställa politiska beslut och hålla sig till system, rutiner etc. som det enskilda landstinget använder i sin verksamhet. Privattandvården å sin sida har att rätta sig efter de bestämmelser som gäller företag i allmänhet, till exempel aktiebolagslagen, men kan i övrigt arbeta självständigt inom ramen för tandvårdens regelsystem. I Konkurrensverkets enkät har folktandvården och landstingens beställarenheter eller motsvarande enheter gett sin syn på konkurrensvillkoren. Konkurrensverket har också fått synpunkter från Landstingsförbundet och Sveriges Privattandläkarförening.

Folktandvården

Från folktandvårdens sida fäster man stor vikt vid vad man kallar befolkningsansvaret eller sistahandsansvaret för patienterna. Folktandvården måste ta emot alla patienter, även de som inte kan betala, vilket inte sällan leder till utestående kundfordringar. Det finns också patienter som kräver ett särskilt omhändertagande, till exempel tandvårdsrädda, och som därför förorsakar större kostnader än normalt. Privata vårdgivare kan neka att ta emot sådana patienter.

Landstingens befolkningsansvar innefattar också ett krav på tillgänglighet. Det innebär etableringar i glesbygd där kundunderlaget inte är tillräckligt för att kostnader och intäkter skall gå ihop. Och det innebär öppethållande året runt. Folktandvården kan inte stänga

sina kliniker på sommaren och hänvisa till privata vårdgivare. Patienterna måste ha tillgång till jourtandvård, och lokalerna måste vara handikappanpassade med breda korridorer, särskilt utformade toaletter, hiss etc. Det betyder inte att lokalerna alltid är ändamålsenliga i andra avseenden. Möjligheterna för folktandvården att välja lokaler kan vara begränsad.

Många folktandvårdschefer framhåller att landstinget är en stor och politiskt styrd organisation med långa beslutsvägar. Planerings- och beslutsprocessen kräver därför mycket tid och resurser. Det är till exempel landstingsfullmäktige som beslutar om priser i vuxentandvården. Det innebär att folktandvården inte kan göra snabba prisjusteringar för att anpassa sig till konkurrenternas prissättning. Folktandvården kan inte heller priskonkurrera lokalt genom att sänka priserna på vissa orter, eftersom priserna måste vara desamma inom hela landstinget enligt kommunallagens likställighetsprincip.

Att beslutsprocess och ekonomi är offentlig ger konkurrenterna insyn i verksamheten och folktandvårdens affärsstrategier. Offentlighetsprincipen uppges också medföra administrativt merarbete och en trögare organisation. Skyldigheten att tillämpa lagen om offentlig upphandling uppfattas som en administrativ påлага.

Ansvar för introduktion och utbildning av nyexaminerad personal ligger i praktiken enligt uppgifter i enkäten till stor del på folktandvården. Det gäller alla yrkeskategorier. Tandläkare exempelvis börjar oftast sin yrkesverksamhet i folktandvården, som därigenom har i stort sett hela ansvaret för deras inskolning. Oerfaren personal producerar mindre och behöver handledare. När en tandläkare slutar och övergår till privat verksamhet följer ofta många patienter med till den egna praktiken.

Lönerna är ett annat problem. Folktandvården måste följa landstingets övergripande lönepolitik. Det begränsar möjligheterna att

marknadsanpassa lönerna och gör det svårt att finna attraktiva incitament för de anställda.

Folktandvårdschefen i ett landsting påpekar att man saknar möjlighet att bygga upp ett eget kapital för investeringar och i ett annat landsting att folktandvårdens investeringsram leder till nedrustning och att det inte är möjligt att föra över resultat mellan olika år. I enkätsvaren nämns för övrigt bland annat landstingens personalansvar, tvingande IT-lösningar, krav på facklig samverkan och omfattande arbetsmiljöarbete.

Jämfört med privattandvården har folktandvården enligt enkäten en fördel i det att folktandvården inte kan gå i konkurs. Några anser att det finns stordriftsfördelar på sådana områden som lokalutnyttjande, upphandling och utveckling. Andra fördelar som nämns är ett fullständigt vårdutbud och totalkompetens med specialisttandvård i organisationen, etablering i hela landstinget, stor andel unga patienter, barn och ungdomar som fortsätter som vuxenpatienter, ett varumärke som kan borga för trygghet och samverkansfördelar med sjukvården.

Beställarenheterna

Från beställarenheternas sida ser man i allmänhet färre problem, men de som redovisas är av samma karaktär som folktandvårdens. Landstingen kompenserar i varierande omfattning folktandvården för dess befolkningsansvar och för konkurrensnackdelar i förhållande till privattandvården, till exempel för verksamhet i glesbygd. Det finns beställare som hävdar att folktandvårdens särskilda uppgifter kan kostnadsberäknas och att folktandvården i det egna landstinget får tillräcklig kompensation för dessa uppgifter och därmed har samma konkurrensvillkor som privattandvården.

Landstingsförbundet

Landstingsförbundet framhåller att konkurrenssituationen måste bedömas med hänsyn även till den privata sektorns förutsättningar. Det finns stora fördelar med att arbeta privat. De privata vårdgivarna har till exempel stor frihet att välja platsen för etablering och att därmed optimera sin verksamhet. De har färre mål och krav att uppfylla i förhållande till det totala patientpanoramat och kan välja vad och vilka man behandlar. Det finns stora möjligheter att variera arbetsinsatsen. Företagen kan överlåta patienter till folktandvården vid akuta behov under obekvämtid och semester etc. Bedrivs verksamheten i aktiebolag kan det ekonomiska resultatet varieras efter behov och efter vad som totalekonomiskt är optimalt, och det kan balanseras med arbetsinsatsen. Vinsten kan förskjutas genom avsättning till skattefria periodiseringsfonder. I stället för lön kan man i viss utsträckning välja lågt beskattad utdelning.

Privattandläkarna

Enligt Sveriges Privattandläkarförening subventionerar många landsting folktandvårdens vuxentandvård. Föreningen har funnit att bara fem landsting kan uppvisa nollresultat eller överskott i folktandvården under perioden 1999-2002 och att överskott i vissa fall snabbt kan följas av betydande underskott (Privattandläkaren, 2003; Landstingsvärlden 2003). Som en möjlig orsak anges att landstingen satt för låga priser. Men bristen på särredovisning gör det enligt föreningen omöjligt att jämföra resultaten för de delar inom tandvården som är konkurrensutsatta. Och utan särredovisning är det till exempel svårt att räkna ut en korrekt ersättning till tandläkarna för barn- och ungdomstandvården, den så kallade tandvårdspengen.

Privattandläkarna anser att landstingens ersättning från kommunkontosystemet snedvrider konkurrensen om den förs vidare till folktandvården, eftersom privattandläkarna inte får motsvarande ersättning (se avsnitt 3.5). Folktandvården kan enligt privattandläkarna också gynnas genom landstingsgemensamma investeringar som inte belastar folktandvården, finansieringsvillkor som medger

upplåning till icke marknadsmässig ränta, för högt tilltagen ersättning för personalutbildning, informations- och marknadsföringskostnader som inte betalas fullt ut och otillräckliga pensionsavsättningar.

3 Regelsystemet

Målet för tandvården är enligt tandvårdslagen (1985:125) en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Av lagen framgår hur tandvården skall bedrivas för att uppfylla kravet på en god tandvård. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall upplysas om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Den ersättning vårdgivaren tar ut skall enligt lagen vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. Innan en undersökning eller behandling påbörjas skall vårdgivaren upplysa patienten om kostnaden för åtgärden.

I tandvårdslagen finns också bestämmelser om landstingens tandvård. Enligt tandvårdslagen skall landstingen planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov. Planeringen skall avse även den tandvård som erbjuds av annan än landstinget. Landstingen skall samverka i tandvårdsfrågor som berör flera landsting. Tandvårdslagen innehåller även bestämmelser om den landstingskommunala verksamheten.

Den statliga tandvårdsförsäkringen, som finansierar en del av tandvården, regleras i lagen (1962:381) om allmän försäkring och förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. För yrkesutövare inom tandvården finns behörighets- och legitimationsregler i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Tandvård är undantagen från skatteplikt enligt mervärdesskattelagen (1994:200) men landstingen får ersättning för ingående moms genom kommunkontosystemet.

Den 1 januari 1999 avskaffades den då gällande prisregleringen och etableringskontrollen. Samtidigt gavs den statliga tandvårdsförsäkringen en ny utformning med inriktning på den vardagliga

hälsobefrämjande tandvården, den så kallade bastandvården. Tandvårdsförsäkringen infördes 1974 liksom prisregleringen, med av regeringen fastställda arvoden som vårdgivarna inte fick överskrida. Etableringskontrollen bestod i att anslutningen till tandvårdsförsäkringen begränsades. Tandhygienister tilläts inte finansiera sina kliniker genom tandvårdsförsäkringen och kunde därför inte arbeta självständigt. Det blev möjligt när anslutningsbegränsningen upphävdes. Regeringen bestämde tidigare även högstpriser för tandtekniska arbeten, men denna prisreglering upphävdes den 15 oktober 1996. Fortfarande finns det dock många regler som på olika sätt begränsar företagets möjligheter att agera på marknaden, men som i första hand skall garantera en god vård och skydda patienterna. Det gäller till exempel regler om behörighet, legitimation och tillsyn.

3.1 Landstingens tandvård

Landstingen skall enligt tandvårdslagen erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Tandvård som landstinget självt bedriver benämns folktandvård. Landstingen får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som de har ansvar för enligt tandvårdslagen, såvida det inte gäller myndighetsutövning. Verksamheten kan således överlämnas till en privat entreprenör, som därefter fullgör den avtalade uppgiften med offentlig finansiering. Landstinget svarar dock fortfarande i egenskap av finansär och huvudman för verksamhetens innehåll. Enligt kommunallagen (1991:900) skall fullmäktige se till att landstinget tillförsäkras en möjlighet att kontrollera och följa upp verksamheten.

Folktandvården skall svara för tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller 19 år, specialisttandvård för vuxna och övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig. Tandvården för barn och ungdomar skall vara avgiftsfri för

patienten. Av patienter inom vuxentandvården får landstinget ta ut vårdavgifter enligt grunder som landstingsfullmäktige bestämmer.

Landstingen ansvarar enligt tandvårdslagen för uppsökande verksamhet bland dem som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad, som får hemsjukvård, är funktionshindrade eller som bor i egen bostad och har motsvarande behov av vård, omsorg och service. Landstingen svarar också för att nödvändig tandvård erbjuds dessa patienter. Landstingen skall vidare se till att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid. Nödvändig tandvård och tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling omfattas av reglerna om vårdavgifter inom den öppna hälso- och sjukvården. Avgiften är för närvarande högst 900 kronor under en tolv månadersperiod. Vården kan utföras både av folktandvården och av privata vårdgivare och patienten har rätt att välja vårdgivare.

Den 1 januari 2004 gjordes en ändring i tandvårdslagen som innebär ett förtydligande av vilka som ingår i den berörda personkretsen för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Avgörande för om en person skall omfattas av stödet skall vara det individuella behovet av vård och omsorg och inte boendeformen eller liknande. Endast den som har ett stort och långvarigt behov av vård och omsorg skall vara berättigad till stödet.

Samtidigt infördes en regel om ersättningen till vårdgivaren för nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Ersättningen skall motsvara folktandvårdens priser om inte landstinget och vårdgivaren kommer överens om något annat. Reglerna om fritt val av vårdgivare i kombination med fri prisättning, låga patientavgifter och till och med avgiftsfri vård, när 900-kronorsgränsen för högkostnadsskyddet i hälso- och sjukvård uppnåtts, riskerar enligt regeringen att leda till kraftiga kostnadsökningar för landstingen (prop. 2003/04:1). Regeringen anser det

därför nödvändigt att öka landstingens möjligheter till effektiv kostnadskontroll.

3.2 Tandvårdsförsäkringen

Ersättning för tandvård lämnas enligt lagen om allmän försäkring om vården ges vid en folktandvårdsklinik, en odontologisk fakultet eller annars genom det allmännas försorg. Ersättning lämnas också om vården ges hos en enskild näringsidkare, ett bolag eller annan juridisk person, under förutsättning att vårdgivaren är uppförd på en förteckning som upprättats av försäkringskassan. För att bli uppförd på förteckningen skall vårdgivaren vara legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist eller ha tillgång till sådan personal. Ersättning lämnas endast om tandvården utförts av en legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist som inte har fyllt 70 år. Undantag från denna åldersgräns kan medges.

Ersättning lämnas enligt förordningen om tandvårdstaxa med ett grundbelopp som bestäms för varje åtgärd. Grundbeloppens storlek framgår av en bilaga till förordningen. För bastandvård motsvarar ersättningen 30 procent av de arvoden som gällde före tandvårdsreformen 1999 (prop. 1997/98:112). För behandlingar med protetik och tandreglering gäller särskilda regler. Ersättningsbeloppet motsvarar 60 procent av 1988 års taxa. Från detta belopp dras ett karensbelopp om 3 500 kronor. Den 1 januari 2001 slopades karensbeloppet för proteser i helt tandlösa käkar. För delproteser slopades karensbeloppet den 1 april 2002. Försäkringen omfattar även sådana avtal mellan vårdgivaren och patienten som innebär att patienten skall betala en fast avgift för sitt behov av bastandvård (abonnemangstandvård).

Den 1 juli 2002 infördes ett högkostnadsskydd för protetiska åtgärder, det vill säga behandling som avser kronor, broar och

implantat samt avtagbara proteser.⁹ Högkostnadsskyddet gäller personer som under det år vården ges fyller minst 65 år. Tandvårdsersättning lämnas med vissa undantag för hela kostnaden för åtgärderna. Från ersättningen avräknas ett karensbelopp om 7 700 kronor. Gjut- eller ädelmetaller betalas av patienten. För titan-komponenter i samband med implantatbehandling lämnas ersättning med ett fast belopp, och patienten står själv för eventuella merkostnader.

Behandlingsförslaget och skäligheten av vårdgivarens anspråk på ersättning för behandlingen skall förhandsprövas av försäkringskassan. Ärendena handläggs av försäkringskassan i Skåne. Enligt propositionen Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. (prop. 2001/02:51) borde folktandvårdens pris vara vägledande vid skälighetsbedömningen och ett påtagligt högre pris i regel inte godtas. Det begärda priset borde normalt sett inte avvika från det pris som vårdgivaren enligt prislistan tar ut av andra patienter. RFV utfärdade 2003 riktlinjer som förtydligade riksdagens beslut att folktandvårdens pris i respektive landsting skulle vara vägledande. Riktlinjerna gällde från och med den 1 juli 2003. De ersattes den 1 januari 2004 med en ny bestämmelse i förordningen om tandvårds-taxa. Tandvårdsersättning lämnas enligt denna bestämmelse med högst ett belopp som vid tidpunkten då försäkringskassan beslutar om behandlingsförslaget motsvarar folktandvårdens priser för tandvård i det landsting där vården utförs.

3.3 Information

Patienten skall enligt tandvårdslagen upplysas om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Innan en

⁹ Implantat består av små skruvar av metall, på vilka tandläkaren fäster konstgjorda tänder. Skruvarna tillverkas av titan och tänderna av titan eller guld som täcks av porslin.

undersökning eller viss behandling påbörjas skall vårdgivaren upplysa patienten om kostnaden för åtgärden. Om en följd av behandlingar behövs skall vårdgivaren upplysa patienten om de beräknade sammanlagda kostnaderna för behandlingarna. Om förutsättningarna för behandlingsförslaget eller kostnadsberäkningen ändras skall patienten upplysas om detta och om anledningen till ändringen.

Enligt förordningen om tandvårdstaxa skall ett exemplar av förordningen med bilaga finnas på en för patienterna väl synlig plats inom vårdgivarens mottagning. I anslutning härtill skall finnas en lista med de priser som vårdgivaren tar ut för varje åtgärd. Av prislistan skall det även framgå om vårdgivaren har försäkring för att göra om protetiska arbeten.

Konsumentverket/KO har träffat en överenskommelse med Sveriges Privattandläkarförening om avtalsvillkor med mera för tandvård. Enligt överenskommelsen skall tandvårdslagen, förordningen om tandvårdstaxa och tandvårdsförordningen finnas tillgänglig på mottagningen. Föreningens medlemmar skall följa marknadsföringslagen, prisinformationslagen och konsumentkreditlagen. I överenskommelsen finns också bestämmelser om vad vårdgivarnas prislistor skall innehålla.

3.4 Behörighet, legitimation och tillsyn

För legitimation som tandläkare och tandhygienist krävs tandläkarexamen respektive tandhygienistexamen enligt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Tandläkare och tandhygienist är skyddade yrkestitlar och får endast användas av dem som är legitimerade. Behörig att utöva yrke som tandläkare är endast den som har legitimation för yrket eller som särskilt

förordnats att utöva det. Tandsköterskor behöver inte ha legitimation och deras yrkestitel är inte skyddad.

Tandvården och dess personal står under tillsyn av Socialstyrelsen. Socialstyrelsens tillsyn skall främst syfta till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården.

3.5 Kommunkontosystemet

Kommunkontosystemet är avsett att skapa konkurrensneutralitet vid landstingens och kommunernas val mellan att utföra tjänster i egen regi och att upphandla motsvarande tjänster från externa entreprenörer. Det är ett kompenationssystem. Kommuner och landsting får ersättning för mervärdesskatt som erlagts för inköp i icke skattepliktig verksamhet, det vill säga i princip den skatt som inte kan dras av i det ordinarie mervärdesskattesystemet. Det kan vara fråga om mervärdesskatt som är hänförlig till egen verksamhet för eget behov, till exempel parkskötsel. Även mervärdesskatt som är hänförlig till icke skattepliktig omsättning av varor eller tjänster kan komma i fråga. Ett exempel är tandvårdstjänster, som är undantagna från skatteplikt enligt mervärdesskattelagen.

Kommuner och landsting har dessutom rätt att få ersättning för den dolda mervärdesskatt som ligger i priset vid upphandling av skattefri verksamhet, bland annat tandvård. Mervärdesskatten blir därmed inte en kostnad som kan bidra till att man avstår från köpet. Ersättning utgår med 6 procent av upphandlingssumman, med vissa undantag. Det bygger på schablonmässiga beräkningar av hur stor del av driftskostnaden i den skattefria verksamheten som utgör mervärdesskatt.

4 Priser och prisutveckling

4.1 Prissättning

Det finns i huvudsak tre sätt att bestämma priser i tandvården: avgifter per åtgärd, timdebitering och kapitation. Det vanligaste är att patienten betalar en avgift för varje åtgärd i den behandling som utförs, till exempel undersökning, förebyggande åtgärder av mindre omfattning och tanduttagning. Timdebitering används i vissa fall som ett komplement. Kapitation innebär att i förväg bestämda avgifter tas ut för den tandvård patienten behöver under en viss tidsperiod.

Vid kapitation får vårdgivaren betalt per individ, oavsett hur stort vårdbehovet visar sig vara. Det innebär en ekonomisk risk för vårdgivaren, men riskerna kan utjämnas om antalet patienter är stort. Kapitation stimulerar till egenvård och preventiva åtgärder som minskar kostnaderna för framtida tandvård. Det ger goda möjligheter att kontrollera de totala vårdkostnaderna. Systemet kan antas leda till ett bättre resursutnyttjande än pris per åtgärd, eftersom ersättningen är oberoende av vilken typ av vårdinsatser som görs. Det kan dock skapa incitament till för lite vård och till åtgärder som inte kostar så mycket, vilket kan gå ut över kvaliteten. Vårdgivaren tenderar också att ägna sig åt lågrisk- och lågkostnads-patienter. Om däremot ersättningen bestäms av resursinsatsen stimuleras vårdgivaren till att vidta fler åtgärder än nödvändigt och att välja den ekonomiskt mest lönsamma behandlingen.

Genom tandvårdsförsäkringen får vårdgivaren ersättning med vissa belopp per åtgärd eller per abonnemang, och det pris patienten betalar reduceras med samma belopp. Med abonnemang menas ett avtal mellan patienten och vårdgivaren om att vårdgivaren under en

tvåårsperiod skall utföra all bastandvård som patienten behöver till en kostnad som bestäms i avtalet. Andra former av kapitation ersätts inte genom försäkringen.

Abonnemangstandvården har definierats så att det ekonomiska risktagandet för vårdgivare och patient skall minimeras. Det gäller en inte alltför lång period och avser endast bastandvård. Enligt den utredning som framförde förslaget om abonnemangstandvård (SOU 1998:2) skall vårdgivaren inte behöva göra svåra riskprognoser och inte riskera oväntade kostnader för dyrbara protetiska åtgärder. Ändå har det inte fått någon större omfattning.

Enligt Konkurrensverkets enkät erbjöds patienterna år 2002 abonnemang i 16 landsting. Ofta var det bara yngre åldersgrupper som hade möjlighet att teckna avtal. Fem landsting riktade sig till gruppen 20-29 år och fem till dem som var högst 39 eller 49 år. Övriga landsting vände sig till alla vuxna.

Kapitation förekommer också i barn- och ungdomstandvården, som finansieras av landstingen. Vårdgivarna får en fast ersättning per barn för en viss bestämd tidsperiod, en tandvårdspeng, som kan variera beroende på barnets ålder.

Landstingen får enligt kommunallagen inte ta ut högre avgifter än som svarar mot kostnaderna för de tjänster eller nyttigheter som landstingen tillhandahåller. Denna självkostnadsprincip gäller även tandvården men inte varje särskild åtgärd. Och det är naturligtvis mycket svårt att göra tillförlitliga självkostnads-kalkyler på den nivån. De flesta landstingen uppgav dock i Konkurrensverkets enkät att de tillämpade principen att priserna skulle ge full kostnads-täckning för varje åtgärd i allmäntandvården för vuxna. Sju landsting tillämpade andra principer. I ett landsting var priserna för undersökningar och protetiska åtgärder förhållandevis låga, i ett annat skulle taxan ha en förebyggande profil. Det förekom också att de mest frekventa åtgärderna prissattes något högre än andra

åtgärder. Ett landsting gjorde en affärsmässig bedömning av priserna, och i ett landsting tog man hänsyn till politiska åsikter om hur prishöjningar skulle fördelas på åtgärder. I Östergötland har den politiska majoriteten kommit överens om ett program enligt vilket avgiftsnivån i tandvården skall ligga på "den undre tredjedelen i landet" för de tio vanligaste åtgärderna. Samtidigt tillämpas enligt landstinget principen om full kostnadstäckning för varje åtgärd.

4.2 Prisskillnader

Riksförsäkringsverket (RFV) har gjort flera undersökningar av landstingens och privattandvårdens priser. I den senaste undersökningen (2003) användes en postenkät. Frågorna i enkäten avsåg ett antal olika behandlingspaket, som vart och ett bestod av flera olika åtgärder. Uppgifter inhämtades från ett urval av privata vårdgivare och från samtliga landsting och avsåg december 2002. Undersökningen beskrivs närmare i bilaga 1.

I tidigare prisundersökningar hämtades priserna från vårdgivarnas prislistor och redovisades för varje särskild åtgärd. Ett problem när man utgår från prislistor är att åtgärder som rubricerats på samma sätt kan ha olika innehåll hos olika vårdgivare. Ett annat problem är att åtgärderna ofta prissätts i olika "latituder" beroende på svårighetsgrad och att vårdgivarna inte alltid gör samma bedömningar av vilken latitud som är tillämplig. I RFV:s enkätundersökning ombads vårdgivarna ange det vanligast förekommande priset/normallatituden.

Prisskillnaderna mellan de privata vårdgivarna var påfallande stora för vissa behandlingspaket. För exempelvis behandlingspaket 1 (revisionsundersökning av tandläkare och omfattande förebyggande behandling) var den lägsta patientavgiften 334 kronor och den högsta 1 440 kronor. En förklaring är att en del vårdgivare

inkluderade förebyggande behandling i behandlingsåtgärden undersökning och bara debiterade för denna åtgärd, medan andra debiterade för både undersökning och förebyggande åtgärder för patienter med omfattande behandlingsbehov. Många hade inte klart för sig att det sedan den 1 juli 2002, enligt RFV:s föreskrifter, är tillåtet att debitera för båda åtgärderna vid ett och samma tillfälle. Det kan förklara en del av prisvariationen även i andra paket.

Lägsta och högsta pris i folktandvården för behandlingspaket 1 var 729 respektive 1 049 kronor. Det bygger på uppgifter från tandvårdsscheferna. Tjänstetandläkarna gav i vissa fall andra prisuppgifter. Undersökningen visar alltså att det förekommer prisvariationer inom landstingen, trots att varje landsting bara har en prislista för allmäntandvård.

De stora prisskillnaderna tyder på att konsumenterna inte är särskilt väl informerade eller att de fäster större vikt vid sådana faktorer som kvalitet, förtroende och kontinuitet i vården. Skillnaderna är större än de som förekommer på många andra konsumentmarknader. En del av prisskillnaderna beror dock tydligen på missförstånd om vilka regler som gäller för debitering av undersökning och förebyggande åtgärder.

Konkurrensverket har analyserat primärdata från RFV:s prisundersökning (bilaga 1). För varje vårdgivare finns uppgifter om priser samt namn och adress men ingen annan information. Med hänsyn till det ringa antalet observationer i många län har materialet fördelats på större regioner. De största länen - Stockholm, Skåne och Västra Götaland - kan dock redovisas var för sig. Regionerna har definierats enligt den indelning i riksområden som används inom EU för statistikredovisning, NUTS. Regionerna består av ett eller flera län. De två regionerna Mellersta Norrland (Västernorrland och Jämtland) och Övre Norrland (Västerbotten och Norrbotten) har slagits samman.

De högsta priserna tillämpades i Stockholms län. Skillnaden är statistiskt säkerställd för åtta av tio behandlingspaket. Norra Mellansverige hade signifikant lägre priser än övriga landet för fem behandlingspaket. Övriga områden uppvisar skillnader som i allmänhet ligger inom felmarginalen.

Även folktandvårdens priser var högst i Stockholms län. Skillnaderna var i flera fall betydande. Norra Mellansverige och Östra Mellansverige hade också relativt höga priser men låg ändå i de flesta fall lägre än Stockholms län (som inte ingår i Östra Mellansverige). Västra Götaland hade genomgående lägre priser än övriga landet. Till lågprisområdena hörde också Skåne samt Mellersta och övre Norrland.

Genomsnittspriserna i privattandvården låg ofta högre än folktandvårdens priser. I Mellersta och övre Norrland var privattandvårdens priser signifikant högre för nio behandlingspaket. I Norra Mellansverige fanns det skillnader både uppåt och nedåt. Lägre priser i privattandvården förekom framför allt när det gäller undersökning och förebyggande behandling (paket 1-3).

Korrelationen mellan folktandvårdens och privattandvårdens priser i hela landet var ganska svag men signifikant och positiv för sju behandlingspaket. Korrelationskoefficienten var inte högre än 0,24. En jämförelse mellan storstadslänen - Stockholm, Skåne och Västra Götaland – visar ett tydligare samband och en positiv korrelation mellan priserna för samtliga behandlingspaket. I Mellersta och övre Norrland var sambandet ännu starkare och signifikant för behandlingspaketen 1 och 4-8.

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan vårdgivare som tillhör Praktikertjänst och övriga privata vårdgivare. Det gäller samtliga behandlingspaket.

4.3 Prisutveckling

När den statliga regleringen av priserna för tandvård avskaffades den 1 januari 1999 steg priserna initialt med 21 procent enligt Statistiska centralbyrån (SCB). Därefter har de fortsatt uppåt men inte i samma takt (tabell 4.1). Den totala prishöjningen fram till och med december 2003 uppgick till 64 procent med en felmarginal på +/- 9 procentenheter. Höjningen ligger således i intervallet 55-73 procent. Den tandvårdstaxa som gällde före tandvårdsreformen fastställdes av regeringen den 1 oktober 1997. Därefter har konsumentprisindex (KPI) stigit med 7 procent.

Tabell 4.1 Indextal för tandvårdspriser i konsumentprisindex, december 1998=100

År	Månad	Index	Osäkerhets- tal (+/-)
1999	Januari	121,2	6,2
2000	Januari	130,8	6,2
2001	Januari	137,3	8,7
2002	Januari	150,7	8,7
2003	Januari	156,7	9,0
2003	December	164,4	9,0

Källa: Statistiska centralbyrån

Tandvård ingår i KPI som en post i huvudgruppen hälso- och sjukvård. Index för tandvård avser det pris patienten själv betalar netto efter avdrag av ersättning från försäkringskassan. Priser samlas i princip in månatligen från ett urval privata tandvårdskliniker och landsting och för ett urval av tandvårdsåtgärder. Priser för tandvård som ett led i sjukdomsbehandling har inte beaktats och inte heller priser för tandvårdsabonnemang.

Enligt Landstingsförbundet (2002) hade priserna i folktandvården den 1 januari 2002 i genomsnitt höjts med ungefär 40 procent jämfört

med den nationella taxan 1998. Priserna inkluderar ersättning från tandvårdsförsäkringen. Den största höjningen gjordes 1999 och uppgick till i genomsnitt 15 procent. Därefter höjdes priserna med ungefär 6 procent per år räknat på de priser som fastställts att gälla från den 1 januari respektive år. Landstingsförbundet har gjort ytterligare en prisundersökning som avser 2003 men valt att inte offentliggöra den. Prishöjningarna för de olika åtgärderna har vägts med frekvensen av åtgärderna i Stockholms län 1998. Fördelningen mellan åtgärderna kan ha ändrats, och det finns enligt förbundet skäl att göra en översyn av vägningstalen.

Vägningstalen kan enligt Konkurrensverkets uppfattning behöva revideras med hänsyn både till nya behandlingsmönster och till skillnader mellan olika län. Man kan också rikta invändningar mot sättet att mäta. De åtgärder som prissätts har blivit fler beroende på att vissa behandlingar delats upp i flera moment. Det medför en glidning uppåt i pris som man inte kommer åt. Resultatet av den senaste mätningen avser januari 2002 men går att skriva fram med de prishöjningar som gjorts därefter. Folktandvården höjde enligt uppgift sina priser med i genomsnitt 6-8 procent i början av 2003. Den totala prishöjningen inom folktandvården efter avregleringen och fram till och med januari 2003 kan därför uppskattas till i genomsnitt cirka 50 procent. Det finns dock landsting som har gjort betydligt mindre och betydligt större prishöjningar.

RFV har undersökt både landstingens och privattandvårdens prishöjningar för olika åtgärder men har inte vägt samman höjningarna. I september 2001 hade de flesta landstingen enligt RFV (2001b) höjt priserna (patientavgifter plus försäkringsersättning) för bastandvård med mer än 25 procent. Priserna för protetiska åtgärder hade inte höjts lika mycket. Ett undantag var dock priser för helprotes, som sedan den 1 januari 2001 stigit kraftigt i pris. Då undantogs karensbeloppet för denna behandling. Dessförinnan minskades försäkringsersättningen för hela proteser med ett karensbelopp om 3 500 kronor. Lägst var prishöjningarna för undersökningar.

Medelpriserna hos de privata vårdgivarna var hösten 2000 för det mesta något högre än priserna inom folktandvården (RFV, 2001a). Privattandläkarna hade följt landstingens prishöjningar inom respektive län och höjt mer än landstinget. Privattandläkarna kan till skillnad från landstingen rabattera sina priser. Flertalet landsting har emellertid infört flera priser för samma åtgärd, latituder, som beror av behandlingens svårighetsgrad.

RFV:s senaste prisundersökning (2003a), som publicerades i april 2003, visar att priserna fortsatt att stiga. I undersökningen redovisas patientavgifterna, inte som tidigare de totala priserna inklusive ersättning från försäkringen. Patientavgifterna hos folktandvården har sedan maj 2000 höjts med i genomsnitt 16-27 procent beroende på typ av behandling. Privattandläkarnas patientavgifter har sedan oktober 2000 stigit med 6-26 procent. Skillnaderna mellan vårdgivarna i respektive län och mellan länen var stora. På grund av att mätmetoderna ändrats är resultaten i denna och tidigare undersökningar inte direkt jämförbara. RFV använde data från tidigare undersökningar för att beräkna de priser vårdgivarna skulle ha debiterat för tolv behandlingspaket vid tidpunkten för dessa undersökningar. Beräkningar kunde dock bara göras för åtta behandlingspaket och det var inte möjligt att gå längre tillbaka än till år 2000. För landstingen användes undersökningar som hänför sig till maj 2000, september 2001 och december 2002. För de privata vårdgivarna gjordes jämförelser med priserna i oktober 2000 och december 2002.

I den tidigare prisundersökningen fann RFV att de privata vårdgivarna hade följt landstingens prishöjningar men för det mesta tillämpade något högre priser. Den senaste prisundersökningen visar att genomsnittspriserna i privattandvården ofta ligger högre än folktandvårdens priser, men det finns en korrelation. De privata vårdgivarna tycks inte kunna agera helt oberoende av folktandvården i sin prissättning. Det finns således en begränsad priskonkurrens, och folktandvården, vars priser skall baseras på självkostnadsprincipen

och beslutas av landstingsfullmäktige, fungerar i viss utsträckning som prisledare.

I propositionen Reformerat tandvårdsstöd (prop. 1997/98:112) pekade regeringen på risken för att avregleringen inledningsvis skulle leda till en generell prishöjning. Regeringen gjorde dock bedömningen att förutsättningarna för att avskaffa prisregleringen utan att en prishöjning skedde var mycket goda. Det fanns enligt regeringen ett betydande överskott på tandläkare och en begränsad efterfrågan på tandvård hos många personer till följd av små ekonomiska resurser. Vidare skulle folktandvårdens priser sättas genom politiska beslut och bli allmänt kända och därmed få karaktären av riktpriiser.

På uppdrag av regeringen har en samlad utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet gjorts (SOU 2001:36; SOU 2002:53). Utredaren ansåg att arvodesnivån innan prisregleringen upphävdes var för låg och att den inte speglade de faktiska kostnaderna inom vuxentandvården. Priserna var inte tillräckliga för att vårdgivarna långsiktigt skulle kunna bedriva tandvård i väl anpassade lokaler, med modern utrustning och välutbildad personal och under miljömässigt goda arbetsförhållanden. För detta talade enligt utredaren minskade investeringar i början av 1990-talet, arbetsmiljöproblem, en accelererande utflyttning av tandläkare från Sverige, minskande kompetensutveckling och behov av skattemedel i landstingens vuxentandvård.

Det finns sannolikt ett samband mellan de faktorer utredningen pekar på och prisregleringen. En förklaring till de kraftiga prishöjningarna kan, som utredningen anför, vara att landstingens bidrag till folktandvårdens vuxentandvård var större än förväntat. Att det inte blev något tandläkaröverskott utan tvärt om en brist på tandläkare inom folktandvården kan också ha bidragit till prishöjningarna genom att pressa upp lönerna för tandläkare. Enligt Tjänstetandläkarföreningen har medianlönerna för till exempel

distriktstandläkare stigit med i genomsnitt 33 procent sedan 1998.¹⁰ Specialister som inte är klinikchefer har fått sina löner höjda med 37 procent. Ett par landsting har dessutom genomfört arbetstidsförkortningar för tandläkare, och det finns uppgifter om att arbetstiden minskat väsentligt inom privattandvården. Tandläkarna inom Praktikertjänst arbetar dock enligt företaget mer och inte mindre till följd av en ökad efterfrågan, som bland annat beror på det högkostnadsskydd för äldre som infördes 2002 och nedläggningen av ett antal kliniker inom folktandvården.

En orsak till folktandvårdens rekryteringsproblem är att många tandläkare flyttat till andra länder, framför allt England och Norge. Arbetsmarknaden för tandläkare är i stor utsträckning internationell, och lönerna är högre i dessa länder.

Praktikertjänst har redovisat hur företagets investeringar och kostnader för kompetensutveckling har utvecklats under perioden 1997-2002. Uppgifterna återges i tabell 4.2 tillsammans med uppgifter om omsättningen i tandvården, inbegripet tandteknisk laboratorieverksamhet.

Omsättningen ökade med 14 procent under perioden samtidigt som investeringarna ökade med 186 procent och kostnaderna för kompetensutveckling med 160 procent. Prishöjningarna har gjort det möjligt att satsa mer på investeringar och kompetensutveckling, och den stora kostnadsökningen visar att det funnits ett eftersatt behov. Men det är ändå fråga om relativt små kostnader. De motsvarade 6 procent av omsättningen år 2002. Varken behovet av investeringar eller kompetensutveckling kan därför förklara den kraftiga prisutvecklingen.

¹⁰ Uppgifterna bygger på enkäter till föreningens medlemmar och avser all fast lön. Deltidslöner har omräknats till heltidslöner. Medianlönen 2003 var för distriktstandläkare 30 950 kronor och för specialister som inte var klinikchefer 42 000 kronor.

Tabell 4.2 Praktikertjänst AB: omsättning, investeringar och kostnader för kompetensutveckling inom tandvården 1997-2002, miljoner kronor

År	Omsättning ¹	Investeringar	Kompetens- utveckling
1997	2 800	57	15
1998	2 800	82	18
1999	2 800	105	26
2000	2 900	108	29
2001	3 100	167	32
2002	3 200	163	39

¹ Inklusive tandteknisk laboratorieverksamhet

Källa: Praktikertjänst

Lönerna har mycket större betydelse. Lönekostnaderna i tandvården står för ungefär tre fjärdedelar av omsättningen, och lönerna för tjänstetandläkare har som tidigare nämnts stigit med 30-40 procent. Har arbetstiden och den tid som används för kliniskt arbete minskat innebär det ännu större kostnadsökningar per timme.

Av landstingen har 16 kunnat redovisa hur investeringarna utvecklats under perioden 1997-2002, medan åtta lämnat uppgifter om kompetensutvecklingen under samma period (tabell 4.3). Investeringarna har ökat med 35 procent och kostnaderna för kompetensutveckling med 57 procent. Det är avsevärt mindre än i Praktikertjänst, vilket skulle kunna tolkas så att Praktikertjänst till en del skjutit upp sådana investeringar och sådan utbildning som många landsting genomfört redan före tandvårdsreformen.

Tabell 4.3 Landstingen: investeringar och kostnader för kompetensutveckling inom tandvården 1997-2002, miljoner kronor

År	Investeringar ¹	Kompetens- utveckling ²
1997	62	35
1998	74	38
1999	88	45
2000	88	60
2001	99	56
2002	84	55

¹ Uppgifter från 16 landsting

² Uppgifter från 8 landsting

Källa: Konkurrensverkets enkät

4.4 Protetik

Högekostnadsskyddet för protetiska åtgärder i tandvård för äldre patienter har en utformning som är vårddrivande. Patienten betalar, förutom kostnader för bastandvård och visst material, högst 7 700 kronor. Allt därutöver ersätts av tandvårdsförsäkringen. Det ger patienterna incitament att efterfråga mer vård än nödvändigt. Och vårdgivarna har inte något ekonomiskt incitament att hålla tillbaka konsumenternas efterfrågan. Ersättningen är också prestationsbaserad och det är därför oundvikligt att den ger vårdstyrande incitament

Enligt RFV (2003b) har behandlingsmönstret påverkats så att det skett en märkbar förskjutning mot implantatbehandlingar i stället för annan terapi. Behandling med implantat är förhållandevis dyrt och ger tandläkarna, enligt vad Konkurrensverket erfarit, betydligt högre avkastning än traditionell protetik. Högekostnadsskyddet har också

gjort det ekonomiskt möjligt för fler patienter att få implantat-behandlingar utförda. När karensbeloppet väl passerats blir det billigare att exempelvis dra ut en tand och ersätta den med implantat än att tillämpa konventionell behandling inom bastandvården. En bidragande orsak till detta är enligt RFV att bastandvård, till exempel rotfyllning, inte ingår i högkostnadsskyddet. RFV avser att utreda detta och återkomma med förslag till ändring i högkostnadsskyddets konstruktion.

Tillströmningen av patienter över 65 år har varit stor. Många väntade med behandlingen tills högkostnadsskyddet införts. Efterfrågan kan ha drivit upp priserna. De protetiska åtgärder som man sökt ersättning för har enligt RFV (2003b) stigit i pris med i genomsnitt 5,3 procent sedan den 1 juli 2002. De privata vårdgivarna har höjt med i genomsnitt 5,4 procent och folktandvården med 4,9 procent. Hur priserna för annan tandvård utvecklats under denna period finns det dock inga uppgifter om. Det har inte heller gjorts några jämförelser av priserna för behandling av patienter som omfattas av högkostnadsskyddet och priserna för motsvarande behandling av andra patienter. Enligt propositionen Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. (prop. 2001/02:51) bör det begärda priset normalt sett inte avvika från det pris som vårdgivaren enligt prislistan tar ut av andra patienter, det vill säga patienter som inte omfattas av högkostnadsskyddet.

5 Konkurrensproblem

5.1 Konsumentens ställning

Oavsett om det förekommer utbudsstyrd efterfrågan eller inte, är det ett problem att konsumenterna saknar grundläggande information om priser och kvalitet och därför inte kan välja den vårdgivare och den behandling som bäst svarar mot vårdbehovet och de egna preferenserna. Kostnaderna för att skaffa sig information kan vara mycket höga.

Det finns inga särskilda restriktioner när det gäller marknadsföring av tandvård, men annonsering sker nästan bara i form av notiser på telefonkatalogernas gula sidor, och annonserna innehåller ingen jämförande information om priser och kvalitet. I de prisundersökningar som görs av Riksförsäkringsverket och Landstingsförbundet redovisas prisskillnader för olika åtgärder och behandlingspaket men inte några uppgifter som avser enskilda vårdgivare. Enligt tandvårdslagen är vårdgivaren skyldig att lämna patienten information om dennes tandhälsotillstånd, de behandlingsmetoder som står till buds och kostnader för de behandlingar som skall göras. Detta kan dock ske först efter en undersökning som patienten får betala.

Privattandläkarna skall enligt överenskommelse med Konsumentverket/KO följa marknadsföringslagen, prisinformationslagen och konsumentkreditlagen. Enligt förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa skall ett exemplar av förordningen finnas på en för patienterna väl synlig plats inom vårdgivarens mottagning. I anslutning härtill skall finnas en lista med de priser som vårdgivaren tar ut för varje åtgärd.

Konsumentverket (2003) har undersökt efterlevnaden hos vårdgivarna när det gäller bestämmelsen om prislistor. För Konsumentverkets räkning besökte konsumentvägledare 70 mottagningar i 10 kommuner, varav 23 mottagningar inom folktandvården och 47 inom privattandvården. Bara en femtedel av mottagningarna inom privattandvården hade prislistor på väl synlig plats. Hos folktandvården var motsvarande andel 57 procent. Knappt 30 procent av samtliga mottagningar hade en prislista tillgänglig men inte på en väl synlig plats. Några tog fram en prislista på förfrågan. Men på 21 procent av de privata mottagningarna och 13 procent av folktandvårdens mottagningar fanns över huvud taget ingen prislista för konsumenterna.

5.2 Landstingen och de privata vårdgivarna

Landstingens särskilda uppgifter och ansvar enligt tandvårdslagen ställer stora krav på verksamheten och kan medföra en betydande kostnadsbelastning i folktandvården. Det måste kompenseras om man vill uppnå konkurrensneutralitet mellan tandvård i privat och offentlig regi. I princip bör det inte vara omöjligt att beräkna kostnaderna för de landstingsspecifika uppgifterna, och några landsting har kommit långt i det avseendet. Men det kräver en noggrann uppföljning och redovisning på varje särskilt område. Det är för övrigt inte något som hindrar landstingen från att lägga ut uppgifterna på andra utförare än folktandvården så länge det inte rör sig om myndighetsutövning. Landstinget svarar dock fortfarande för verksamhetens innehåll och skall ha möjlighet att kontrollera och följa upp verksamheten.

Konkurrensförutsättningarna skiljer sig också till följd av att folktandvården är en förvaltningsenhet inom landstingen medan verksamheten inom privattandvården bedrivs av självständiga företag. Folktandvården besväras av en långsam beslutsprocess. Som

exempel kan nämnas att folktandvården, till skillnad från de privata vårdgivarna, inte självständigt kan fatta beslut om vilka priser som skall tillämpas i vuxentandvården. Det begränsar möjligheterna att snabbt anpassa priserna till ändrade konkurrensförhållanden. Folktandvården kan inte heller priskonkurrera lokalt genom att sänka priserna på vissa orter, eftersom priserna måste vara desamma inom hela landstinget enligt kommunallagens likställighetsprincip. Privatföretag har fördelar när det till exempel gäller friheten att välja etablering, kundkrets och inriktning, disponera vinster och anpassa lön och utdelning från företaget efter vad som är mest gynnsamt skattemässigt. Skillnader som har sin grund i att verksamheten bedrivs i landstingskommunala förvaltningar och av privatägda företag kan minskas genom organisatoriska förändringar och genom ändrade regler för landstingens beslut om avgifter och för landstingens redovisning.

Landstingens uppgifter och organisation

Landstingen fick genom tandvårdsreformen 1999 ansvar för uppsökande verksamhet bland äldre och funktionshindrade och den tandvård som är nödvändig för dem. Landstingen skall också se till att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid. Den uppsökande verksamheten skall vara avgiftsfri. För den nödvändiga tandvården och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling skall patienten betala samma avgifter som för öppen hälso- och sjukvård.

Regeringen förutsatte i propositionen Reformerat tandvårdsstöd (prop. 1997/98:112) att landstingen själva skulle konkurrensutsätta den uppsökande verksamheten och att landstingen skulle träffa avtal eller överenskommelse med privata vårdgivare eller folktandvården om den uppsökande verksamheten och den efterföljande nödvändiga tandvården vad gäller hur verksamheten skall fungera och ersättas. Vid riksdagsbehandlingen betonade Socialutskottet vikten

av att den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården konkurrensutsattes (bet. 1997/98:SoU25). När det gäller tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling ansåg utskottet att det inte var lämpligt att folktandvården administrerade systemet med hänsyn till konkurrensneutraliteten mellan offentliga och privata vårdgivare.

Konkurrensverkets enkät visar att landstingen har lagt administrationen av uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling på särskilda organisatoriska enheter vid sidan av folktandvården. Enheterna har skiftande benämningar och inplacering i organisationen men kan betraktas som beställarenheter. Ett undantag är Gotlands kommun, där folktandvården har hand om dessa uppgifter. Landstingen har konkurrensutsatt den uppsökande verksamheten genom upphandling. För nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling har patienten rätt att välja vårdgivare enligt tandvårdslagen. Därigenom är även denna tandvård konkurrensutsatt.

I de flesta landstingen administreras även barn- och ungdomstandvården av beställarenheterna, och alla utom Kronoberg tillämpar en kundvalsmodell som innebär att barn och föräldrar kan välja en privat vårdgivare om de så önskar. Några landsting låter dock folktandvården ta hand om administrationen. Landstinget Kronoberg har upphandlat barn- och ungdomstandvården. Tandreglering har upphandlats av Stockholms läns landsting och Region Skåne. För upphandlingen svarade beställarenheterna. Det finns också landsting som köper specialisttandvård genom beställarenheter.

Om folktandvården deltar i en upphandling med ett eget anbud har landstinget både rollen som finansiär och beställare och som utförare av tandvård. Det är roller som kan vara svåra att förena. Det gäller ju att göra ett objektiva val mellan det egna anbudet och anbud från

andra vårdgivare. De generella principer som EG-rätten och lagen (1992:1528) om offentlig upphandling, LOU, föreskriver är att upphandling skall ske i konkurrens och att inga ovidkommande hänsyn får tas. Tandvården i egen regi får alltså inte gynnas. Det finns en risk för detta om man inte gör en organisatorisk åtskillnad mellan funktionerna som beställare och utförare av tandvård.

Det är viktigt att folktandvården inte har inflytande på valet av utförare. En förutsättning är att funktionen som beställare av tandvård separeras från landstingets egen produktion av tandvård. Men det är lika viktigt att separera beställare och utförare av barn- och ungdomstandvård som tillhandahålls genom ett kundvalsystem. Ersättningen till vårdgivaren i barn- och ungdomstandvården, tandvårdspengen, bör fastställas av beställaren. Om tandvårdspengen är för låg i förhållande till kostnaderna får privat-tandläkarna svårt att etablera sig inom barn- och ungdomstandvården. Är den för hög gynnas den vårdgivare som har flest patienter, det vill säga folktandvården.

Till folktandvårdens konkurrensnackdelar jämfört med privattandvården hör att resultatet inte kan fördelas mellan olika verksamhetsår etc., eftersom folktandvården inte är en självständig juridisk enhet. Det har påtalats i Konkurrensverkets enkät till landstingen. De privata vårdgivarna har däremot stora möjligheter att disponera sina vinster. I Stockholms läns landsting är folktandvården organiserad som ett bolag och har därigenom samma möjligheter.

Upphandling

Landstingens allmäntandvård för vuxna, barn och ungdomar samt tandvården för särskilda grupper är konkurrensutsatt. Det motsvarar ungefär 75 procent av folktandvårdens verksamhet omsättningsmässigt. Med några undantag är det endast tandvård för särskilda grupper som upphandlats. Specialisttandvård står för i genomsnitt ungefär 20 procent av omsättningen. Beställare i

landstingen hävdar att det inte är möjligt att definiera specialisttandvård så entydigt att tjänsterna kan upphandlas, bortsett från tandreglering. Ett exempel som anförts på vad som däremot skulle kunna upphandlas är folktandvårdens verksamhet med information på barnavårdscentralerna.

Befolkningsansvaret ligger på folktandvården, i vissa landsting med undantag för den verksamhet som bedrivs av högskolor och universitet. Folktandvården har därmed skyldighet att ta emot de patienter som söker vård, oavsett tandhälsa, eventuella handikapp och betalningsförmåga. Privata vårdgivare kan avvisa patienter och har därmed möjlighet att bara ta emot dem som har en god tandhälsa och som kan betala för vården, och de behöver inte handikappanpassa sina lokaler. De har därigenom en stor konkurrensfördel i förhållande till folktandvården. Å andra sidan etablerar folktandvården i samband med den kollektiva information som ingår i befolkningsansvaret för barn och ungdomar en relation med föräldrar och barn som gränsar till och lätt övergår i ett kundförhållande.

Flera beställare hävdar att det är möjligt att beräkna kostnaderna för befolkningsansvaret och ge folktandvården motsvarande ersättning. Det är dock inte givet att folktandvården skall ha hela befolkningsansvaret. Landstingen får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som de har ansvar för enligt tandvårdslagen, såvida det inte gäller myndighetsutövning. Arvidsson och Jonsson (2000), som granskat beställarfunktionen inom Stockholms läns landsting, anser att frågan om var befolkningsansvaret skall ligga kan avgöras genom anbudsupphandling. Åtminstone större privata tandvårdsföretag bör enligt Arvidsson och Jonsson kunna erbjudas möjligheten att lämna anbud. Det bör inte vara omöjligt att dela upp ansvaret på ett sätt som sker när det gäller landstingens ersättning till folktandvården, med särskilda ersättningar för generella tandhälsoinsatser, handikappanpassade mottagningar etc. Kronobergs läns landsting

har upphandlat befolkningsansvaret i vissa kommundelar där det saknas folktandvård.

Beslut om priser

Enligt tandvårdslagen skall landstingsfullmäktige besluta om folktandvårdens priser. Besluten får alltså inte delegeras till en nämnd eller styrelse. Tandvårdslagen förtydligades i detta avseende 2002. Men det är inte helt klart hur detaljerat fullmäktigebeslutet skall vara. Folktandvården i Stockholms läns landsting tillämnar en prislista som inte har beslutats av fullmäktige (Landstingsrevisorerna, 2003). Landstingsrevisorerna har med hänvisning till lagändringen efterlyst tydliga riktlinjer till folktandvården från ägarens sida.

Av 3 kap. 9 § kommunallagen (1991:900) framgår att fullmäktige beslutar i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för landstinget. Enligt propositionen Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. (prop. 2001/02:51) är folktandvårdens avgifter en sådan fråga som skall avgöras av fullmäktige och som inte får delegeras. Folktandvårdens priser har enligt propositionen stor betydelse för de priser som debiteras av landets privattandläkare. Mot bakgrund av den betydelse folktandvårdens priser därför har för den enskildes tandvårdskostnader och, efter högkostnadsskyddets införande, skulle ha för statens kostnader för försäkringen ansåg regeringen att det var av vikt att besluten om folktandvårdens avgifter verkligen fattades av landstingsfullmäktige.

Frågan hade aktualiserats av Landstingsförbundet. Om priserna måste fastställas av fullmäktige får folktandvårdens konkurrenter enligt förbundet kännedom om priserna långt innan de kan tillämnas. Möjligheterna blir också små att snabbt möta prisutspel i konkurrenssyfte från andra vårdgivare. Konkurrensverkets enkät till landstingen visar att många folktandvårdschefer ser detta som ett betydande konkurrenshinder.

Subventioner

Folktandvården finansierades 2002 till i genomsnitt 47 procent av landstinget, den så kallade landstingsersättningen (se tabell 2.3). Övriga intäkter utgjordes i huvudsak av patientavgifter och ersättning från försäkringskassan. En del av landstingsersättningen går till vuxentandvården för att bekosta verksamheter som inte bedrivs i konkurrens med den privata tandvården. Dessa landstings- och folktandvårdsspecifika verksamheter hänför sig främst till den offentliga förvaltningen av tandvården och till det tandvårdsansvar landstingen har enligt tandvårdslagen. Om landstingsersättningen är större än kostnaden för de folktandvårdsspecifika verksamheterna innebär det att tandvården subventioneras med skattemedel.

Landstingen svarar också för finansieringen av barn- och ungdomstandvården. Denna tandvård bedrivs oftast integrerat med vuxentandvården, och ersättningen till barn- och ungdomstandvården kan komma att användas i vuxentandvården, vilket i så fall är en form av korssubventionering. Den behöver inte vara avsiktlig om redovisningen är bristfällig. Subventionerna kan också gå i motsatt riktning. Landstingen kan höja priserna inom vuxentandvården för att få möjlighet att minska den skattefinansierade ersättningen till barn- och ungdomstandvården.

Det är naturligtvis också möjligt att genom korssubventionering överföra medel från andra verksamheter inom landstingen till tandvården eller att ge öppet redovisade, direkta tillskott till verksamheten med tandvård. Kostnaderna för tjänster som utförs för folktandvårdens räkning av andra enheter inom landstingen, till exempel IT-tjänster, kan till exempel redovisas på dessa enheter i stället för att belasta tandvården. Brister i redovisningen kan medföra att dessa kostnader behandlas som fria nyttigheter.

Problemet med subventioner i folktandvården illustreras här med exempel från tre olika landsting: Landstinget Gävleborg, Stockholms

läns landsting och Landstinget Sörmland. Det gäller inte minst svårigheten att avgöra vad som är subventioner och vad som är ersättning för kostnader i verksamheten. Uppgifter har hämtats från rapporter och intervjuer med företrädare för landstingen.

Landstinget Gävleborg

Sveriges Privattandläkarförening har länge hävdat att det förekommer stora subventioner i folktandvården. På uppdrag av föreningen har Handelns Utredningsinstitut (HUI) nyligen undersökt om folktandvården i Landstinget Gävleborg subventioneras av landstinget (Hedlund och Olsson, 2003). HUI har gått igenom folktandvårdens intäkter och kostnader och gjort en schablonmässig marknadsberäkning av dem.

Till att börja med rensades folktandvårdens resultaträkning från sådana poster som avsåg icke konkurrensutsatt verksamhet. De poster som togs bort var landstingsersättningen (både intäktssidan och kostnadssidan), en schablonersättning vid upphandling, ersättning i samband med utbildning av tandhygienister, intäkter och kostnader för specialisttandvård samt engångskostnad för lokaler. Kvar fanns kostnader och intäkter för vuxentandvårdens verksamhet: 160,4 miljoner kronor respektive 155,3 miljoner kronor.

Därefter analyserades intäkterna närmare. Flera poster i landstingsersättningen ifrågasattes därför att beloppen bedömdes som orimligt höga eller därför att det inte ansågs vara fråga om folktandvårdsspecifik verksamhet. Det gällde kostnader för strukturutveckling, information och marknadsföring, lärlingar, handledning i samband med utbildning och anställningstrygghet. Ersättningen för kundförluster och överhyror bedömdes däremot vara för låg. För att uppnå konkurrensneutralitet borde enligt HUI folktandvårdens kostnader justeras upp med 5,3 miljoner kronor. Dessutom borde kostnaderna ökas med den del av ersättningen från kommunkontosystemet som kunde hänföras till vuxentandvården, 8,8 miljoner

kronor. Folktandvården skulle då få ett underskott på 7,7 miljoner kronor.

För att uppnå ett nollresultat skulle intäkterna behöva öka med 4,8 procent. Men folktandvården har bara möjlighet att påverka intäkterna av patientavgifter och försäljning av tandvårdsprodukter. Dessa intäkter skulle behöva öka med 5,8 procent om övriga intäkter var oförändrade. För att folktandvården skulle kunna bibehålla 2002 års positiva resultat skulle det enligt HUI behövas en ökning av patientavgifterna och intäkter av försäljning av tandvårdsprodukter med 10,6 procent.

Detta alltså till följd av justeringar med avseende på landstingsersättningen och momsersättningen i vuxentandvården. Vid sidan om landstingsersättningen får folktandvården ett så kallat mellanskillnadsbidrag för personal som vidareutbildar sig till tandhygienister och en schablonersättning vid upphandling av tandtekniska arbeten. Inköp av tandtekniska arbeten görs från företag som inte har momsskyldighet. Folktandvården kan därför få en ersättning från kommunkontosystemet som motsvarar 6 procent av inköpsvärdet. HUI bedömde att varken mellanskillnadsbidraget eller upphandlingsersättningen var konkurrensneutrala, eftersom privat-tandläkarna inte har möjlighet till motsvarande ersättningar. Folktandvårdens momsersättning i barn- och ungdomstandvården ansåg HUI vara konkurrensnedvridande. Privattandläkarna kompenseras i viss mån för folktandvårdens momsersättning men inte i tillräcklig omfattning.

Totalt har folktandvården enligt HUI erhållit 16-18 miljoner kronor i ersättningar som inte är förenliga med konkurrensneutralitet, varav ungefär 16 miljoner kronor hänför sig till vuxentandvården.

Gävleborgs läns landsting har invänt mot bedömningen av momsersättningen. Folktandvårdens landstingsersättning minskade 1999 för att neutralisera ersättningen från kommunkontosystemet, och

2001 gjordes ytterligare korrigeringar. HUI har enligt landstinget inte tagit hänsyn till vissa hyreskostnader av engångskaraktär, inte använt den senast justerade kalkylmodellen för 2002 och beskriver inte de speciella förutsättningar som privattandvården har. Privatpraktiserande tandläkare har stora möjligheter att göra skattemässiga avdrag, och de som bildat aktieföretag kan välja att ta ut lönen i form av lågt beskattad aktieutdelning. I det följande återges i korthet landstingets synpunkter på de poster i ersättningen till folktandvården som HUI har ifrågasatt.

- *Strukturutveckling.* Ersättningen för strukturutveckling skall täcka de kostnader som uppstått i samband med sammanslagningar av klinker. Folktandvården har enligt HUI inte kunnat specificera vad dessa kostnader innefattar. På Konkurrensverkets förfrågan har landstinget exemplifierat med vad som händer om tandläkaren i ett team med tandhygienist och tandsköterska blir involverad i en ombyggnad och får mindre tid till kliniskt arbete. Det minskar klinikens ersättning, som utgår efter prestation.
- *Information och marknadsföring.* Folktandvårdens kostnader var enligt HUI lägre än privattandläkarnas i förhållande till omsättningen. HUI anser att skillnaden bara delvis kan förklaras med stordriftsfördelar. Landstinget hävdar att det är fråga om en mer omfattande information än vad HUI har räknat med. Folktandvården skall ge förebyggande allmän information som kan gälla till exempel barns och ungdomars hälsa eller rökavvänjning.
- *Lärlingar.* Ett lärlingsprojekt initierades 1999 i syfte att locka ungdomar till tandvårdsyrkena. Om det är ett projekt på landstingets initiativ borde enligt HUI även privatpraktiserande tandläkare kunna ta emot lärlingar, och om folktandvården initierat projektet borde det inte subventioneras. Enligt landstinget rekryterar privat-

tandvården sin personal nästan uteslutande från folktandvården och får genom projektet en garanterad återväxt. Det skulle kosta mer att lägga ut det på privattandvården, och man tvivlar på att privattandläkarna vill ägna sig åt handledning.

- *Handledning i samband med utbildning.* Ersättningen skall kompensera för minskade intäkter i samband med praktik för dem som utbildar sig till tandhygienister. Eftersom de till stor del är tandsköterskor och insatta i verksamheten tror inte HUI att de orsakar så stora intäktsförluster. Landstinget uppger att ett behandlingsrum tas i anspråk och att en erfaren tandhygienist engageras för handledning och undervisning. Det är en kostnad jämfört med om tandhygienisten skulle använda behandlingsrummet för reguljär patientbehandling. Dessutom ordnas regelbundna möten med tandläkarhögskolan.
- *Anställningstrygghet.* Kostnaden kan enligt HUI inte betecknas som folktandvårdsspecifik. HUI:s erfarenheter från andra uppdrag är att de mindre företagen ofta har mer problem med lagen om anställningsskydd än de större företagen. Landstinget anser att möjligheten att säga upp personal är mindre i offentliga organisationer än i privata företag. De privata vårdgivarna har för övrigt i allmänhet inga anställda tandläkare. Underlag för folktandvårdens kalkyl är antalet anställda som av olika anledningar inte längre kan prestera normalt.
- *Mellanskillnadsbidraget* avser tandhygienistutbildningen. HUI anser som tidigare nämnts att bidraget inte är konkurrensneutralt, eftersom privattandläkarna inte har möjlighet till motsvarande ersättning. Ytterligare en aspekt är att folktandvården syftar till att tandhygienister i allt större utsträckning skall utföra behandlingar av barn och ungdomar.

Folktandvården menar att utnyttjandet av tandhygienister är en av förklaringarna till att Gävleborg har en förhållandevis liten tandvårdspeng. Mellanskillnadsbidraget bidrar därför enligt HUI till att allt mer av barn- och ungdomstandvården utförs av tandhygienister och därmed till att privattandläkarna får svårare att konkurrera med folktandvården inom detta segment. Landstinget har inget att invända mot detta resonemang men tillfogar att tandhygienisterna efter utbildningen kan lämna folktandvården och att privattandvården skulle ha mycket svårare att rekrytera om det inte bedrevs någon utbildning. Ersättningen gäller uppdragsutbildning, och utbildningen finansieras till övervägande del med externa intäkter.

- *Upphandlingsersättning.* HUI bedömde att upphandlingsersättningen inte var konkurrensneutral, eftersom privattandläkarna inte har möjlighet till motsvarande ersättning. Enligt landstinget skall ersättningen ses som en del av kompensationen för den långsamma utvecklingen av landstingsersättningen. Ersättningen täcker exempelvis kostnader till följd av krav på handikappanpassade lokaler.

HUI har belyst många av de konkurrensproblem som är förknippade med landstingets ersättning till folktandvården. Rimligheten i HUI:s bedömningar av ersättningen kan diskuteras, men undersökningen visar enligt Konkurrensverkets mening hur betydelsefullt det är att landstinget tar hänsyn till konkurrensförhållandena när ersättningen bestäms. Undersökningen visar också att det är omöjligt för en utomstående bedömare att enbart på grundval av landstingets redovisning avgöra om det förekommer subventioner till folktandvården och i vilken omfattning. Inte heller HUI, som analyserat landstingets resultat- och balansräkning på kontonivå, har gett otvetydiga belägg för att sådana subventioner förekommer i någon större omfattning, även om det finns uppgifter som kan tyda på det.

Stockholms läns landsting

Folktandvården i Stockholms läns landsting fick 1998 en öppen subvention för att kunna tillämpa tandvårdstaxan korrekt.¹¹ Meningen var att den allmänna vuxentandvården skulle få full kostnadstäckning med då gällande tandvårdstaxa, utan att tänja på reglerna genom överdebitering eller genom att utföra onödigt många och dyra behandlingsåtgärder. Folktandvården fick vidare särskild kompensation för att dess specialister enligt reglerna i den tidigare tandvårdsförsäkringen inte hade rätt att tillämpa den högre så kallade specialisttaxan. Dessa subventioner slopades enligt landstinget 1999 i samband med att prisregleringen upphävdes.

Folktandvården redovisade emellertid ett underskott på 39 miljoner kronor 1999. Resultatet var negativt även de följande tre åren: -26, -87 respektive -19 miljoner kronor. Det samlade underskottet för hela perioden 1999-2002 blev därmed 171 miljoner kronor, vilket motsvarade 5 procent av verksamhetens intäkter. Förlusterna täcks av landstinget. Om de hänför sig till konkurrensutsatt verksamhet, kan det vara fråga om subventioner som snedvrider konkurrensen med privattandvården. Men det går inte att avgöra orsakerna till underskotten med ledning av den externa redovisningen (Landstingsrevisorerna, 2002).

Som framgått av RFV:s senaste prisundersökning tillämpar folktandvården i Stockholms läns landsting högre priser i vuxentandvården än folktandvården i övriga landet och har alltså höjt priserna mer än genomsnittet sedan 1999. Styrelsen för Folktandvården har beslutat att inte höja priserna för tandvård 2004.¹² Det motiveras med att Folktandvården lyckats vända sin ekonomi tack vare hårda besparingar och rationaliseringar.

¹¹ Förslag till budget 1999

¹² Pressmeddelande från folktandvården 2003-11-27

Landstinget Sörmland

BDO Consulting Group (2003) har på uppdrag av revisorerna i Landstinget Sörmland granskat den kalkylmodell som folktandvården i Sörmland tagit fram för att fördela sina kostnader och intäkter på barn- respektive vuxentandvård. Uppgifter från modellen används bland annat som underlag vid förhandlingar om ersättning mellan folktandvården och beställaren. BDO hade i huvudsak tre invändningar mot utformningen och användningen av kalkylmodellen. Dokumentationen var bristfällig. Syftet var inte dokumenterat av alla intressenter - folktandvården, ägaren och beställaren – och intressenterna hade delvis olika syften. Och reliabiliteten var otillräcklig, bland annat beroende på att modellen var svårgenomtränglig och innehöll alltför många schabloniserade antaganden och att schablonkostnaden inte belastade de olika personalkategorierna på ett rättvisande sätt. Schablonkostnaderna stod för ungefär 40 procent av alla kostnader. BDO fann det därför mycket svårt att sätta tilltro till de resultat som modellen gav.

Granskningen visade enligt revisorerna att det fanns möjligheter att förbättra kalkylmodellen: Syftet behövde klarläggas med intressenterna, dokumentationen borde förbättras och en så stor andel som möjligt av kostnader och intäkter borde kodas direkt på vuxentandvård respektive barn- och ungdomstandvård. Landstingsstyrelsen avser att initiera en översyn av kalkylmodellen.

5.3 Högkostnadsskyddet för äldre

Protetisk tandvård för äldre omfattas sedan den 1 juli 2002 av ett högkostnadsskydd som innebär att patienten, förutom bastandvård och material, betalar högst 7 700 kronor under en behandlingsomgång. Tandvårdsersättning lämnas för hela kostnaden för den protetiska tandvården med avdrag för detta karensbelopp. Ersättningen utgår sedan den 1 januari 2004 med högst ett belopp

som motsvarar folktandvårdens priser för tandvård i det landsting där vården utförs. Vårdgivaren har enligt RFV:s tolkning inte rätt att ta ut någon avgift utöver tandvårdsersättningen av patienten. Det innebär att priserna är reglerade i de fall tandvårdsersättning betalas enligt bestämmelserna om högkostnadsskydd. De bestämmelserna är så förmånliga för patienterna att det är osannolikt att de i någon nämnvärd omfattning skulle avstå från högkostnadsskyddet för att kunna anlita tandläkare som tillämpar högre priser.

Priserna för protetik varierar emellertid kraftigt mellan folktandvården i olika landsting. Det kan bero på skilda prissättningsprinciper. Ett landsting tillämpade enligt Konkurrensverkets enkät priser som inte ger full kostnadstäckning för protetiska åtgärder och tar i gengäld förhållandevis höga priser för andra åtgärder. Andra landsting kan tillämpa låga priser för förebyggande åtgärder och höga priser för till exempel protetik. Det kan också bero på att folktandvårdens priser är subventionerade för att verksamheten med vuxentandvård skall gå ihop. Prisregleringen gynnar sådana landsting på de privata vårdgivarnas bekostnad. Prisskillnaderna kan också ha sin grund i olikheter mellan landstingen vad gäller kostnadseffektivitet. En prisreglering som beror av sådana skillnader får ett stort inslag av godtycke.

5.4 Mervärdesskatt

Att offentlig egenregiverksamhet inte gynnas på bekostnad av upphandling var en huvudprincip vid reformeringen av mervärdesskattesystemet 1991. På områden som är undantagna från skatteplikt – främst sjukvård, tandvård, omsorg och utbildning - kommer denna princip i konflikt med en annan princip, nämligen att offentlig utåtriktad verksamhet inte bör gynnas vid konkurrens med privat verksamhet. Kommuner och landsting får ersättning för ingående mervärdesskatt genom kommunkontosystemet. Privata företag får

däremot inte någon kompensation, och den ingående mervärdesskatten blir således en kostnad för dem.¹³ Därigenom snedvrids konkurrensen mellan offentlig verksamhet och privata företag på dessa områden när verksamheten riktar sig till enskilda konsumenter. Den ingående mervärdesskatten har uppskattats till 4-5 procent av de totala kostnaderna för vuxentandvården (SOU 2001:36).

Inom sjukvården har konkurrens mellan offentliga och privata aktörer i allmänhet förhållandevis liten betydelse. Sjukvården domineras till exempel av landstingen och det finns olika former av prisreglering och etableringshinder. På marknaden för vuxentandvård däremot är den privata sektorn betydande och det råder fri prissättning och etablering. Det är på denna marknad de konkurrenssnedvridande effekterna av kommunkontosystemet är mest framträdande.

Landstingen har numera i stor utsträckning interna regler som innebär att folktandvården inte får tillgodoräkna sig ersättningen för ingående moms från kommunkontosystemet. Enligt Konkurrensverkets enkät sker dock fortfarande en överföring till folktandvården i flera landsting. Det kan gälla barn- och ungdomstandvård i landsting där privattandläkarna kompenseras med en högre tandvårdspeng. I några fall uppges det återförda beloppet avse verksamhet som inte är konkurrensutsatt. Men i fyra landsting gick 2002 den ersättning som hänförs till vuxentandvård i sin helhet till folktandvården.

Vid upphandling av tandvård har landstingen rätt till ersättning från mervärdesskattekonto med 6 procent för ökade kostnader till följd av bestämmelserna om mervärdesskatt. Sju landsting gav år 2002 entreprenörerna kompensation för hela ersättningen, några lämnade

¹³ Kostnaden kan dock dras av i inkomstskattesystemet. Det minskar vinsten och därmed skatten. Beroende på företagsform varierar denna skatteeffekt mellan 28 och 57 procent.

viss kompensation och sju landsting ingen kompensation alls. Upphandlingen inskränker sig i de flesta fall till uppsökande verksamhet och berättigar då till förhållandevis små ersättningsbelopp.

5.5 Tandhygienisternas kompetens

Det finns yrkesgrupper inom tandvården vilkas uppgifter kompletterar tandläkarnas och som kan eller skulle kunna utföra vissa tjänster i konkurrens med dem. Tandhygienisterna kan arbeta direkt med patienter utan tandläkares överinseende. Men tandtekniker kan det inte, och det begränsar patienternas valfrihet och konkurrensen på marknaden. Det är dock knappast motiverat att ge tandteknikerna denna möjlighet. Vad som kan komma i fråga är behandling med avtagbara proteser, men i Sverige är tandlöshet numera ganska sällsynt. Ett annat konkurrenshinder är de begränsade möjligheterna för tandhygienister att utföra tandvård.

För legitimation som tandhygienist krävs tandhygienistexamen enligt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Tandhygienist är en skyddad yrkestitel och får endast användas av dem som är legitimerade. Tandhygienisternas kompetens regleras i högskoleförordningen (1993:100) och bestäms i övrigt av utbildningens innehåll. Socialstyrelsen arbetar för närvarande med att ta fram en kompetensbeskrivning för tandhygienister.

Tandhygienistexamen uppnås efter fullgjorda kursfordringar om sammanlagt 80 poäng (SOU 2002:53). För att erhålla tandhygienistexamen skall studenten ha

- förvärvat kunskaper om munhålans betydelse för det allmänna välbefinnandet och allmäntillståndets inverkan på munhälsan,

- tillägnat sig förmågan att svara för regelbundna undersökningar av munstatus samt att analysera, utreda och dokumentera behov av munhälsovårdande insatser och utvärdera insatta åtgärder,
- utvecklat sin självkänedom och förmåga till inlevelse och därigenom, med beaktande av en helhetsbild av människan,
- utvecklat sin förmåga till goda relationer med patienter och deras närstående.

Härutöver gäller de mål respektive högskola bestämmer.

6 Internationell översikt

Detta kapitel inleds med en översiktlig beskrivning av kostnader och resurser i tandvården i ett antal västeuropeiska länder och ett avsnitt om tandvårdssystem. Uppgifterna har hämtats från bilaga 2, som innehåller en mer utförlig redovisning. Därefter följer två avsnitt om konkurrensproblem i Storbritannien och Irland, baserade på rapporter från den brittiska konkurrensmyndigheten Office of Fair Trading respektive Indecon International Economic Consultants i samarbete med London Economics.

6.1 Kostnader och resurser

Tandvårdens andel av bruttonationalprodukten (BNP) år 2001 var 0,9 procent i Tyskland, 0,7 procent i USA, 0,5 procent i Danmark, 0,4 procent i Finland och 0,3 procent i Nederländerna. För Schweiz finns uppgifter från år 2000 då andelen var 0,7 procent. I Sverige har andelen sjunkit från 0,8 procent 1992 till 0,6 procent år 2000. De statliga subventionerna av den svenska tandvården har minskat successivt under 1990-talet, och tandvårdens totala kostnader har stigit sedan prisregleringen upphörde 1999.

I dessa sju länder kostade tandvården per invånare från 82 US-dollar i Nederländerna till som mest 230 US-dollar i USA och 234 i Schweiz. När det gäller hälso- och sjukvårdskostnader ligger för övrigt Schweiz och USA högst av alla OECD-länder. USA:s höga kostnader förklaras till stor del av höga relativpriser för sjukvård.

I EU:s samtliga medlemsländer gick det 1999 i genomsnitt 1 546 invånare på varje yrkesverksam tandläkare. De nordiska länderna har en relativt hög tandläkartäthet. Island hade 1999 bara 854

invånare per yrkesverksam tandläkare. I Sverige var antalet 1 023, och i Danmark, Norge och Finland ungefär lika stort.

Tandvården syftar till en god tandhälsa. I en internationell jämförelse förefaller det dock inte finnas något tydligt samband mellan de resurser som används i den professionella tandvården och tandhälsan. Det kan bero på mätsvårigheter när det gäller tandhälsa men förmodligen mer på att konsumenternas dagliga tandvårdsvanor och användningen av fluortandkräm har större betydelse än besök hos tandläkaren. Barn, ungdomar, unga vuxna och även många medelålders människor har numera mycket god tandhälsa. Ett ökat intresse för personlig hygien och eget utseende har bidragit till goda tandvårdsvanor. Även i länder som inte har satsat lika mycket på systematisk tandvård för alla barn som de nordiska länderna börjar barnens tandhälsa nå samma höga nivå som i Norden.

6.2 Tandvårdssystem

Gemensamt för de studerade länderna är att majoriteten av de vuxna betalar åtminstone en del av sin tandvård själva. Danmark, Finland, Sverige och Storbritannien har offentliga tandvårdsförsäkringar och tandvård med offentligt huvudmannaskap. Finansieringen sker genom skatter och patientavgifter. En annan grupp av länder, bland annat Frankrike, Tyskland, Nederländerna och Schweiz, har ett allmänt, offentligt reglerat försäkringssystem med företagsanknuten finansiering. Arbetstagaren betalar vanligen en viss andel av lönen till försäkringen, och arbetsgivaren lämnar bidrag. För administrationen svarar oberoende försäkringskassor. Ett tredje system omfattar ett begränsat, vanligen skattefinansierat, offentligt stöd till särskilda grupper. Det tillämpas av Island, Italien, Norge, Portugal och Spanien. System med blandade inslag från de tre nämnda finns i

Grekland och Irland. Barn- och ungdomstandvården är avgiftsfri och systematiskt ordnad i de flesta europeiska länder.

Tandvården inom EU bedrivs till största delen av privatpraktiserande tandläkare. Av de tandläkare som var yrkesverksamma 1999 arbetade 90 procent i privattandvården. I åtta medlemsländer var andelen privattandläkare större än 90 procent. Sverige, Finland, Irland och Danmark har en jämförelsevis liten privat sektor. Andelen tandläkare i privat tandvård 1999 var 44 procent i Sverige, 53 procent i Finland, 67 procent i Irland och 74 procent i Danmark. Tre av dessa länder har ett system med offentliga tandvårdsförsäkringar och offentligt huvudmannskap. I Storbritannien, som också tillhör denna grupp, var andelen privattandläkare 81 procent.

Finland, Norge och Sverige tillämpar fri prissättning på tandvård. Det gör även Storbritannien när det gäller privattandvård.

I Danmark förhandlar Tandläkarförbundet och amterna, mot svarigheten till de svenska landstingen, om den taxa som gäller för alla subventionerade behandlingar. För övriga behandlingar, bland annat fast protetik, är prissättningen fri. Tandläkare i Tyskland som arbetar inom försäkringssystemet måste vara anslutna till en regional tandläkarförbund, och tandvårdstaxan fastställs i förhandlingar mellan förbundet och den regionala försäkringskassan. Även i Nederländerna är tandvårdstaxorna i försäkringssystemet reglerade.

I flera länder finns det andra yrkeskategorier än tandläkare och tandhygienister som har rätt att behandla patienter, och tandhygienisterna har i vissa fall större befogenheter än i Sverige. Storbritanniens tandterapeuter får, till skillnad från tandhygienister, göra enklare fyllningar utan att tandläkare är närvarande på mottagningen, men de måste följa en tandläkares behandlingsplan för patienten. I Nederländerna har tandhygienisterna rätt att göra enklare fyllningar under tandläkares överinseende. I Danmark, Finland, Nederländerna och Schweiz får denturister - tandtekniker

med specialutbildning - självständigt utföra vissa protetiska arbeten direkt på patienter.

Privata försäkringar har en inte obetydlig omfattning i Danmark och Storbritannien. En dryg fjärdedel av den vuxna befolkningen i Danmark har en privat sjukförsäkring som ger ersättning även för tandvård. I Storbritannien fick för ett par år sedan 8 procent av den vuxna befolkningen kostnaden för tandvård täckt av någon privatförsäkring, helt eller delvis.

6.3 Privattandvården i Storbritannien

Den brittiska konkurrensmyndigheten, Office of Fair Trading (OFT, 2003), publicerade i mars 2003 en rapport om den privata tandvården i Storbritannien. I rapporten redovisas en undersökning med anledning av ett klagomål från en konsumentorganisation.

National Health Service (NHS) är en statligt driven hälso- och sjukvård, som även innefattar tandvård. Sedan tillkomsten av NHS-tandvård 1948 har tandvården i Storbritannien i huvudsak tillhandahållits av kontrakterade, oberoende allmäntandläkare (General Dental Practitioners, GDP). Patienterna betalar 80 procent av kostnaderna, dock högst 366 pund. Nästan hälften av alla NHS-patienter är emellertid berättigade till fri tandvård, bland annat barn och ungdomar. Priserna för NHS-tandvård är reglerade. GDP kan även tillhandahålla privattandvård, men det var länge en mycket liten del av tandvården. Nu expanderar privattandvården dock snabbt. Tillväxten var enligt OFT mer än 60 procent mellan 1997 och 2001.

Undersökningen visar att privattandvården inte fungerar väl från konsumentsynpunkt, delvis beroende på den snabba marknadstillväxten. Varken konsumenter eller vårdgivare har anpassat sig helt

till övergången från NHS till privattandvård. De största problemen är att

- konsumenterna saknar information som är nödvändig för att fatta välgrundade beslut,
- besvärmöjligheterna ofta är otillräckliga om något skulle gå fel, och att
- regleringar onödigtvis kan begränsa verksamheten med tandvård.

Konsumenterna saknar ofta information om pris och kvalitet på de tjänster som erbjuds av olika vårdgivare, vilken behandling som behövs och vilka alternativ som finns, det pris och den kvalitet som kan förväntas på den behandling som föreslås av vårdgivaren och kvaliteten på den behandling som därefter utförs. General Dental Council, en myndighet med tillsynsansvar över tandvården, har utfärdat riktlinjer för tandläkarnas yrkesutövning, med bland annat regler om information, men många vårdgivare följer dem inte och tillämpningen övervakas inte.

Utbudet av tandvård begränsas för yrkesgrupper som fungerar som komplement till tandläkarna. Tandterapeuter¹⁴, tandhygienister och tandtekniker kan i viss utsträckning ge behandlingar som annars utförs av tandläkare, men de får inte ta betalt direkt av patienterna för sina tjänster. Tandläkaren fungerar som "grindvakt". Det är tandläkaren som bestämmer det arbete de kan utföra och som debiterar patienten.

Det finns också restriktioner för sådana företag som drivs i bolagsform (corporate dental bodies). Restriktionerna gäller antalet företag

¹⁴ Tandterapeuter har bland annat rätt att göra enkla fyllningar.

av den typen, företagens verksamhet vid sidan om tandvård, andelen styrelsemedlemmar som skall vara tandläkare och personalens yrkestillhörighet.

I rapporten föreslås bland annat följande åtgärder:

- Riktlinjerna för yrkesutövning bör omfattas av tillsyn, och man bör se till att de efterlevs. Riktlinjerna bör innehålla krav på att vårdgivarna anger, väl synligt för konsumenterna, vad de vanligaste behandlingsåtgärderna kostar. Vårdgivarnas skriftliga behandlingsplaner bör innehålla detaljerade uppgifter om kostnader.
- Varje mottagning bör ha rutiner för att ta hand om klagomål, och patienterna bör upplysas om detta. Om problemen inte kan lösas på plats, bör det finnas en oberoende instans som behandlar ärendet.
- Tandhygienister, tandterapeuter och tandtekniker bör tillåtas bedriva sin verksamhet självständigt.
- De restriktioner som gäller företag i bolagsform bör ses över.

6.4 Konkurrensbegränsningar i den irländska tandvården

Indecon International Economic Consultants har i samarbete med London Economics studerat åtta marknader för professionella tjänster i Irland, däribland tandvårdsmarknaden (Indecon, 2003). Studien har gjorts på uppdrag av den irländska konkurrensmyndigheten och är huvudsakligen inriktad på regleringar och restriktioner som kan antas påverka konkurrensen.

Nästan 80 procent av de yrkesverksamma tandläkarna i Irland är privatpraktiserande. Övriga tandläkare arbetar i den offentliga tandvården, i skolor och på sjukhus. Dental Council svarar för tillsyn av tandvården. Tillträde till tandvårdsmarknaden regleras främst genom ett krav på registrering hos Dental Council. Det finns register för tandläkare, tandhygienister, tandvårdsspecialister (dental specialists) och tandsköterskor.

Indecon och London Economics fann att särskilt följande restriktioner har skadliga effekter från konsumentsynpunkt.

- Tandtekniker och denturister är inte registrerade hos Dental Council och får därför inte sälja sina tjänster direkt till konsumenterna.
- Proceduren för registrering av tandläkare från länder utanför EU är komplicerad och fungerar som inträdeshinder.
- Antalet utbildningsplatser vid tandläkarhögskolorna är begränsat.
- Dental Council har utfärdat riktlinjer som begränsar jämförande annonsering när det gäller priser och kvalitet.
- Tandhygienister kan inte etablera egen praktik och måste arbeta under tandläkares överinseende.
- Tandvård får inte bedrivas i bolag (body corporate).

7 Slutsatser och förslag

Priserna i vuxentandvården har stigit kraftigt efter det att prisregleringen upphävdes 1999. Efter en lång period med prisreglering var arvodesnivån sannolikt för låg med hänsyn till kostnaderna inom tandvården och möjligheterna att bedriva verksamheten långsiktigt. Tandvården var av allt att döma underfinansierad. Det fanns landsting som gav öppna subventioner för att folktandvården skulle kunna tillämpa den reglerade tandvårdstaxan utan överdebitering eller onödig behandling. Att det inte blev något tandläkaröverskott som förväntat utan tvärt om en brist på tandläkare inom folktandvården har ytterligare bidragit till prishöjningarna genom att driva upp lönerna.

Systemet med fri prissättning har tillämpats i fem år, och prisökningstakten har avtagit efter en stor initial höjning. Det kan betyda att prisnivån är på väg att stabiliseras. Ett beslut av folktandvården i Stockholms läns landsting att inte höja priserna under 2004 kan tolkas på det sättet.

Den fria prissättningen har gjort det möjligt för landstingen att finansiera vuxentandvården utan subventioner med skattemedel, och vårdgivarna har fått utrymme för nödvändiga investeringar och kompetensutveckling. Reformen får i så måtto betraktas som positiv. Likväl finns det anledning att anta att det fortfarande förekommer subventioner i inte obetydlig omfattning. Och det kvarstår konkurrensproblem som bör lösas för att marknaden skall fungera väl. Konkurrensen kan bli bättre om man effektiviserar tandvården genom att ge konsumenterna mer och bättre information, slopa de kvarvarande subventionerna inom landstingen, ändra landstingens organisation, redovisning och beslutsregler, upphandla mer, ändra reglerna för förhandsprövning i tandvårdsförsäkringen och utvidga tandhygienisternas möjligheter att utföra tandvård. Det är viktigt att även i fortsättningen följa prisutvecklingen och, om priserna

fortsätter att öka i snabb takt, vidta ytterligare åtgärder för att förbättra marknadens funktionssätt.

De privata vårdgivarna verkar följa landstingens prishöjningar. Genomsnittspriserna i privattandvården ligger ofta högre än folktandvårdens priser, men det finns en korrelation. De privata vårdgivarna tycks inte kunna agera helt oberoende av folktandvården i sin prissättning. Det finns således en begränsad priskonkurrens, och folktandvården, vars priser beslutas av landstingsfullmäktige, fungerar i viss utsträckning som prisledare. Men priskonkurrensen måste förbättras. Konkurrensverkets analys visar att det finns betydande konkurrenshinder på marknaden.

Utmärkande för tandvårdsmarknaden är att konsumenterna ofta saknar den information som behövs för att göra ett välgrundat val av vårdgivare och behandling. Konsumenten kan i allmänhet inte bedöma behovet av vård, vet inte särskilt mycket om de behandlingar som kan komma i fråga och har sällan tillgång till uppgifter om de priser vårdgivarna tillämpar och den kvalitet de erbjuder. Det är vårdgivaren som har kunskaperna och som därför får rollen som rådgivare åt patienten. Men valet av vårdgivare måste patienten göra själv, och vårdgivaren kan använda sina kunskaper för att påverka patienten och skapa efterfrågan i sitt eget ekonomiska intresse. Man kan dock inte bortse från de professionella normer som finns. Och patienten kan efterhand i en långvarig relation till vårdgivaren skaffa sig vissa kunskaper och kanske också vissa möjligheter att bedöma den vård som ges. Att samla information om priser och kvalitet från olika vårdgivare och att välja vårdgivare är emellertid svårt för den enskilde och kräver mycket tid och resurser. Det behövs åtgärder för att ge konsumenterna mer och bättre information. Även om bara en minoritet tillägnar sig och använder den informationen kan det vara tillräckligt för att marknaden skall fungera.

Folktandvården är den största aktören på marknaden, men har på vissa områden sämre konkurrensförutsättningar än privattand-

vården. Om folktandvården skall kunna konkurrera med de privata vårdgivarna och verka återhållande på priserna måste man i större utsträckning få arbeta på samma villkor. Det ställer krav på landstingens organisation och beslutsordning. Men folktandvården har konkurrensfördelar på andra områden. En ökad konkurrensneutralitet kan uppnås genom åtgärder för att motverka subventioner till folktandvården, ökad upphandling, ändrade regler i tandvårdsförsäkringen när det gäller protetiska åtgärder för dem som fyllt 65 år och ändringar av kommunkontosystemet.

De olika yrkesgrupperna inom tandvården kompletterar varandra men kan eller skulle kunna konkurrera med vissa tjänster. Ett konkurrenshinder är dock de begränsade möjligheterna för tandhygienister att utföra tandvård. Konkurrensen kan skärpas om de får större befogenheter.

Information

Konkurrensverket tillstyrker de förslag om prisinformation som Konsumentverket framfört i rapporten Konsumenten på tandvårdsmarknaden när det gäller skriftliga behandlingsplaner, prislister att ta med hem och skriftliga kallelser till rutinbesök.

Konkurrensverket anser, i likhet med Konsumentverket, att vårdgivarna skall vara skyldiga att lämna uppgifter om priser till Riksförsäkringsverket (RFV). Bestämmelserna om uppgiftsskyldighet bör dock utformas på ett sätt som gör det möjligt för RFV att avgöra när och hur uppgifterna skall lämnas.

Konkurrensverket föreslår att information om vårdgivarnas priser görs tillgänglig på Internet och att RFV får ansvar för tillsyn av vårdgivarnas tillämpning av reglerna om prisinformation. Det bör också övervägas om skyldigheten att informera skall förenas med ekonomiska sanktioner.

Konsumentverket (2003) föreslår i en rapport att vårdgivaren, i fall som resulterar i återbesök, tillhandahåller patienten en skriftlig behandlingsplan. Den bör enligt Konsumentverket innefatta patientens tandstatus, åtgärdsalternativ inklusive priser och uppskattad totalkostnad. Det bör också framgå vilket alternativ tandläkaren rekommenderar och med vilken motivering. Ett annat förslag från Konsumentverket är att vårdgivaren skall tillhandahålla en prislista att ta med hem. Man bör på ett enkelt sätt kunna jämföra prislistan med kostnadsposterna på tandvårdskvittot och i behandlingsplanen. Prislistan bör också innehålla information om hur man reklamerar. Skriftliga kallelser till rutinbesök bör enligt Konsumentverket innehålla uppgift om vilka åtgärder som skall vidtas vid besöket och uppgift om priser. Konsumentverket föreslår dessutom att vårdgivarna åläggs att regelbundet lämna prisuppgifter till RFV som underlag för prisjämförelser.

Konkurrensverket anser att Konsumentverkets förslag är väl motiverade. Information om vårdgivarnas priser bör dessutom göras tillgänglig på Internet. Efterlevnaden av de regler om prisinformation som nu finns i förordningen om tandvårdstaxa är dock mycket dålig. RFV bör därför få ansvar för tillsyn av vårdgivarnas tillämpning av reglerna om prisinformation. Det bör också övervägas om skyldigheten att informera skall förenas med ekonomiska sanktioner. Om vårdgivarna åläggs att lämna prisuppgifter till RFV försvinner problemet med bortfall i RFV:s prisundersökningar. Uppgiftsskyldigheten bör dock inte utformas som ett åläggande att lämna uppgifter regelbundet utan på ett sätt som gör det möjligt för RFV att avgöra från fall till fall när och hur uppgifterna skall lämnas.

Landstingens organisation

Konkurrensverket anser att alla landsting organisatoriskt bör skilja på administration och utförande av tandvård för att öka möjligheterna att upprätthålla konkurrensneutralitet mellan olika producenter. Folktandvården bör organiseras som en särskild juridisk enhet.
--

I de flesta landstingen administreras barn- och ungdomstandvården av beställar- eller uppdragsenheter. Några landsting låter dock folktandvården ta hand om administrationen. Det finns flera landsting där beställarenheterna har ansvar för hela tandvårdsbudgeten och där man alltså gjort åtskillnad mellan beställare och utförare även inom vuxentandvården.

Med fristående beställar- och produktionsenheter får man en tydligare roll- och ansvarsfördelning, till exempel vid valet av utförare när det gäller upphandling, och det blir lättare att göra jämförelser mellan olika enheter och producenter. Därigenom ökar möjligheterna att upprätthålla konkurrensneutralitet mellan producenterna. Oberoende beställarenheter ger också förutsättningar för en kvalificerad granskning av folktandvårdens priser i vuxen-

tandvården. Ersättningen till vårdgivaren i barn- och ungdomstandvården, tandvårdspengen, bör fastställas av beställaren. Om tandvårdspengen är för låg i förhållande till kostnaderna får privat-tandläkarna svårt att etablera sig inom barn- och ungdomst-andvården. Är den för hög gynnas den vårdgivare som har flest patienter, det vill säga folktandvården.

Funktionen som beställare och funktionen som utförare av tandvård inom landstingen bör därför separeras. Folktandvården bör organiseras som en självständig juridisk enhet, till exempel aktiebolag. Viktiga motiv för detta är svårigheterna att fördela landstingens gemensamma kostnader i en traditionell förvaltningsorganisation, intressekonflikter när det gäller till exempel fastställande av ersättning i barn- och ungdomst-andvården och svårigheterna att skapa incitament för ledning och personal.

Till folktandvårdens konkurrensackdelar jämfört med privattandvården hör att resultatet inte kan fördelas mellan olika verksamhetsår, eftersom folktandvården inte är en självständig juridisk enhet. Det har påtalats i Konkurrensverkets enkät till landstingen. De privata vårdgivarna har däremot stora möjligheter att disponera sina vinster. I Stockholms läns landsting är folktandvården organiserad som ett bolag och har därigenom samma möjligheter. Det finns andra landsting där folktandvården kan finansiera investeringar genom överskott, men det bygger på politiska beslut. Kommunala företag omfattas inte av kommunkontosystemet. Drivs verksamheten som aktiebolag får folktandvården således, i likhet med privattandvården, inte någon ersättning för ingående mervärdesskatt. Det skapar konkurrensneutralitet mellan tandvård i landstingets egen regi och tandvård i privat regi på ett sätt som inte kräver särskilda interna regler eller ändring i kommunkontosystemet.

Organisationsfrågor hänger nära samman med beslutsordning och redovisningssystem. Det gäller också Konkurrensverkets förslag, som skall betraktas som delar av en helhet.

Landstingens beslut om avgifter

Konkurrens på lika villkor förutsätter att folktandvården kan besluta om priser på samma sätt som privata vårdgivare utan att hindras av en långsam beslutsprocess. Konkurrensverket föreslår att tandvårdslagen ändras så att det blir möjligt för landstingen att delegera beslut om avgifter i vuxentandvården till en nämnd eller styrelse. Om detta skulle strida mot kommunallagen bör även den lagen ändras. För att åstadkomma en effektiv kostnadskontroll bör priserna granskas av en beställar- eller uppdragsenhet. När det gäller vuxentandvård som betalas av landstinget, främst tandvård för äldre och funktionshindrade och tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling, kan det finnas skäl att tillämpa en annan ordning.

Folktandvårdens priser i vuxentandvården bestäms enligt tandvårdslagen av landstingsfullmäktige. Konkurrensverkets enkät till landstingen visar att många folktandvårdschefer ser detta som ett betydande konkurrenshinder. Konkurrens på lika villkor förutsätter att folktandvården kan besluta om priser på samma sätt som privata vårdgivare utan att hindras av en långsam beslutsprocess. Oavsett om priserna bestäms av fullmäktige, nämnd, styrelse eller produktionsorganisation skall självkostnadsprincipen tillämpas. Avgörande för den genomsnittliga prisnivån är således hur kostnadseffektiv vården är, vilka investeringar som görs etc. Om besluten tas av fullmäktige finns en risk för att priserna av politiska skäl sätts på en sådan nivå att det förutsätter subventioner till folktandvården.

Den privata vården har en stark drivkraft att hålla kostnaderna nere. Problemet är hur man skall åstadkomma en kostnadspress inom den offentliga vården. Enligt Konkurrensverkets uppfattning bör fullmäktige ställa krav på en rationell drift inom tandvården och lägga fast ramar för verksamheten men inte detaljreglera priserna. Beslut om priser bör delegeras till en nämnd eller styrelse, beroende på hur vården är organiserad. Enligt kommunallagen beslutar

fullmäktige i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för landstinget. Om en delegering skulle strida mot kommunallagen bör även den lagen ändras. En effektiv kostnads-kontroll kan åstadkommas om priserna granskas av en beställar- eller uppdragsenhet. Det förutsätter en hög beställarkompetens och en transparent redovisning. När det gäller vuxentandvård som betalas av landstinget, främst tandvård för äldre och funktions-hindrade och tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling, kan det finnas skäl att tillämpa en annan ordning.

Landstingens redovisning

Det är inte klart om landstingens verksamhet med tandvård omfattas av kravet på separat redovisning i EG:s transparensdirektiv. Oavsett detta bör det införas särskilda regler om separat redovisning av landstingens verksamhet med tandvård och dess olika grenar.

För att säkerställa att folktandvårdens vuxentandvård skapar intäkter enbart på verksamhetens egna meriter och att verksamheten inte tillförs skattemedel föreslog Konkurrensverket redan i en rapport 1993 att folktandvården skulle organiseras i självständiga resultatenheter, helst som fristående juridiska enheter, med sluten kostnadsredovisning för varje verksamhetsgren. Det skulle eliminera möjligheterna till korssubventionering mellan landstingens vård-områden.

Landstingens redovisning av folktandvårdens kostnader för olika verksamhetsgrenar diskuterades av Socialutskottet i betänkandet 1997/98:SoU25. Utskottet förutsatte att regeringen snarast skulle ta initiativ till att frågan om särredovisning inom folktandvården gavs en tillfredsställande lösning. Detta borde lämpligen ske i samverkan med Landstingsförbundet.

Landstingsförbundet uppgav för Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 (SOU 2001:36) att det pågick en utveckling mot att tydligare

definiera och avgränsa folktandvårdens olika uppdrag och verksamheter. Vidare planerades ett arbete tillsammans med landstingen med att beräkna kostnaderna för folktandvårdens olika verksamheter.

I propositionen Bättre tandvårdsstöd till äldre m.m. (prop. 2001/02:51) framhöll regeringen att särredovisning av folktandvårdens verksamhetsgrenar är viktig för att upprätthålla konkurrensneutralitet mellan offentlig och privat driven tandvård. Frågan om särredovisning skulle enligt propositionen lösas bäst genom att Landstingsförbundet fortsatte att aktivt arbeta med frågan.

Konkurrensverket kan konstatera att det fortfarande inte finns några landsting som särredovisar tandvårdens olika verksamheter så att det är möjligt att avgöra om någon verksamhet subventioneras av landstinget.

Medlemsstaterna i EU får inte ge sådant stöd till företag som strider mot den gemensamma marknaden. För att EG-kommissionen skulle få tillgång till den ekonomiska information som behövs för att kontrollera detta tillkom det så kallade transparensdirektivet (80/723/EEG). Enligt direktivet skall finansiella förbindelser mellan offentliga myndigheter och offentliga företag redovisas öppet, så att det klart framgår vilka allmänna medel som tillförts företagen och hur dessa medel har använts. Det gäller i synnerhet täckande av driftunderskott, tillskott av kapital, amorteringsfria tillskott eller lån på förmånliga villkor, gynnande genom avkall på vinst eller fordringar, gynnande genom avkall på normal avkastning på utnyttjande av allmänna medel och ersättning för ekonomiska ålägganden.

Det finns också krav på separat redovisning av kostnader och intäkter som härrör från olika verksamheter. Kravet gäller företag som har beviljats särskilda eller exklusiva rättigheter av en medlems-

stat. Det gäller också företag som får offentligt stöd för att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse. En förutsättning är att företagen även bedriver annan verksamhet. Undantagna är företag vilkas omsättning understiger 40 miljoner euro och företag som inte påverkar handeln med andra EES-länder i nämnvärd omfattning.

Transparensutredningen (SOU 2003:48) har föreslagit en lag som införlivar transparensdirektivet. På utredningens uppdrag har Konkurrensrådet¹⁵ gjort en undersökning av vilka företag som omfattas av direktivet. Enligt Konkurrensrådet talar det mesta för att samtliga landsting omfattas. De är i så fall skyldiga att ge en öppen redovisning av de offentliga medel som tillförts offentliga företag, och tandvård måste enligt Konkurrensrådet ses som företagsverksamhet.

Det framgår inte av undersökningen om landstingens verksamhet med tandvård omfattas av kravet på separat redovisning. Även om det skulle vara så, är det önskvärt från konkurrenssynpunkt att det införs tydliga regler om hur en särredovisning skall ske så att det går att avläsa om subventioner mellan skyddad och konkurrensutsatt verksamhet förekommer. Det räcker förmodligen inte med transparenslagens bestämmelser på detta område där subventioner kan ges på många olika sätt.

Landstingens upphandling

Konkurrensverket anser att landstingen bör upphandla tandvård i större utsträckning för att öka den konkurrensutsatta delen av verksamheten.

Inom tandvården upphandlar landstingen i stort sett bara den uppsökande verksamheten. Några landsting har upphandlat tandreglering och Landstinget Kronoberg har upphandlat barn- och

¹⁵ Rådet för konkurrens på lika villkor mellan privat och offentlig sektor

ungdomstandvård och befolkningsansvaret i vissa kommundelar där det saknas folktandvård. Ett exempel som anförts på vad som också skulle kunna upphandlas är folktandvårdens verksamhet med information på barnavårdscentralerna. Det finns alltså möjligheter för landstingen att upphandla tandvård i större utsträckning och därigenom öka den konkurrensutsatta delen av tandvården.

Högekostnadsskyddet för äldre

Högekostnadsskyddet avseende protetiska åtgärder i tandvård för personer som fyllt 65 år innefattar en förhandsprövning som innebär att folktandvårdens priser inte får överskridas. Om priserna är subventionerade av landstingen missgynnas privattandvården. Konkurrensverket föreslår att utformningen av en konkurrensneutral förhandsprövning utreds närmare. I förhandsprövningen bör ingå en rutinmässig kontroll av att vårdgivarna inte differentierar sina priser beroende på om patienten omfattas av högekostnadsskyddet eller inte.

Högekostnadsskyddet bör ändras så att det ger bättre incitament för vårdgivare och patienter att begränsa kostnaderna för vården.

Vårdgivarnas ersättningsanspråk för protetiska åtgärder som omfattas av högekostnadsskyddet för dem som fyllt 65 år förhandsprövas. Tandvårdsersättning lämnas i regel för hela kostnaden för dessa åtgärder, med avdrag för ett karensbelopp. Ersättningen utgår från den 1 januari 2004 med högst ett belopp som motsvarar folktandvårdens priser för tandvård i det landsting där vården utförs. Det innebär att folktandvårdens priser i det landstinget inte får överskridas. Däremot är prissättningen fri när behandlingen avser yngre patienter.

Folktandvården har ett visst utrymme för marknadsprissättning. Utan att det strider mot den kommunala självkostnadsprincipen kan priset sättas högre eller lägre än kostnaden för den enskilda

åtgärden. Ett landsting kan till exempel tillämpa priser som ger full kostnadstäckning för vuxentandvården i sin helhet men inte för protetiska åtgärder. Skilda prissättningsprinciper ger upphov till prisskillnader mellan landstingen. Prisskillnader kan också uppstå till följd av olikheter mellan landstingen vad gäller kostnads-effektivitet och subventioner till vuxentandvården. En prisreglering som beror av sådana skillnader får ett stort inslag av godtycke. Regleringen missgynnar dessutom privattandvården om landstinget inte har full kostnadstäckning för den protetiska tandvården och är alltså inte konkurrensneutral.

Hur kostnadsanpassad folktandvårdens prissättning faktiskt är kan inte enkelt fastställas. Men skall folktandvårdens priser användas för att bestämma prisnivån i privattandvården måste de justeras för att ge full kostnadstäckning. Det förutsätter att landstingen redovisar sina kostnader och intäkter för protetik och att redovisningen kontrolleras genom återkommande revisioner. Men det är inte tillfredställande att regleringen sker enbart med utgångspunkt från förhållandena i folktandvården. Är den offentliga vården mindre kostnadseffektiv än den privata, kan försäkringskostnaderna bli onödigt höga.

Innan den nuvarande prisregleringen infördes avsåg RFV (2003b) att utreda om ett certifieringsförfarande kunde vara en möjlig lösning för att förenkla administrationen av tandvårdsförsäkringen. Genom certifiering av vårdgivarens prislistor skulle enligt RFV försäkringskassans skälighetsbedömning i varje enskilt ärende kunna uteslutas och ersättas av direkthandläggning.

Konkurrensverket anser att prisregleringen bör upphävas och ersättas av en förhandsprövning som är konkurrensneutral. Hur förhandsprövningen skall utformas bör utredas närmare. I förhandsprövningen bör ingå en rutinmässig kontroll av att vårdgivarna inte differentierar sina priser beroende på om patienten omfattas av högkostnadsskyddet eller inte. Samtidigt bör högkostnadsskyddet

ses över. Det behövs bättre incitament för patienter och vårdgivare att begränsa kostnaderna för protetiska behandlingar.

Kommunkontosystemet

Konkurrensverket föreslår att folktandvården undantas från kommunkontosystemet. Sverige bör arbeta för en ändring av EG:s sjätte mervärdesskattedirektiv (77/388/EEG) så att mervärdesskatt kan införas på all vuxentandvård.

Kommuner och landsting får ersättning för ingående mervärdesskatt genom kommunkontosystemet. Privata företag inom tandvården får däremot inte någon kompensation, och den ingående mervärdesskatten blir således en kostnad för dem. Därigenom snedvrids konkurrensen mellan offentlig verksamhet och privata företag på detta område när verksamheten riktar sig till enskilda konsumenter. Landstingen har numera i stor utsträckning interna regler som innebär att folktandvården inte får tillgodoräkna sig ersättningen för ingående moms från kommunkontosystemet. Fortfarande sker dock en återföring till folktandvården i flera landsting.

En utredning har utvärderat hur väl kommunkontosystemet uppfyller det egentliga syftet, det vill säga att skapa konkurrensneutralitet mellan kommunal verksamhet i egen regi respektive på entreprenad (SOU 1999:133). Utredningen förordade att skatteplikt införs så långt möjligt med hänsyn till EG-rätten. När det gäller tandvård redovisas tre alternativ: att folktandvården lyfts ut från kommunkontosystemet, att privattandläkarna lyfts in i kommunkontosystemet eller att tandvården görs skattepliktig.

Det bästa sättet att undanröja konkurrensnedvridande effekter är att utvidga momsplikten till områden som nu är undantagna. EG:s sjätte mervärdesskattedirektiv (77/388/EEG) synes för närvarande omöjliggöra en sådan lösning när det gäller tandvård. Direktivet innehåller bestämmelser om att viss verksamhet skall vara undantagen från

skatteplikt, bland annat sjukvård som bedrivs av offentligrättsliga organ och andra erkända inrättningar av liknande natur samt sjukvårdande behandling som ges av medicinska yrkesutövare. Sverige bör arbeta för en ändring av direktivet så att mervärdesskatt kan införas på all vuxentandvård. I avvaktan på detta bör folktandvården undantas från kommunkontosystemet.

Tandhygienisternas kompetens

Konkurrensverket anser att det finns goda skäl för att utvidga tandhygienisternas möjligheter att utföra tandvård och föreslår att frågan utreds närmare.

Det finns yrkesgrupper inom tandvården vilkas uppgifter kompletterar tandläkarnas och som kan eller skulle kunna utföra vissa tjänster i konkurrens med dem. Tandhygienisterna kan arbeta direkt med patienter utan tandläkares överinseende, men tandtekniker kan det inte. Det begränsar patienternas valfrihet och konkurrensen på marknaden. Ett annat konkurrenshinder är de begränsade möjligheterna för tandhygienister att utföra tandvård.

I flera länder finns det andra yrkeskategorier än tandläkare och tandhygienister som har rätt att behandla patienter, och tandhygienisterna har i vissa fall större befogenheter än i Sverige. Storbritanniens tandterapeuter får, till skillnad från tandhygienister, göra enklare fyllningar utan att tandläkare är närvarande på mottagningen, men de måste följa en tandläkares behandlingsplan för patienten. I Nederländerna har tandhygienisterna rätt att göra enklare fyllningar under tandläkares överinseende. I Danmark, Finland, Nederländerna och Schweiz får denturister - tandtekniker med specialutbildning - självständigt utföra vissa protetiska arbeten direkt på patienter.

Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 gjorde bedömningen att arbetsuppgifterna för tandhygienister kan utvecklas eller nya

arbetsuppgifter tillkomma som medför behov av påbyggnadsutbildning eller att grundutbildningen förlängs (SOU 2002:53).

Det finns goda skäl för att utvidga de svenska tandhygienisternas möjligheter att utföra tandvård. Tandhygienister spelar redan nu en viktig roll inom barn- och ungdomstandvården i vissa landsting och skulle i allt större utsträckning kunna ta sig an yngre patienter med en god tandhälsa och svara för ett regelbundet underhåll, och även göra de enklare fyllningar som behövs (bilaga 2). Det råder brist på tandläkare regionalt, framför allt i glesbygden. Större befogenheter för tandhygienisterna skulle bidra till ett ökat utbud. Fler aktörer skulle också skärpa konkurrensen när det gäller denna typ av behandlingar. Tandhygienisterna har lägre löner än tandläkare och skulle kunna erbjuda låga priser, förutsatt att de kunde arbeta självständigt.¹⁶

Kvaliteten i vården måste emellertid bibehållas. De nya uppgifterna kräver därför en mer omfattande utbildning än vad tandhygienisterna har i dag. Frågan om tandhygienisternas kompetens bör utredas närmare.

Däremot är det knappast motiverat att ge tandteknikerna rätt att arbeta direkt med patienterna. Det som kan komma i fråga är behandling med avtagbara proteser, men i Sverige är tandlöshet numera ganska sällsynt.

¹⁶ Högre kompetens skulle kanske medföra högre löner men knappast i nivå med tandläkarnas.

Referenser

- Arvidsson, G. och Jonsson, E., 2000, *Beställarfunktionen inom Stockholms läns landstings tandvård – en granskning av konkurrensutsättning, ersättningssystem och kontraktsvillkor*, Företagsekonomiska institutionen, Stockholms universitet.
- Arvidsson, G. och Jönsson, B., 1993, *Tandvård i andra länder – Vad kan Sverige lära?*, SNS, Stockholm.
- BDO Consulting Group Stockholm AB, 2003, *Folktandvården i Sörmland. Granskning av kalkylmodell. Uppdelning av intäkter och kostnader mellan barn- och vuxentandvård.*
- Bergman, S.-E. och Dahlbäck, U., 2000, *Sjukvård – en svårstyrd verksamhet*, Landstingsförbundet, Stockholm.
- Ds 1993:18, *Premietandvård. En effektivare tandvårdsförsäkring.*
- Rådets sjätte direktiv 77/388/EEG av den 17 maj 1977 om harmonisering av medlemsstaternas lagstiftning rörande omsättningskatter.
- EG-kommissionens direktiv 80/723/EEG av den 25 juni 1980 om insyn i de finansiella förbindelserna mellan medlemsstaterna och offentliga företag samt i vissa företags ekonomiska förhållanden.
- Folland, S., Goodman, A. C. och Stano, M., 2001, *The Economics of Health and Health Care*, Prentice Hall, New Jersey, USA.
- Förslag till Rådets direktiv om ändring av direktiv 77/388/EEG med avseende på reducerade mervärdesskattesatser KOM(2003) 397 slutlig.
- Grytten, J., Holst, D. och Laake, P., 1990, Supplier Inducement. Its Effect on Dental Services in Norway, *Journal of Health Economics* 9, 483-491.

- Grytten, J. och Sørensen, R., 2000, Competition and dental services, *Health Economics* 9, 447-461.
- Hallin, B. och Siverbo, S., 2002, *Jakten på den goda styrningen – En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården*, CHSA.
- Hedlund, A. och Olsson, H., 2003, *Tandlös konkurrens? En analys av konkurrenssituationen på tandvårdsmarknaden i Gävleborgs läns landsting*, HUI, Stockholm.
- Indecon, International Economic Consultants och London Economics, 2003, *Indecon's Assessment of Restrictions in the Supply of Professional Services*, London, England.
- Jönsson, B. och Karlsson, G., 1994, *Tandvården – En ekonomisk analys*, SNS, Stockholm.
- Konkurrensverket, 1993, *Konkurrens i tandvården*.
- Konkurrensverket, 2002:2, *Vårda och skapa konkurrens – Vad krävs för ökad konsumentnytta?*
- Konsumentverket, 2003, *Konsumenten på tandvårdsmarknaden*.
- Landstingsförbundet, 2002, *Folktandvårdens priser för allmäntandvård år 2002*, Stockholm.
- Landstingsrevisorerna, 2002, *Årsrapport 2001, Folktandvården Stockholms län AB*.
- Landstingsrevisorerna, 2003, *Årsrapport 2002, Folktandvården i Stockholms län AB*.
- Landstingsvärlden, 2003:33, *Ge konkurrensen en ärlig chans!* 36-37.
- Office of Fair Trading, 2003, *The private dentistry market in the UK*.
- Olsson, C., 1999, Supplier induced demand: An analysis of the Swedish dental care market, I *Essays in the economics of dental insurance and dental health*, Umeå Economic Studies 490, Doktorsavhandling, Umeå universitet.

- Privattandläkaren 2003:3, *Kartläggning av folktandvårdens ekonomi.*
- Proposition 1993/94:93, *Förändrat ersättningssystem för vuxentandvård.*
- Proposition 1993/94:221, *Ersättningssystemet för vuxentandvård.*
- Proposition 1995/96:119, *Reformerad tandvårdsförsäkring.*
- Proposition 1997/98:112, *Reformerat tandvårdsstöd.*
- Proposition 2001/02:51, *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.*
- Proposition 2003/04:1, *Budgetpropositionen för 2004.*
- Riksförsäkringsverket, 2001a, *Privattandvårdens taxor hösten 2000.*
- Riksförsäkringsverket, 2001b, *Landstingens tandvårdstaxor 1 september 2001.*
- Riksförsäkringsverket, 2003a, *Prisutvecklingsanalys för tandvård perioden 2000-2002.*
- Riksförsäkringsverket, 2003b, *Uppdrag angående uppföljning av förändringar i tandvårdsstödet m.m.*
- Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002.*
- Socialstyrelsen, 2003, *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2002-12-31.*
- Socialutskottets betänkande 1997/98:SoU25, *Reformerat tandvårdsstöd.*
- Socialutskottets betänkande 2001/02:SoU14, *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.*
- SOU 1998:2, *Tänder hela livet - nytt ersättningssystem för vuxentandvården*, Betänkande av utredningen Ny inriktning på tandvårdsförsäkringen.
- SOU 1999:66, bilaga 1, *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati? I God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården*, Slutbetänkande av HSU 2000.

SOU 1999:133, *Kommunkontosystemet och rättvisan – momsen, kommunerna och konkurrensen*, Slutbetänkande av Utredningen om utvärdering av kommunkontosystemet.

SOU 2001:36, *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre*, Delbetänkande av Utredningen Tandvårdsöversyn 2000.

SOU 2002:53, *Tandvården till 2010*, Slutbetänkande av Utredningen Tandvårdsöversyn 2000.

SOU 2003:48, *Införlivande av transparensdirektivet*, Betänkande av Transparensutredningen.

Bilaga 1 Analys av priser

Efter tandvårdsreformen 1999, då etableringskontrollen och prisregleringen upphävdes, har Riksförsäkringsverket (RFV) gjort flera undersökningar av landstingens och privattandvårdens priser. Konkurrensverket har använt primärdata från den senaste undersökningen för en särskild analys (RFV, 2003a). Undersökningen, som redovisades i mars 2003, skiljer sig från de föregående på flera sätt, men framför allt när det gäller mätmetoderna.

I stället för att som tidigare samla in prislistor från vårdgivarna inhämtade RFV prisuppgifter genom en postenkät. Prislistorna gav underlag för en redovisning av priser för varje särskild åtgärd, till exempel rotfyllning.¹⁷ Frågorna i postenkäten avsåg däremot behandlingspaket, och varje behandlingspaket innefattade flera åtgärder som kombinerats för att motsvara en viss typ av behandling, till exempel revisionsundersökning, profylaxbesök, rotfyllning, pelare och krona.

1 Riksförsäkringsverkets prisundersökning

Undersökningen avsåg allmäntandvård för vuxna i åldern 30-64 år. För specialisttandvård tillämpas i allmänhet högre priser, och för dem som är yngre än 30 år och äldre än 64 år gäller särskilda regler för ersättning från tandvårdsförsäkringen. Uppgifter inhämtades från ett urval av privata vårdgivare och från samtliga landsting.

Praktikertjänst AB är formellt en enda vårdgivare, men företagets tandläkare bedriver sin verksamhet på egen hand eller tillsammans med andra tandläkare i särskilda resultatenheter. En mottagning kan

¹⁷ Redovisningen kompletterades med priser för några vanliga typbehandlingar.

bestå av flera resultatenheter. I undersökningen betraktas varje resultatenhet som vårdgivare. Alla privata vårdgivare med yrkesverksamma tandläkare ingick i undersökningspopulationen, dock inte vårdgivare med enbart specialisttandläkare. Som urvalsram användes försäkringskassornas vårdgivarregister.

Undersökningen av landstingen bygger på uppgifter från tandvårdscheferna och ett urval av allmäntandläkare i folktandvården (tjänstetandläkare). Som urvalsram användes ett medlemsregister hos Sveriges Tandläkarförbund.

Enkäten sändes ut i december 2002 och uppgiftsinsamlingen avslutades i februari 2003. Svaren bedömdes av en odontologiskt sakkunnig.

Population och urval

Rampopulationen i den del som avsåg privattandvården bestod av totalt 3 475 vårdgivare (tabell B 1.1). Inom varje län gjordes ett obundet slumpmässigt urval. Sammanlagt 623 vårdgivare valdes ut. Av dem visade sig 27 inte tillhöra populationen, flertalet var specialister. Nettourvalet uppgick således till 596 vårdgivare.

Av landstingens tjänstetandläkare valdes 342 ut för undersökningen. Om man räknar bort specialister och tandläkare som inte var yrkesverksamma vid undersökningstillfället återstår 286.

Bortfall

Alla tandvårdschefer besvarade enkäten, men bortfallet av tjänstetandläkare var betydande: 50 procent totalt och mellan 7 och 85 procent i de enskilda landstingen. Tjänstetandläkarnas uppgifter kan därför inte användas för att skatta de genomsnittliga prisnivåerna. Undersökningen visar emellertid att tjänstetandläkarna ofta har en

annan uppfattning om prissättningen än cheferna för folktandvården och att det förekommer prisvariationer inom landstingen.

I undersökningen av privattandvårdens priser var det genomsnittliga bortfallet mindre, 28 procent, men i vissa landsting ändå så stort att det kan snedvrída resultatet.

Tabell B 1.1 Population och urval av privata vårdgivare

Län	Population	Bruttourval	Nettourval	Bortfall	Bortfall %
Stockholm	1 104	100	95	37	39
Uppsala	102	26	24	8	33
Södermanland	92	25	24	6	25
Östergötland	114	26	25	6	24
Jönköping	93	25	24	3	13
Kronoberg	65	23	22	6	27
Kalmar	78	24	24	5	21
Gotland	18	12	12	5	42
Blekinge	54	21	18	3	17
Skåne	525	60	55	14	25
Halland	96	25	25	8	32
Västra Götaland	585	60	57	17	30
Värmland	67	25	25	4	16
Örebro	79	24	24	4	17
Västmanland	75	24	23	10	43
Dalarna	64	22	20	4	20
Gävleborg	73	23	22	5	23
Västernorrland	60	22	22	7	32
Jämtland	32	17	14	3	21
Västerbotten	55	21	21	5	24
Norrbotten	44	20	20	8	40
Totalt	3 475	623	596	168	28

Källa: Riksförsäkringsverket, beräkningar av Konkurrensverket

Mätmetoder

Frågorna i enkäten avsåg tolv olika behandlingspaket, som vart och ett bestod av flera olika åtgärder. Det finns inga uppgifter om hur vanligt förekommande dessa behandlingar var. För varje behandlingspaket angavs motsvarande åtgärdsnummer i tandvårdstaxan. Uppgifterna skulle avse det vanligast förekommande priset/normallatituden för patienter i åldern 30-64 år och inkludera ersättning från tandvårdsförsäkringen. I tidigare prisundersökningar hämtades prisuppgifterna från vårdgivarnas prislistor och redovisades för varje särskild åtgärd.

Den nya mätmetoden med behandlingspaket infördes efter överenskommelse mellan RFV och vårdgivarorganisationerna och motiverades med de skilda förutsättningar som privata vårdgivare och landsting har för sin verksamhet och till skillnader i vårdgivarnas inriktning. Som exempel nämns att en vårdgivare kan tillämpa förhållandevis låga priser för undersökningar och förebyggande tandvård och höga priser för rotfyllningar, lagningar etc., en så kallad folkhälsoprofil. Några behandlingspaket avsåg för övrigt enbart undersökningar och profylax. Med den nya metoden blir det enligt RFV möjligt att täcka ett tillräckligt stort behandlingspanorama och att följa och överblicka vårdkonsumtionen.

Ett problem när man utgår från prislistor är att åtgärder som rubricerats på samma sätt kan ha olika innehåll hos olika vårdgivare. Prislistorna är i allmänhet utformade efter mönster av förordningen om tandvårdstaxa, med samma beskrivning av åtgärderna. I en behandling kan det också hos en del vårdgivare tillkomma åtgärder som inte finns upptagna i taxan och som därför inte berättigar till ersättning från tandvårdsförsäkringen. Med lämpligt utformade frågor i en enkät kan man se till så att de tandvårdstjänster som studeras blir mer likartade och jämförbara. RFV redovisar i sin senaste rapport endast priser baserade på behandlingsåtgärder som faller inom ramen för tandvårdsförsäkringen.

Ett annat problem är att åtgärderna ofta prissätts i olika "latituder" beroende på svårighetsgrad och att vårdgivarna inte alltid gör samma bedömningar av vilken latitud som är tillämplig. Frågor i en enkät kan ge underlag för val av latitud utifrån en mer entydig bedömning. I RFV:s enkätundersökning ombads vårdgivarna ange det vanligast förekommande priset/normallatituden.

I undersökningen registrerades ett pris för varje behandlingspaket och vårdgivare, men en vårdgivare kan ha flera tandläkare och varje tandläkare kan tillämpa en egen prislista. I så fall uppstår ett mätfel. Det ställdes inga frågor om detta i enkäten och felets storlek kan därför inte bedömas.

De privata vårdgivarna kan till skillnad från landstingen ge individuella rabatter på tandvårdspriserna. RFV har inte undersökt i vilken utsträckning sådana rabatter förekommer.

Skattningar

De uppgifter som inhämtades avsåg totalpris, det vill säga patientavgift plus försäkringsersättning, men i RFV:s rapport redovisas genomgående enbart patientavgifter. Avgifterna redovisas för varje behandlingspaket länsvis och för hela landet, varvid länsuppgifterna vägts med den sammanlagda tandvårdsersättningen i respektive län. Något sammanfattande mått på den allmänna prisutvecklingen i landet redovisas inte.

Behandlingspaket 1-10

- 1 **Revisionsundersökning av tandläkare samt omfattande förebyggande behandling:** Undersökning, bitewing-röntgen, avlägsnande av tandsten och överskott, munhygieninstruktion/ rådgivning, polering
- 2 **Revisionsundersökning av tandläkare samt enklare förebyggande behandling:** Undersökning, bitewing-röntgen, enklare tandstensborttagning, enklare munhygieninstruktion/rådgivning, polering
- 3 **Undersökning samt enklare förebyggande behandling utförd av tandhygienist:** Undersökning, bitewing-röntgen, enklare tandstensborttagning, enklare munhygieninstruktion/rådgivning, polering
- 4 **Revisionsundersökning, förebyggande behandling samt kompositfyllning av kindtand, två eller flera ytor:** Undersökning, bitewing-röntgen, avlägsnande av tandsten och överskott, munhygieninstruktion/rådgivning, polering, kompositfyllning av kindtand på två eller flera ytor
- 5 **Revisionsundersökning, profylaxbesök, rotfyllning, pelare och krona:** Undersökning, bitewing-röntgen, avlägsnande av tandsten och överskott, munhygieninstruktion/ rådgivning, polering, rotfyllning 2 kanaler, klinikframställd pelare, metallkeramisk krona, exkl. gjutmetaller
- 6 **Revisionsundersökning, profylaxbesök, rotfyllning, rotfyllning och kompositfyllning:** Undersökning, bitewing-röntgen, rotfyllning 2 kanaler, kompositfyllning 3 ytor på samma kindtand, avlägsnande av tandsten och överskott, munhygieninstruktion/rådgivning, polering, eventuella efterkontroller
- 7 **Bro tre tänder, inklusive undersökning av ny patient, röntgen och utdragning av en tand, exkl. gjut- och ädelmetaller:** Undersökning av ny patient, bedövning, röntgen, tanduttagning normal svårighetsgrad, preparation, bedövning, avtryck, index, motbitning, metallkeramisk bro "23-25 med hängande 24", rengöring av preparation, cementering, eventuella provningar och justeringar med retur till tandtekniker
- 8 **Revisionsundersökning, fyllningar, partialprotes och profylaxbesök, exkl. gjut- och ädelmetaller:** Undersökning, kompositfyllningar på 16 mod, 15 do och 23 dl, sex prefabricerade tänder 6 stycken, partialprotes, avlägsnande av tandsten och överskott, munhygieninstruktion/rådgivning, polering
- 9 **Akutbesök, rotfyllning och kompositkrona:** akutbesök med rotfyllning 2 kanaler, kompositkrona "tand 2-5" klinikframställd
- 10 **Revisionsundersökning, operativt avlägsnande av visdomstand och profylaxbesök:** Undersökning, lägesbestämning, bedövning, röntgen, tanduttagning med eller utan separation av krona/ rötter, information, eventuella värktabletter, eventuella stygn, återbesök för efterbesvär/borttagning av stygn, avlägsnande av tandsten och överskott, munhygieninstruktion/rådgivning, polering

Data från tidigare undersökningar har av RFV använts för att beräkna de avgifter vårdgivarna skulle ha debiterat för behandlingspaketen vid tidpunkten för dessa undersökningar. Beräkningar kunde dock bara göras för åtta behandlingspaket och det var inte möjligt att gå längre tillbaka än till år 2000. För landstingen användes undersökningar som hänför sig till maj 2000, september 2001 och december 2002. För de privata vårdgivarna gjordes jämförelser med avgifterna i oktober 2000 och december 2002.

2 Konkurrensverkets analys

Konkurrensverket har kompletterat primärdata från RFV med uppgifter om vilka vårdgivare som tillhör Praktikertjänst. Information om övriga vårdgivare i undersökningen har Konkurrensverket inte haft tillgång till. Det begränsar möjligheterna att analysera de skillnader som finns mellan olika vårdgivare. Till skillnad från RFV redovisar Konkurrensverket uppgifter som bygger på vårdgivarnas totalpriser, inklusive försäkringsersättning. Länsuppgifterna har vägts med den sammanlagda tandvårdsersättningen i respektive län för patienter i åldern 20-64 år. RFV:s vägningstal för Skåne har således korrigerats med avseende på åldersgruppen 65 år och äldre.¹⁸ Bara behandlingspaketen 1-10 redovisas, eftersom underlaget för behandlingspaketen 11 och 12 är för litet.¹⁹

RFV har redovisat resultatet på länsnivå. Med hänsyn till det ringa antalet observationer i många län har Konkurrensverket valt att studera större regioner. De största länen - Stockholm, Skåne och Västra Götaland - kan dock redovisas var för sig. Regionerna har

¹⁸ Det är försäkringskassan i Skåne som handlägger ärenden som avser dessa patienter, och försäkringsersättningen för dem delas inte upp på län utan redovisas i sin helhet på Skåne. Ersättningen inkluderar högkostnadsskyddet för protetiska åtgärder.

¹⁹ Behandlingspaket 11 avsåg singelimplantat på framtand och behandlingspaket 12 helkäksimplantat underkäke.

definierats enligt den indelning i riksområden som används inom EU för statistikredovisning, NUTS (Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques). Regionerna består av ett eller flera län. De två regionerna Mellersta Norrland (Västernorrland och Jämtland) och Övre Norrland (Västerbotten och Norrbotten) har slagits samman.

NUTS-indelningen i Sverige

SE01	Stockholm Stockholms län
SE02	Östra Mellansverige Uppsala län Södermanlands län Östergötlands län Örebro län Västmanlands län
SE09	Småland med öarna Jönköpings län Kronobergs län Kalmar län Gotlands län
SE04	Sydsverige Blekinge län Skåne län
SE0A	Västsverige Hallands län Västra Götalands län
SE06	Norra Mellansverige Värmlands län Dalarnas län Gävleborgs län
SE07	Mellersta Norrland Västernorrlands län Jämtlands län
SE08	Övre Norrland Västerbottens län Norrbottens län

Flera behandlingspaket innefattar undersökning och förebyggande behandling motsvarande åtgärd 11 och 22 i förordningen om tandvårdstaxa. En del vårdgivare inkluderade förebyggande behandling i behandlingsåtgärden undersökning och debiterade bara för denna åtgärd, andra debiterade för både undersökning och en omfattande behandling. Ungefär 40 privata vårdgivare hade inte klart för sig att det sedan den 1 juli 2002, enligt RFV:s föreskrifter, är tillåtet att debitera för båda åtgärderna vid ett och samma tillfälle. Det kan förklara en del av prisskillnaderna mellan olika vårdgivare. Störst betydelse har det för behandlingspaket med ett förhållandevis lågt totalpris.

I tabell B.1.2 jämförs de privata vårdgivarnas genomsnittliga priser i de största länen och NUTS-regionerna med de genomsnittliga priserna i övriga landet. De högsta priserna tillämpades i december 2002 i Stockholms län. Skillnaden är statistiskt säkerställd för åtta av tio behandlingspaket. Norra Mellansverige hade signifikant lägre priser än övriga landet för fem behandlingspaket. Övriga områden uppvisar skillnader som i allmänhet ligger inom felmarginalen.

I tabell B 1.3 redovisas uppgifter från tandvårdscheferna i landstingen. Som tidigare nämnts har tjänstetandläkarna i landstingen ibland angivit andra priser. Även folktandvårdens priser var högst i Stockholms län. Skillnaderna var i flera fall betydande. Norra Mellansverige och Östra Mellansverige hade också relativt höga priser men låg ändå i de flesta fall lägre än Stockholms län, som inte ingår i Östra Mellansverige. Västra Götaland hade genomgående lägre priser än övriga landet. Till lågprisområdena hörde också Skåne samt Mellersta och övre Norrland.

Av tabell B 1.4 framgår att genomsnittspriserna i privattandvården ofta låg högre än folktandvårdens priser. I Mellersta och övre Norrland var de signifikant högre för nio behandlingspaket. I Norra Mellansverige fanns det skillnader både uppåt och nedåt. Lägre

priser i privattandvården förekom framför allt när det gäller undersökning och förebyggande behandling (paket 1-3).

Korrelationen mellan folktandvårdens och privattandvårdens priser i hela landet var ganska svag men signifikant och positiv för sju behandlingspaket (tabell B 1.5). Korrelationskoefficienten var inte högre än 0,24. En jämförelse mellan storstadslänen - Stockholm, Skåne och Västra Götaland – visar ett tydligare samband och en positiv korrelation mellan priserna för samtliga behandlingspaket. I Mellersta och övre Norrland var sambandet ännu starkare och signifikant för behandlingspaketen 1 och 4-8. Jämförelserna påverkas även här av att många privata vårdgivare missförstått de regler som gäller för debitering av undersökning och förebyggande åtgärder.

Det finns ingen signifikant skillnad mellan vårdgivare som tillhör Praktikertjänst och övriga privata vårdgivare. Det gäller samtliga behandlingspaket.

Tabell B 1.2 De privata vårdgivarnas priser för tio behandlingspaket i december 2002: genomsnittliga skillnader mellan de största länen och övriga landet och mellan NUTS-regionerna och övriga landet, procent

Län/region	Paket 1	Paket 2	Paket 3	Paket 4	Paket 5
Stockholm	13,7*	11,1*	8,0	8,2*	7,7*
Skåne	-7,9	-7,7*	-8,3	-2,7	-1,8
Västra Götaland	-7,1	-5,7	-7,3	-4,6	-4,2
Stockholm	13,7*	11,1*	8,0	8,2*	7,7*
Östra Mellansverige	-3,8	-4,5	-2,9	-3,4	-5,1*
Småland med öarna	-3,7	-2,7	5,8	-4,3	-4,4*
Sydsverige	-8,1*	-7,7*	-8,0	-2,7	-2,3
Västsverige	-7,1	-5,7	-6,4	-4,6	-4,5
Norra Mellansverige	-10,4*	-4,6	1,5	-9,8*	-4,3*
Mellersta o. övre Norrland	-3,0	1,2	5,3	-2,9	-4,8*
Län/region	Paket 6	Paket 7	Paket 8	Paket 9	Paket 10
Stockholm	9,1*	8,9*	5,5	9,3*	9,2*
Skåne	-1,1	-5,3	-6,3	-2,5	-9,1*
Västra Götaland	-4,5	-4,1	1,1	-7,0	-2,8
Stockholm	9,1*	8,9*	5,5	9,3*	9,2*
Östra Mellansverige	-7,2*	-3,8	-2,8	-3,5	0,7
Småland med öarna	-6,1*	-5,5*	0,1	-2,6	1,3
Sydsverige	-1,7	-5,6	-6,3	-2,9	-9,2*
Västsverige	-4,8	-3,8	0,2	-6,8	-2,6
Norra Mellansverige	-6,9 *	-4,0	-4,5	-7,1*	-7,8*
Mellersta o. övre Norrland	-6,8*	-3,9	-3,1	-3,1	0,4

Signifikanta skillnader på 5 % nivån har markerats med en asterisk (*).

Källa: Riksförsäkringsverket, beräkningar av Konkurrensverket

Tabell B 1.3 Folktandvårdens priser för tio behandlingspaket i december 2002: genomsnittliga skillnader mellan de största länen och övriga landet och mellan NUTS-regionerna och övriga landet, procent

Län/region	Paket 1	Paket 2	Paket 3	Paket 4	Paket 5
Stockholm	16,3	6,5	7,0	2,2	9,8
Skåne	-9,6	-9,5	-9,1	-0,1	-1,9
Västra Götaland	-8,0	-8,2	-7,8	-5,8	-7,2
Stockholm	16,3	6,5	7,0	2,2	9,8
Östra Mellansverige	2,3	5,2	5,8	6,2	-1,4
Småland med öarna	0,0	6,5	4,2	1,2	4,3
Sydsverige	-8,4	-8,7	-8,3	-0,3	-2,8
Västsverige	-9,0	-8,3	-7,9	-7,4	-7,5
Norra Mellansverige	5,5	5,1	5,6	3,3	6,5
Mellersta o. övre Norrland	-6,4	-2,1	-3,5	-3,3	-6,1
Län/region	Paket 6	Paket 7	Paket 8	Paket 9	Paket 10
Stockholm	21,6	5,7	7,2	19,3	16,4
Skåne	2,5	-5,1	-4,5	3,5	-17,1
Västra Götaland	-7,5	-8,0	-1,7	-8,2	-5,8
Stockholm	21,6	5,7	7,2	19,3	16,4
Östra Mellansverige	-1,7	5,5	1,9	-2,2	-3,7
Småland med öarna	-5,6	-0,2	7,3	-1,8	1,9
Sydsverige	1,4	-5,1	-3,9	1,7	-13,0
Västsverige	-8,9	-7,4	-2,3	-9,7	-6,3
Norra Mellansverige	1,2	8,8	-1,0	-1,3	5,6
Mellersta o. övre Norrland	-10,9	-5,9	-8,1	-7,3	0,9

Källa: Riksförsäkringsverket, beräkningar av Konkurrensverket

**Tabell B 1.4 Priser för tio behandlingspaket i december 2002:
genomsnittliga skillnader mellan de privata vårdgivarna
och folktandvården i de största länen och NUTS-
regionerna, procent**

Län/region	Paket 1	Paket 2	Paket 3	Paket 4	Paket 5
Stockholm	-1,9	2,9	-3,7	8,2*	6,0*
Skåne	5,7	4,6	-3,1	3,3	10,1*
Västra Götaland	4,4	4,8	-4,1	6,7*	12,9*
Stockholm	-1,9	2,9	-3,7	8,2*	6,0*
Östra Mellansverige	-2,1	-6,0*	11,1*	-2,8	5,8*
Småland med öarna	-0,2	-5,8*	-2,7	0,2	1,2
Sydsverige	4,2	3,7	-3,7	3,4	10,5*
Västsverige	5,2	4,8	-3,3	8,2*	12,7*
Norra Mellansverige	-11,1*	-6,3*	-10,0*	-7,0*	0,3
Mellersta o. övre Norrland	6,5*	4,2*	3,9	5,7*	10,7*
Län/region	Paket 6	Paket 7	Paket 8	Paket 9	Paket 10
Stockholm	-1,3	17,8*	5,8*	1,1	0,4
Skåne	6,9*	17,9*	7,4*	5,5	18,0*
Västra Götaland	13,2*	22,1*	11,5*	12,3*	11,3*
Stockholm	-1,3	17,8*	5,8*	1,1	0,4
Östra Mellansverige	4,3*	8,6*	4,4*	9,4*	11,1*
Småland med öarna	9,5*	11,9*	2,0*	10,0*	5,2*
Sydsverige	7,5*	17,6*	6,8*	6,8*	12,8*
Västsverige	14,3*	21,5*	11,2*	13,8*	11,7*
Norra Mellansverige	1,9	5,2*	5,2*	4,6*	-4,5*
Mellersta o. övre Norrland	14,1*	19,6*	13,8*	15,0*	7,0*

Ett minustecken betyder att de privata vårdgivarnas priser är lägre än folktandvårdens.

Signifikanta skillnader på 5 % nivån har markerats med en asterisk (*).

Källa: Riksförsäkringsverket, beräkningar av Konkurrensverket

**Tabell B 1.5 Korrelation mellan folktandvårdens och
privattandvårdens priser i hela landet,
storstadslänen och Mellersta och övre Norrland**

Paket	Hela landet	Storstads- länen	Mellersta och övre Norrland
1	0,16**	0,33**	0,39**
2	0,09	0,32**	-0,13
3	0,11	0,26*	0,07
4	0,02	0,18*	0,32*
5	0,22**	0,22*	0,49**
6	0,24**	0,23**	0,48**
7	0,19*	0,27**	0,45**
8	0,15**	0,19*	0,42**
9	0,19**	0,24**	0,11
10	0,13**	0,30**	0,15

Signifikans på 5 och 1 % nivån har markerats med en respektive två asterisker (*).

Källa: Riksförsäkringsverket, beräkningar av Konkurrensverket

Bilaga 2 En översikt av tandvården i några länder*

1 Inledning

I denna översikt beskrivs tandvårdssystemen i några västeuropeiska länder. Syftet är att ge en bakgrund till Konkurrensverkets analys av den svenska tandvårdsmarknaden. Jämförelser mellan länderna presenteras huvudsakligen i tabellform. Sex länder (Danmark, Finland, Norge, Storbritannien, Nederländerna och Tyskland) har fått egna avsnitt.

Den gemensamma europeiska arbetsmarknaden omfattar även tandvården. Det har medfört att kraven på information har ökat om vilka regler som finns för att utöva tandvård i EU-länderna. Informationen behövs både för EU:s eget arbete och för tandvårdspersonal som planerar att söka arbete inom den gemensamma marknaden. Informationen sammanställs av Dental Liaison Committee (DLC) inom EU-kommissionen. Kommitténs senaste rapport, *EU Manual of Dental Practice 2000* är den huvudsakliga informationskällan även till denna översikt.

Uppgifter om tandvårdskostnader har hämtats från OECD Health Data 2003. De rapporter som finns om konkurrens och liknande frågor i tandvården har hämtats från databasen MEDLINE. Uppgifterna om tandhälsa kommer från Council of European Chief Dental Officers och WHO Oral Health Country/Area Profile Programme.

*Av docent Inkeri Barentin

Översikten inleds med vad som karakteriserar de europeiska ländernas tandvård – fyra principiellt olika grupperingar kan skönjas. Därefter presenteras tabeller med jämförelser mellan olika europeiska länder gällande antalet tandläkare samt förekomsten av andra yrkeskategorier och specialiteter i tandvården. Sedan beskrivs tandvården (system, kostnader och tandhälsa) i våra nordiska grannländer (Danmark, Finland och Norge) och i Storbritannien, Nederländerna och Tyskland. Översikten avslutas med några sammanfattande kommentarer med tonvikt på konkurrensaspekterna.

2 Huvudtyper av tandvårdssystem

Uppgifterna i de rapporter som DLC (Dental Liaison Committee, 2000) ger ut baseras på en omfattande undersökning som hade beställts av ett brittiskt expertorgan i Cardiff (Dental Public Health Unit of the Dental School). Den första rapporten kom ut 1997 och en andra, reviderad upplaga publicerades år 2000. Rapporten täcker alla EU:s 15 medlemsländer samt Island, Norge och Schweiz.

Gemensamt för länderna är att majoriteten av de vuxna betalar åtminstone en del av sin tandvård själva. Flertalet tandläkare är privata företagare men får i många länder sin ersättning delvis via offentliga eller halvoffentliga försäkringssystem. Som följd härav har även inkomster och yrkesutövning inom tandvården kommit att regleras i olika grad. Barn- och ungdomstandvården är avgiftsfri och systematiskt ordnad i de flesta europeiska länder och ges antingen i skolor eller på lokala tandvårdsmottagningar.

Tabell B 2.1 visar förenklat hur DLC har delat in de 18 undersökta länderna i fyra grupper efter hur tandvården finansieras.

Tabell B 2.1 Tandvårdssystem i 18 länder

Typ av system	Huvudsaklig finansiering	Länder
1 Kombination av offentliga försäkrings-system och tandvård under offentligt huvudmannaskap	Skattefinansiering och egenavgifter (ofta reglerade)	Danmark, Finland, Sverige, Storbritannien
2 Allmänt och offentligt reglerat försäkrings-system med möjlighet till tilläggförsäkringar	Bidrag från arbets-givare och arbets-tagare, vanligen med viss procent av lönen.* Oberoende försäkringskassor administrerar	Belgien, Frankrike, Luxemburg, Nederländerna, Schweiz, Tyskland, Österrike
3 Begränsat offentligt stöd till särskilda grupper	Vanligen skatte-finansiering	Island, Italien, Norge, Portugal, Spanien
4 Blandade inslag från system 1-3		Grekland, Irland

*I Belgien och Luxemburg lämnar även staten ett bidrag.

Källa: Dental Liaison Committee (2000)

Tabellen visar bland annat att flertalet européer, det vill säga invånarna i de stora mellaneuropeiska länderna, omfattas av system där försäkringsbolag ersätter hela eller delar av tandbehandlingen. Försäkringsformen sätter på det viset också gränser för de totala tandvårdskostnaderna i samhället.

2.1 Antal tandläkare

Tabell B 2.2 visar antalet yrkesverksamma tandläkare och andelen som är privatpraktiserande (Dental Liaison Committee, 2000). Tandläkartätheten visas som antalet invånare per tandläkare. Uppgifterna avser år 1999.

Tabell B 2.2 Antal yrkesverksamma tandläkare, andel privattandläkare och tandläkartäthet i 18 länder 1999

Land	Antal tandläkare	Andel i privat-tandvård %	Antal invånare per tandläkare
Belgien	7 600	97	1 342
Danmark	5 039	74	1 051
Finland	4 968	53	1 027
Frankrike	40 229	93	1 459
Grekland	11 728	92	1 459
Irland	1 531	67	2 351
Italien	48 100	96	1 185
Luxenburg	269	100	1 600
Nederländerna	7 162	100	2 192
Portugal	4 200	95	2 381
Spanien	15 723	93	2 512
Storbritannien	25 170	81	2 304
<i>Sverige</i>	<i>8 650</i>	<i>44</i>	<i>1 023</i>
Tyskland	61 900	95	1 325
Österrike	3 789	83	2 138
EU15	246 028	90	1 546
Island	322	90	854
Norge	4 153	61	1 059
Schweiz	4 650	86	1 499
Totalt	255 530	88	1 505

Källa: Dental Liaison Committee (2000)

Tandläkarantalen i tabellen är något lägre än i andra databaser. Det beror på att DLC anger antalet yrkesverksamma tandläkare och inte antalet tandläkare enligt nationella register, det vill säga inklusive icke yrkesverksamma, vilket annars är vanligast. Jämfört med uppgifter i EU-manualen från 1997 har det totala antalet tandläkare stigit med närmare 20 000 (8,5 procent).

Andelen tandläkare i privattandvård varierar mellan 44 procent i Sverige och 100 procent i Luxemburg och Nederländerna. Den är lägst i länder med stor offentlig tandvårdssektor. Från 1997 har andelen ökat i dessa länder, mest i Danmark. Den genomsnittliga tandläkartätheten för samtliga länder har ökat, det vill säga antalet invånare per tandläkare har minskat från 1 622 till 1 505.

Uppgifter om andelen kvinnliga tandläkare lämnas för första gången i manualupplagan 2000 (Dental Liaison Committee, 2000). Här är det stor variation mellan länderna. Andelen var lägst i Schweiz (18 procent) och högst i Finland (70 procent). Detta kan jämföras med Sverige där andelen var 44 procent.

2.2 Andra yrkeskategorier

Tandsköterskor (*dental surgery assistants, dental nurses* eller *dental chairside assistants*), som hjälper tandläkare i patientarbetet utan att själva utföra behandlingar i patientens mun, finns i alla länder. Sådan personal registreras inte av myndigheterna. Det sker däremot med tandhygienister (*dental hygienists*), som har utbildning för att utföra arbete i patientens mun. Tandhygienister finns inte i Belgien, Grekland, Luxemburg och Österrike.

I Schweiz och Storbritannien finns "tandterapeuter" (*dental therapists*) med rätt att utföra fler behandlingar än som normalt ingår i tandhygienisternas befogenheter, till exempel göra små fyllningar.

Enligt statistik från Council of European Chief Dental Officers (2003) och World Dental Federation (2003) har Storbritannien flest registrerade tandhygienister (4 000, inklusive tandterapeuter), därefter Sverige (3 500) och Nederländerna (1 500). Jämförelser mellan länderna är dock vanskliga - rapportering till myndigheterna sker enligt olika bestämmelser och deltidsarbete är vanligt bland tandhygienister.

Irland och Storbritannien har "tandhälsoupplysare" (*dental educators*) som utför rent informationsarbete.

Inom specialisttandvården råder stora skillnader. Tandreglering (ortodonti) och oral kirurgi är de vanligast förekommande specialiteterna och finns i alla länder utom Belgien, Luxemburg och Schweiz. Det kan tilläggas att oral kirurgi i många länder är en medicinsk specialitet, det vill säga kräver läkarexamen. Sverige och Storbritannien intar en särställning med ett tiotal odontologiska specialiteter.

3 Huvuddragen i tandvårdssystemen i sex europeiska länder

3.1 Danmark

Sedan 1973 finansieras den danska hälso- och sjukvården, inklusive stödet till tandvård, genom allmänna skatter – dessförinnan baserades systemet på försäkringar. Barn och ungdom upp till 18 år får avgiftsfri tandvård inom ramen för den kommunala tandvården. Även vissa grupper av vuxna med särskilda behov har rätt att den vägen få kraftigt subventionerad tandvård. Flertalet kommuner har en egen tandvårdsorganisation för denna så kallade *omsorgstandpleje*. En dryg femtedel av kommunerna, framförallt på landsbygden, har dock avtal med privatpraktiserande tandläkare om barntandvården.

Vuxentandvården sköts till största delen av privattandläkare. I genomsnitt betalar vuxna patienter 77 procent av behandlingskostnaderna (varvid gruppen 19-25 år får högre subvention än andra vuxna). Resten betalas av regionala myndigheter vid någon av de 14 *amtterna* ("landsting"). Subventionerna varierar mellan olika behandlingstyper och upphör när man kommer till de mest dyrbara behandlingarna, exempelvis fast protetik. Avgiftsfri tandvård ges åt

patienter som är funktionshindrade eller har mycket dålig ekonomi eller om vården måste utföras på sjukhus.

Tandläkarföreningen och representanter för *amterna* förhandlar om taxan som gäller för alla subventionerade behandlingar. För övriga behandlingar tillämpas fri prissättning. (Under 1980- och 90-talen förekom att danskar for till Sverige för protetisk vård, eftersom man här ännu hade reglerade priser och därmed var billigare än i Danmark.)

En dryg fjärdedel av den vuxna befolkningen har en privat sjukförsäkring (*Sygeforsikringen Danmark*) som ger ersättning även för tandvård (fast belopp per åtgärd).

Tandhygienisterna (närmare 1 000 registrerade) arbetar under tandläkares överinseende. Licensierade kliniska tandtekniker (1 600 registrerade) får göra helprotoser självständigt direkt på patienter. För delprotoser behövs remiss från tandläkare.

Färre än en procent av tandläkarna behandlar enbart privatpatienter, det vill säga patienter som betalar hela behandlingens kostnaden själva.

3.2 Finland

Den finska tandvårdens särart består i det stora inslaget offentligt finansierad vård åt såväl barn som vuxna på kommunala hälsocentraler. Närmare hälften av landets 5 000 tandläkare är offentligt anställda. Den andra hälften arbetar som privattandläkare och ger vård åt drygt hälften av den vuxna befolkningen.

Tandvården på hälsocentralerna är kraftigt skattesubventionerad – patienterna betalar cirka en tredjedel av kostnaden. Barn och ungdomar har varit prioriterade – en målmedveten strategi har varit att befolkningen stegvis skall få systematisk tandvård från unga år. Allt fler kommuner kan dock nu erbjuda sådan vård även åt vuxna. Barn

och ungdomar under 19 år får numera avgiftsfri vård på hälso-centraler.

Även den statliga subventionen till privattandvårdens patienter har successivt utvidgats till att omfatta allt fler och äldre åldersgrupper. När tandvårdsförsäkringen introducerades 1986 omfattade den enbart tandvård för dem som var födda 1956 eller senare, det vill säga ungdomar och yngre vuxna som relativt nyligen hade lämnat den organiserade skoltandvården och förväntades ha bra tandhälsa. Nästa steg togs 2001, då alla som var födda 1946 eller senare fick subvention.

Den 1 december 2002 försvann även denna sista åldersgräns. Samtidigt fick alla vuxna rätt att välja mellan tandvård på hälso-centralerna och hos privattandläkare. I det senare fallet får man subvention genom det finska socialförsäkringsorganet KELA, även det skattefinansierat. De åtgärder som subventioneras finns med på KELAS förteckning. Undersökning och bastandvård ersätts med 60 procent av en normaltaxa. Tandläkare behöver dock inte följa denna taxa, vilket betyder att subventionen i praktiken är 35–40 procent av behandlingskosten. Protetik, implantat och tandreglering ersätts inte. För krigsveteraner och vissa grupper med medicinska problem är subventionerna högre och omfattar alla åtgärder.

Tandhygienister (900 registrerade) arbetar under tandläkarnas överinseende. Specialtandtekniker (800 registrerade) får göra avtagbara proteser direkt på patienter som kommer på remiss från tandläkare.

3.3 Norge

Av de nordiska länderna är Norge näst Island det land som erbjuder den största kontrasten till Sverige vad gäller samhällets stöd till vuxentandvården. Över 90 procent av alla vuxna är hänvisade till tandvård hos privata tandläkare på en fri marknad utan

subventioner. Tre fjärdedelar av befolkningen besöker tandläkare regelbundet.

Sedan andra världskriget finns det också en offentligt ordnad tandvård. Ansvaret ligger på *fylkeskommunerna* ("landstingen"). Barn och ungdomar i åldern 0-18 år, psykiskt utvecklingsstörda över 18 år och grupper av äldre, långtidssjuka och handikappade på institution och i hemsjukvård får avgiftsfri tandvård med undantag av viss tandreglering. I glesbygder träder den offentligt producerade tandvården in som ersättning för privatvård. Ungdomar i åldern 19-20 år betalar högst 25 procent av en taxa som Socialdepartementet fastställer. Även andra grupper kan få viss avgiftsreducering. Den nämnda taxan var avsedd att gälla även för den privata sektorn, men sades upp av tandläkarföreningen i mitten på 1990-talet.

Viss tandvård ersätts av staten enligt särskilda regler med eller utan individuell prövning (medfödda defekter, yrkesskador, krigspensionärer etc.).

3.4 Storbritannien

Den aktuella utvecklingen på tandvårdsmarknaden i Storbritannien kännetecknas bland annat av den privata sektorns expansion. Omslutningen i privattandvården ökade med mer än 60 procent mellan åren 1997 och 2001 (Office of Fair Trading, 2003a). Ökningen blir ännu större om man räknar i antal patienter (från 4,3 miljoner 1998 till uppskattningsvis 7 miljoner 2003).

Den nämnda utvecklingen förklaras främst av att den nationella tandvårdsorganisationen (del av *National Health Service, NHS*) har haft kapacitetsproblem. Flertalet patienter får dock fortfarande sin tandvård inom ramen för NHS. En undersökning som genomfördes av British Dental Association visade att år 2001 fick 67 procent av vuxenpatienterna sin regelbundna behandling inom NHS, 25 procent

behandlades helt på egen bekostnad och 8 procent fick kostnaden täckt av någon privatförsäkring, helt eller delvis.

Patienternas egenavgift inom NHS-tandvården ökar och är nu ca 80 procent av den statliga taxan. Behandlingen är avgiftsfri när ett högkostnadstak har nåtts (för närvarande 366 pund). Närmare hälften av alla patienter inom NHS betalar dock fortfarande ingen egenavgift alls. Till den gruppen hör till exempel barn under 18 år, havande kvinnor, arbetslösa och inneliggande patienter.

För att få NHS-förmåner måste man vara registrerad hos en tandläkare som NHS-patient. Om man flyttar eller inte besöker sin tandläkare under en 15-månaders period, upphör registreringen. Tandläkaren har dessutom rätt att avsluta en patients registrering med tre månaders varsel. På flera orter är det svårt att finna tandläkare som tar emot nya NHS-patienter.

Patienter som vårdas på sjukhem eller annars har svårt att få vård hos en privattandläkare, kan gå till en "kommunal" tandläkare (*Community Dental Practitioner, CDP*). Tandläkarna där är anställda av NHS och har månadslön. Dessa patienter betalar heller ingen avgift.

Allt fler engelsmän söker tandvård. Av personer med egna tänder i behåll sökte 59 procent vård regelbundet under 1998. Motsvarande siffra 1978 var 43 procent. Andelen som är registrerad inom NHS för regelbunden vård har dock minskat med 14 procent mellan 1995 (23,8 miljoner personer) och 2000 (20,5 miljoner personer). Orsaken är enligt hälsoministeriet (*Department of Health*) att registreringsperioden förkortades från 24 till 15 månader, det vill säga patienter utesluts nu fortare om de inte kommer till undersökning.

Office of Manpower Economics genomförde en studie i mars 2000 rörande antalet patienter som tandläkare undersökte/behandlade

under en vecka. Genomsnittet var 123 patienter varav 80 procent var NHS-patienter och resten privata.

Utöver tandläkare och tandhygienister finns en för nordbor okänd yrkeskategori, nämligen tandterapeuter (*dental therapists*) som har rätt att behandla patienter. En tandterapeut har större befogenheter än en tandhygienist, men båda yrkeskategorierna måste följa en tandläkares behandlingsplan för patienten. En tandterapeut får göra enklare fyllningar utan att en tandläkare är närvarande på mottagningen.

En ytterligare, för nordbor föga känd yrkeskategori är hälso-
upplysare (*oral health educator*) som enbart sysslar med information och hälsouppllysning.

3.5 Nederländerna

Praktiskt taget all tandvård i Nederländerna utförs i privat regi. Över 90 procent av tandläkarna behandlar patienter inom ramen för ett offentligt försäkringssystem som finansieras av arbetsgivare och arbetstagare, med hälften var. Höginkomsttagare är dock inte med i systemet. Tandvårdstaxorna är reglerade. De 60 procent av befolkningen som är med i försäkringen har rätt till ett årligt avgiftsfritt baspaket bestående av undersökning och förebyggande tandvård – och man måste utnyttja paketet för att få behålla det. Annan behandling kan täckas av frivilliga försäkringar och sådana utnyttjas av 70 procent av befolkningen.

Barn och ungdomar upp till 18 år får den mesta tandvården kostnadsfritt. Funktionshindrade kan också få kostnadsfria behandlingar.

För tio år sedan kom det nya regler om vårdpersonalens behörighet. Syftet var att främja god kvalitet på hälsovårdstjänsterna och öka patienternas valmöjligheter. Tandhygienister och tandtekniker fick

rätt att arbeta självständigt inom sina kompetensområden och öppna egna mottagningar. För att tandhygienisterna skall få göra enklare fyllningar (vilket numera ingår i deras utbildning) måste de dock arbeta under en tandläkares överinseende. Tandtekniker med specialutbildning, "denturister" (närmare 300 registrerade), får självständigt göra helproteser direkt på patient på sina egna mottagningar.

Tandläkartätheten i Nederländerna är lägre än i många andra europeiska länder. Det finns en tandläkare per 2 200 invånare och en tandhygienist per 10 380 invånare. Tandläkarorganisationen har försökt locka tandläkare från andra länder att arbeta i landet, hittills med föga framgång.

Till skillnad från tandläkarna får tandhygienisterna själva bestämma sina priser. Trots detta tycks liberaliseringen inte ha lett till någon priskonkurrens mellan tandläkare och tandhygienister (Office of Fair Trading, 2003b). Skälet uppges vara bristen på arbetskraft inom båda yrkeskategorierna och det nära samröret mellan dem. Tandhygienisterna arbetar fortfarande oftast på tandläkarmottagningar och prissätter sina arbeten enligt den prisreglerade taxa som gäller när arbetet utförs av tandläkare. Tandhygienistens arbete förs också ofta upp på tandläkares faktura. Allt detta har fått till följd att regeringen inte har vågat släppa prissättningen fri för tandläkare.

I en gemensam rapport analyserade hälsovårds- och finansministerierna 1997 de alltfjämt fasta tandvårdstaxornas laglighet i förhållande till EU:s konkurrenslagstiftning. Slutsatsen var att taxorna är förenliga med EU-reglerna. I rapporten rekommenderades också att tandhygienisterna, när de utför enkla fyllningar, skulle befrias från kravet på tandläkares överinseende. Detta skulle förhoppningsvis leda till lägre priser. Planerna skrinlades dock på grund av den alltfjämt stora bristen på tandvårdspersonal.

Enligt den nederländska regeringens nuvarande ståndpunkt är ytterligare liberalisering inte aktuell. Bristen på arbetskraft skulle medföra risk för stora prisökningar. I stället rekommenderas att befintlig arbetskraft (tandläkare, tandhygienister och tandtekniker) skall arbeta i team. Tandläkaren skall vara lagledare och utföra arbeten som de övriga inte får utföra.

Regeringen ser fördelar med en mer marknadsorienterad tandvård, men anser att tiden ännu inte är mogen för fria priser, till skillnad från andra "hälsomarknader" såsom sjukgymnastik (Office of Fair Trading, 2003b).

3.6 Tyskland

Tyskland var först i världen med en allmän sjukförsäkring och systemet fungerar fortfarande enligt de grundprinciper som fastlades under Bismarcks tid för över etthundra år sedan. Försäkringen administreras av drygt 1 000 sjukkassor och finansieras genom premier från arbetsgivare och arbetstagare. Försäkringen är obligatorisk för människor med låg eller medelstor inkomst och täcker vårdkostnader även för löntagarnas familjer, för pensionärer och socialbidragstagare. Över 90 procent av befolkningen är försäkrad i dessa kassor. För högvärlönde finns även privata försäkringskassor.

Tandvård ingår i den allmänna försäkringen. Flertalet mer än 60 000 tandläkare är privatpraktiserande, endast 5 procent är tjänstetandläkare. Av de senare arbetar cirka 500 med uppgift att undersöka barn mellan 3 och 18 år och informera föräldrarna ifall barnen behöver gå till familjens tandläkare. Föräldrarna ansvarar för att så sker.

Tandläkare som behandlar patienter inom försäkringssystemet måste vara anslutna till någon av de 22 regionala *Kassenzahnärztliche*

Vereinigung (kassaanslutna tandläkarföreningar). Föreningarna förhandlar om bland annat tandvårdstaxor med försäkringskassorna.

Historiskt sett har nästan all tandvård varit avgiftsfri för barn och vuxna, men för vuxna har begränsningarna ökat med tiden, inte minst för fast protetik. Det har till och med varit tal om att merparten av stödet till tandvård skulle upphöra.

Tandhygienister (cirka 100 registrerade) och tandtekniker får inte arbeta självständigt på patienter. Kvalifikationskraven för yrkesbehörighet skiljer sig något mellan olika delstater.

4 Vårdkostnader

Enligt OECD ökar sjukvårdsutgifterna rekordartat i de 30 industriländer som hör till organisationen. Kostnaderna för ny teknologi och läkemedel uppges vara de främsta orsakerna. Trots sjukvårdens expansion täcker utbudet inte efterfrågan – det blir köer, särskilt i Storbritannien, de nordiska länderna och Spanien.

OECD:s statistik omfattar även tandvårdskostnader. Senaste statistik finns i *OECD Health Data 2003* (OECD 2003). Information kan fås även från Council of European Chief Dental Officers (2003) och WHO Oral Health Country/Area Profile Programme (2003). Gemensamt för källorna är att det inte alltid finns aktuella uppgifter för alla länder. Det händer också att databaserna har fått olika besked från ett och samma land.

Tabell B 2.3 visar OECD-statistik som även innehåller uppgifter om tandvårdskostnader per invånare. Av översiktens sex närmare beskrivna länder har Norge och Storbritannien inte lämnat uppgifter till OECD sedan början av 1990-talet (liksom för övrigt inte heller Sverige) och uppgifter för dem visas därför inte. I stället har Schweiz

och USA tagits med som jämförelse. Däremot visas de uppgifter från 1992 som finns för Sverige.

Med tandvårdskostnader avses de totala tandvårdskostnaderna i ett land, det vill säga patientavgifter, försäkringsersättningar, subventioner till barntandvård med mera

Tabell B 2.3 De totala tandvårdskostnadernas andel av bruttonationalprodukten (BNP) och av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna samt tandvårdskostnaderna per invånare i sju länder

Land	År	Tandvårdskostnadernas andel (%) av		Tandvårdskostnader/invånare US \$
		BNP	totala sjukvårdskostnader	
Danmark	2001	0,5	6,2	159
Finland	2001	0,4	6,4	105
Nederländerna	2001	0,3	3,8	82
Schweiz	2000	0,7	6,6	234
Sverige	1992	0,8	9,8	249
Tyskland	2001	0,9	7,9	191
USA	2001	0,7	4,7	230

Källa: OECD (2003)

De höga tandvårdskostnaderna per invånare i Schweiz och USA följer mönstret i ländernas övriga hälso- och sjukvård och i det avseendet ligger de båda högst av alla OECD-länder. Tandvårdskostnaderna per invånare är fortfarande höga även i Tyskland fast de genom sparåtgärder har gått ner sedan 1990-talet (283 US-dollar per invånare år 1996). De svenska siffrorna från 1992 kan inte utan vidare jämföras med andra länders senare siffror – förändringar kan ha skett under tioårsperioden både uppåt och nedåt i alla länder. Som exempel kan nämnas att svenska statens subvention av tand-

vården har minskat successivt under 1990-talet medan tandvårdens totalkostnader har stigit kraftigt sedan prisregleringen upphörde år 1999. Enligt Konkurrensverket har tandvårdskostnadernas andel av BNP sjunkit till ungefär 0,6 procent 2001.

5 Tandhälsa

Tandhälsotillståndet skiljer sig kraftigt mellan unga och gamla människor. När dagens äldre var unga, var kunskaperna om förebyggande tandvård små. Munhygienen hade inte den betydelse den har idag och tandkrämer innehöll inte fluor. Det var inte vanligt att regelbundet besöka tandläkare för kontroller. Om man fick tandvärk, hände det ofta att patienten föredrog att låta tanden dras ut. Äldre människor har ofta förlorat många tänder och de tänder som är kvar har fyllningar.

Läget är ett helt annat idag. Barn, ungdomar, unga vuxna och även många medelålders människor har mycket god tandhälsa. Även i länder som inte har satsat lika kraftigt på systematisk tandvård för alla barn som de nordiska länderna (särskilt Sverige) börjar barnens tandhälsa nå samma höga nivå som i Norden. Det förklaras oftast med det utbredda användandet av fluortandkräm. Ett ökat intresse för personlig hygien och eget utseende har bidragit till goda dagliga tandvårdsvanor – något som i de allra flesta fallen är av större betydelse för tandhälsan än tandläkarbesöken.

De flesta länder i världen redovisar tandhälsan hos sina 12-åringar. Uppgifterna samlas i en WHO-databas som finns på tandläkarhögskolan i Malmö (WHO, 2003).

Tabell B 2.4 visar 12-åringars tandhälsa i sju länder. Tandhälsan beskrivs med hjälp av ett DMFT-index (Decayed, Missed, Filled Teeth) som anger antalet skadade eller fyllda tänder per individ:

Ju lägre tal desto bättre tandhälsa. Uppgifterna kommer från WHO och OECD, beroende på var den senast redovisade uppgiften finns. Det globala medelvärdet för de länder som redovisas av WHO var 1,7 för år 2001.

Tabell B 2.4 DMFT-index för 12-åringar i sju länder

Land	År	DMFT
Danmark	2001	0,9
Finland	2000	1,2
Norge	2001	1,6
Storbritannien	2000	0,9
Nederländerna	1999	1,0
Tyskland	2000	1,2
Sverige	2002	1,1

Källa: WHO (2003) och OECD (2003)

Jämförbarheten mellan uppgifterna kan diskuteras – undersökningarna har skett på olika sätt och de diagnostiska kriterierna kan ha varit något varierande – men det verkar ändå som om tandhälsnivån hos ungdomar i Europa är relativt homogen. Statistiken visar en markant förbättring under de senaste två decennierna. Som exempel kan nämnas att indexvärdet var 6,4 i Tyskland 1980 och 4,0 respektive 3,2 i Finland och Sverige 1982. En mycket stor förbättring skedde i Belgien där värdet 1983 var 7,5 men 1998 bara 1,6.

Tandhälsouppgifter för barn och ungdom dokumenteras regelmässigt av tandvårdspersonal i berörda länder. Det är mycket svårare, och dyrare, att få motsvarande uppgifter om de vuxnas tandhälsa, särskilt om ambitionen är att få en representativ bild av hela landet. Här tillgrips därför oftast enkät- eller intervjuundersökningar. En vanlig fråga i sådana sammanhang är om personen har några egna tänder kvar. Council of European Chief Dental Officers (2003) har sammanställt dessa uppgifter från olika länder.

Tabell B 2.5 visar hur stor andel som är tandlösa av personer som är 65 år eller äldre.

Tabell B 2.5 Andelen tandlösa personer som är 65 år eller äldre i sju länder

Land	År	Andelen tandlösa personer 65 år och äldre (%)
Danmark	1998	46
Finland	1998	41
Norge	2000	40
Storbritannien	2000	36
Nederländerna	2000	17
Tyskland	2000	25
Sverige	2000	16

Källa: Council of European Chief Dental Officers (2003)

Det bör påpekas att undersökningarna har gjorts under olika omständigheter och kan ha gällt grupper som inte alltid är representativa för hela landets befolkning. Tandlöshet är resultat av långvarig ohälsa i munnen. Den återspeglar förhållanden och beteenden i gångna tider då det ofta saknades ekonomiska möjligheter att låta laga tänder i stället för att dra ut dem. I varje land sjunker andelen tandlösa i samma takt som de äldre generationerna går bort.

6 Sammanfattande kommentar

Tandvårdens organisation i Europa uppvisar skillnader mellan länderna bland annat i fråga om graden av samhällsättagande, samspelet mellan yrkeskategorierna och tandvårdens verksamhetsformer. Länderna har dock även en del gemensamt, inte minst problem med höga och fortsatt stigande tandvårdskostnader. Gemensamt är också ambitionen att sörja för en infrastruktur som kan erbjuda nödvändig vård till rimliga priser. Det finns även en allmän strävan att stärka patienternas/konsumenternas ställning på tandvårdsmarknaden.

6.1 Yrkestillhörighet och verksamhetsformer

Översikten visar att tandhygienister (till exempel i Nederländerna) och tandtekniker (till exempel i Finland) med tilläggsutbildning har rätt att utföra fler behandlingsåtgärder än vad de får göra i Sverige. Det kan diskuteras om den svenska begränsningen är ändamålsenlig – eller enbart ett hinder mot billigare vård. Eftersom unga människor allmänt har bättre tandhälsa än äldre, skulle man kunna tänka sig att tandhygienister i växande utsträckning skulle klara av att sköta om patienternas regelbundna "underhåll" och även göra de små fyllningar som behövs. Den möjligheten borde kunna prövas även i Sverige.

Med tandteknikers självständiga patientarbete förhåller det sig tvärtom. Den marknad där tandtekniker (denturister) i flera länder gör helproteser direkt på patienter krymper i takt med att tandlösheten blir allt mer sällsynt. (Denturister har inte funnits i Sverige och en sådan tilläggsutbildning är inte aktuell enligt besked från Dentallaboratoriernas riksförening.) Däremot blir tandteknikers arbete allt mer avancerat i industriländerna. De högteknologiska lösningar som numera används för att ersätta förlusten av en eller flera tänder kräver en gemensam arbetsinsats från tandläkare och tandtekniker.

Tandvårdsföretag som drivs av andra än vårdpersonalen själva är sällsynta även i länder där sådant inte är förbjudet. Det kan finnas stordriftsfördelar: kompetenser under samma tak etc. borde kunna göra alla till vinnare, även patienterna. Ett exempel på stordriftsfördelar är den svenska folktandvårdens erbjudande om abonnemangstandvård (all tandvård under en period mot fast premie). Här krävs ett stort patientunderlag för att jämna ut skillnader i patienters olika vårdbehov. I förlängningen av tanken nyss att ge tandhygienister vidgad behörighet går det exempelvis att föreställa sig en typ av företag som utnyttjar huvudsakligen sådan arbetskraft i en verksamhet med tonvikt på regelbunden "underhållstandvård" och med viss tandläkarkompetens för expertstöd.

6.2 Det strategiska valet mellan privat och offentligt

Det finns inte några goda exempel att lyfta fram i Europa där tandvården skulle fungera som en normal marknad och priserna hållas nere genom konkurrens. I flera länder har man valt att lyfta fram avreglering och patienternas fria val som det i grunden positiva. Patienterna får betala en allt större andel av kostnaderna.

En annan linje är att förstärka de offentliga vårdformerna (såsom hälsocentralerna i Finland) eller erbjuda privattandvården att ta hand om patienter mot så kallad kapitationsersättning, det vill säga en fast ersättning per individ, som man börjat med i Spanien (Cortes et al., 2003). Detta ger också myndigheterna rätt att kräva information om patienters behov, vårdkostnader och vårdens resultat – allt sådan information som behövs för att kunna följa upp med cost-benefit analyser.

Det förefaller inte finnas något starkt samband mellan tandhälsa å ena sidan och tandvårdens finansiering och organisation å andra sidan. Systemen har sina rötter i ländernas olika hälsovårdspolitiska traditioner. Den privata sektorn har av hävd en stark ställning i flera länder medan man i andra länder har satsat mer på åtaganden i

offentlig regi. Vill man förändra systemen krävs det därför mycket tid. Den försiktiga slutkommentaren får därför bli att tandvården i Europa på sikt sannolikt kommer att utvecklas i riktning mot ett mera homogent system som bygger på en blandning av offentlig styrning och marknadsinslag.

Referenser

- Competition Authority, 2003, *The Professions Study*. www.tca.ie.
- Cortes, F. J., Ramon, J. M. och Cuenca, E., 2003, Impact of free basic dental treatment in Navarra (Spain) on the frequency of dental attending. Abstract. *Community Dental Health* 20, 196.
- Council of European Chief Dental Officers, 2003, www.cecdо.org.
- Dental Liaison Committee, 2000, *EU Manual of Dental Practice 2000*, www.eudental.org.
- Grytten, J., 1992, Supplier inducement – its relative effect on demand and utilization. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 20, 6-9.
- Grytten, J. och Sørensen, R., 2000, Competition and dental services. *Health Economics* 9, 447-461.
- OECD, 2003, *Health Data 2003*. www.oedc.org.
- Office of Fair Trading, 2003a, *The private dentistry market in the UK*, www.oft.gov.uk.
- Office of Fair Trading, 2003b, *The private dentistry market in the UK. Study case: Liberalisation of dental hygienists in the Netherlands*, www.oft.gov.uk.
- Olsson, C., 1999, Supplier induced demand: An analysis of the Swedish dental care market. I *Essays in the economics of dental insurance and dental health*, Umeå Economic Studies 490, Doktorsavhandling, Umeå universitet.
- WHO, 2003, *CAPP:WHO Oral Health Country/Area Profile Programme*, www.whocollab.od.mah.se.
- World Dental Federation, 2003, www.fdiworldental.org.

Bilaga 3 Intervjuer

Karin Bengtsson, tandvårdschef, Region Skåne
Lars Björnmark, Försäkringskassan Skåne
Agneta Ekman, medicinalråd, Socialstyrelsen
Susanne Fagerberg, enhetschef, Riksförsäkringsverket
Tomas Forss, tandvårdsdirektör, Region Skåne
Hans Hellström, enhetschef, Stockholms läns landsting
Jan Håkansson, övertandläkare, Riksförsäkringsverket
Klas Lindström, avtalschef, Landstinget i Östergötland
Svante Lönnbark, tandvårdschef, Landstinget Gävleborg
Agneta Marcks von Würtemberg, enhetschef, Praktikertjänst AB
Dan Nilsson, Sveriges Privattandläkarförening
Lennart Nordgren, VD, Sveriges Privattandläkarförening
Raimo Pälvärinne, tandvårdsdirektör, Landstinget i Östergötland
Gunnel Sundqvist, controller, Stockholms läns landsting
Håkan Vestergren, utredare, Landstingsförbundet
Anitha Wijkström, ordförande, Sveriges tandhygienistförening

Bilaga 4 Enkät till landstingen

1(6)

KONKURRENSVERKET
Avdelningen för ekonomisk analys

TANDVÅRD
Beställare
2003-09

Dnr 172/2003

Landsting nr

Landsting/motsvarande	Uppgiftslämnare (befattning och namn)
Postutdelningsadress	Telefon (riktnr-abonentnr)
Postnr och adressort	E-postadress

1 Har landstinget en organisation som skiljer på funktionen som beställare och funktionen som utförare av tandvård? JA NEJ

Om NEJ, gå till fråga 2.

Om JA:

1.1 På vilka nivåer har uppdelningen gjorts?

- 1 Skilda nämnder eller motsvarande i den politiska organisationen
- 2 Skilda enheter i förvaltningen

1.2 Beskriv organisationen schematiskt.

1.3 Vilka uppgifter och vilket ansvar har beställarenheten i förvaltningen?

2(6)

KONKURRENSVERKET
Avdelningen för ekonomisk analys

TANDVÅRD
Beställare
2003-09

Dnr 172/2003

Landsting nr

- 2 Hur stora var landstingets kostnader 2002 för köp av tandvård från folktandvården och andra vårdgivare, fördelade på olika verksamhetsområden?**
Enligt 8 a § skall landstinget svara för uppsökande verksamhet bland äldre och funktionshindrade och för att nödvändig tandvård erbjuds dessa patienter. Landstinget skall vidare se till att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.

	Folktandvården tkr	Andra vårdgivare tkr
1 Allmäntandvård, vuxna		
2 Allmäntandvård, barn och ungdomar		
3 Specialisttandvård, vuxna		
4 Specialisttandvård, barn och ungdomar		
5 Tandvård enligt 8 a § tandvårdslagen		
6 Övrigt		
7 Totalt		

Landsting med beställarenhet:

- 3 Hur stor andel av landstingets totala kostnader 2002 för köp av tandvård enligt fråga 2, punkt 7, svarade beställarenheten för?**

	Procent
1 Folktandvården	
2 Andra vårdgivare	

- 4 Hur stora var kostnaderna 2002 för tandvård som upphandlats av landstinget från folktandvården och andra vårdgivare, fördelade på tandvård enligt 8 a § tandvårdslagen, tandreglering och annan tandvård?**

	Folktandvården tkr	Andra vårdgivare tkr
1 Uppsökande verksamhet		
2 Nödvändig tandvård		
3 Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling		
4 Tandreglering		
5 Annan tandvård (anges):		
6 Totalt		

KONKURRENSVERKET
Avdelningen för ekonomisk analys

TANDVÅRD
Beställare
2003-09

Dnr 172/2003

Landsting nr

5 Hur stora var landstingets kostnader för köp av tandvård från folktandvården och andra vårdgivare under perioden 1997-2002?

	Folktandvården tkr	Andra vårdgivare tkr
1997		
1998		
1999		
2000		
2001		
2002		

6 Hur stor var landstingets ersättning från kommunkontosystemet 2002 för ingående mervärdesskatt i folktandvården och hur mycket återfördes till folktandvården, fördelat på vuxentandvård och barn- och ungdomstandvård?

	Vuxna tkr	Barn och ungdomar tkr
1 Ersättning till landstinget		
2 Återfört till folktandvården		

7 Hur stor var landstingets ersättning från mervärdesskattekonto vid upphandling av tandvård 2002 och hur mycket fick entreprenörerna i kompensation?

Vid upphandling av tandvård har landstingen rätt till ersättning från mervärdesskattekonto med 6 procent för ökade kostnader till följd av bestämmelserna om mervärdesskatt.

	tkr
1 Ersättning till landstinget	
2 Kompensation till entreprenörerna	

4(6)

KONKURRENSVERKET
Avdelningen för ekonomisk analys

TANDVÅRD
Beställare
2003-09

Dnr 172/2003

Landsting nr

<p>8.1 Beskriv landstingets system för ersättning till folktandvården och privata vårdgivare för allmän barn- och ungdomstandvård.</p>					
<p>8.2 Tillämpas olika ersättningar för barn i olika åldrar, geografiska områden etc? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p><u>Om JA</u>, efter vilka kriterier bestäms ersättningen?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ålder</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Geografiskt område</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Annat kriterium (anges):</p>					
<p>8.3 Vilken ersättning lämnar landstinget till folktandvården och de privata vårdgivarna räknat per barn och år inom respektive kategori?</p>					
<p>8.4 Tillskjuter landstinget extra medel till en riskpott utöver ersättningen enligt fråga 8.3? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p><u>Om JA</u>, hur mycket tillskjuter landstinget per barn?</p>					
<p>9.1 Hur stor andel av befolkningen i åldern 0-19 år besökte folktandvården eller andra vårdgivare 2002 för undersökning vid revisionstillfället, dvs. hur stor var täckningsgraden bland barn och ungdomar?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td>Procent</td> </tr> <tr> <td>Täckningsgrad bland barn och ungdomar</td> <td></td> </tr> </table>			Procent	Täckningsgrad bland barn och ungdomar	
	Procent				
Täckningsgrad bland barn och ungdomar					

KONKURRENSVERKET
Avdelningen för ekonomisk analys

TANDVÅRD
Beställare
2003-09

Dnr 172/2003

Landsting nr

9.2 Hur många privata vårdgivare fick 2002 ersättning för allmäntandvård för barn och ungdomar och hur många patienter omfattades?

	Antal privata vårdgivare	Antal patienter
Allmäntandvård för barn och ungdomar		

9.3 Hur stor ersättning fick folktandvården 2002 för sitt områdesansvar i allmäntandvården för barn och ungdomar och hur många patienter omfattades?

	Ersättning till folktandvården tkr	Antal patienter
Områdesansvar för barn och ungdomar		

10 I vilken utsträckning anser ni att det förekommer priskonkurrens på marknaden för allmäntandvård för vuxna?

- 1 Praktiskt taget ingen priskonkurrens
- 2 Mycket liten priskonkurrens
- 3 Begränsad priskonkurrens
- 4 Betydande priskonkurrens

11.1 Anser ni att folktandvården har bättre eller sämre konkurrensvillkor än privattandvården?

- 1 Bättre villkor
- 2 Sämre villkor
- 3 Samma villkor

6(6)

KONKURRENSVERKET
Avdelningen för ekonomisk analys

TANDVÅRD
Beställare
2003-09

Dnr 172/2003

Landsting nr

11.2 I vilka avseenden är konkurrensvillkoren bättre och i vilka avseenden är de sämre?

KONKURRENSVERKET
Avdelningen för ekonomisk analys

TANDVÅRD
Folktandvården
2003-09

Dnr 172/2003

Landsling nr

Landsting/motsvarande	Uppgiftslämnare (befattning och namn)
Postutdelningsadress	Telefon (riktnr-abonnentnr)
Postnr och adressort	E-postadress

1 Hur många tandvårdsmottagningar fanns det inom folktandvården i landstinget den 1 juli 2003 och hur många erbjöd allmäntandvård och/eller specialisttandvård?

	Antal mottagningar
1 Allmäntandvård	
2 Specialisttandvård	
3 Både allmäntandvård och specialisttandvård	
4 Totalt	

2 Vilket ekonomiskt resultatansvar har folktandvården i landstinget och i vilken utsträckning är det decentraliserat till klinikerna/mottagningarna?

2(7)

KONKURRENSVERKET
Avdelningen för ekonomisk analys

TANDVÅRD
Folktandvården
2003-09

Dnr 172/2003

Landsting nr

<p>3 Har landstinget knoppat av några tandvårdskliniker under perioden 1999-2003? <i>Med avknoppning menas att anställda startar eget genom att överta verksamhet som drivs av landstinget.</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p><u>Om JA</u>, ange antalet avknoppade kliniker. <input style="width: 50px;" type="text"/></p>																	
<p>4 Har några tandläkare lämnat folktandvården för att starta egen verksamhet på den svenska marknaden för tandvård under perioden 1999-2003?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p><u>Om JA</u>, ange antalet tandläkare som startat eget. <input style="width: 50px;" type="text"/></p>																	
<p>5 Har några tandläkare lämnat folktandvården för att arbeta i tandvården utomlands under perioden 1999-2003?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p><u>Om JA</u>, ange antalet tandläkare som flyttat utomlands. <input style="width: 50px;" type="text"/></p>																	
<p>6 Hur stor var folktandvårdens omsättning av egen produktion i tandvården 2002, fördelad på olika verksamhetsområden? <i>Omsättningen anges inklusive ersättning från tandvårdsförsäkringen, statsbidrag och anslag eller ersättning från landstinget till folktandvården.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Omsättning tkr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Allmäntandvård, vuxna</td> <td><input style="width: 80%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2 Allmäntandvård, barn och ungdomar</td> <td><input style="width: 80%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3 Specialistandvård, vuxna</td> <td><input style="width: 80%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>4 Specialistandvård, barn och ungdomar</td> <td><input style="width: 80%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>5 Tandvård för särskilda grupper</td> <td><input style="width: 80%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>6 Övrigt</td> <td><input style="width: 80%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>7 Totalt</td> <td><input style="width: 80%;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>			Omsättning tkr	1 Allmäntandvård, vuxna	<input style="width: 80%;" type="text"/>	2 Allmäntandvård, barn och ungdomar	<input style="width: 80%;" type="text"/>	3 Specialistandvård, vuxna	<input style="width: 80%;" type="text"/>	4 Specialistandvård, barn och ungdomar	<input style="width: 80%;" type="text"/>	5 Tandvård för särskilda grupper	<input style="width: 80%;" type="text"/>	6 Övrigt	<input style="width: 80%;" type="text"/>	7 Totalt	<input style="width: 80%;" type="text"/>
	Omsättning tkr																
1 Allmäntandvård, vuxna	<input style="width: 80%;" type="text"/>																
2 Allmäntandvård, barn och ungdomar	<input style="width: 80%;" type="text"/>																
3 Specialistandvård, vuxna	<input style="width: 80%;" type="text"/>																
4 Specialistandvård, barn och ungdomar	<input style="width: 80%;" type="text"/>																
5 Tandvård för särskilda grupper	<input style="width: 80%;" type="text"/>																
6 Övrigt	<input style="width: 80%;" type="text"/>																
7 Totalt	<input style="width: 80%;" type="text"/>																

KONKURRENSVERKET
Avdelningen för ekonomisk analys

TANDVÅRD
Folktandvården
2003-09

Dnr 172/2003

Landsting nr

7 Hur fördelade sig den totala omsättningen i tandvården 2002 enligt fråga 6, punkt 7, på olika slag av intäkter?

Med statsbidrag avses det tandvårdsstöd för särskilda grupper som administreras av landstingen.

	Intäkter tkr
1 Patientavgifter	
2 Försäkringsersättning	
3 Statsbidrag	
4 Anslag från landstinget/ersättning för uppdrag	
5 Övriga intäkter	
6 Totalt	

8.1 Hur mycket investerade landstinget i tandvården under perioden 1997-2002?

Investeringarna skall avse utgifter i löpande priser för köp av lokaler, inventarier, dental utrustning och IT.

	Investeringar tkr
1997	
1998	
1999	
2000	
2001	
2002	

8.2 Hur har landstingsgemensamma investeringar, t.ex. investeringar i administrativa system, fördelats på folktandvården och landstinget i övrigt under perioden 1997-2002?

Ange de principer som tillämpats och om principerna ändrats under perioden.

4(7)

KONKURRENSVERKET
Avdelningen för ekonomisk analys

TANDVÅRD
Folktandvården
2003-09

Dnr 172/2003

Landsting nr

8.3 Hur fördelade sig investeringarna enligt fråga 8.1 på dental utrustning och IT under perioden 1999-2002?

	Dental utrustning tkr	IT tkr	Övrigt tkr
1999			
2000			
2001			
2002			

9 Hur stora kostnader hade landstinget, direkt och indirekt, för kompetensutveckling av personal inom folktandvården under perioden 1997-2002?

Indirekta kostnader kan t.ex. avse kostnader till följd av frånvaro i samband med utbildning. Kompetensutveckling på fritid utan lön tas inte med.

	Kompetens- utveckling tkr
1997	
1998	
1999	
2000	
2001	
2002	

10.1 Har folktandvården svårt att rekrytera personal?

JA NEJ

Om JA, inom vilka kategorier?

- 1 Tandläkare inom allmäntandvård
- 2 Tandläkare inom specialistandvård
- 3 Tandhygienister
- 4 Tandtekniker
- 5 Tandsköterskor

KONKURRENSVERKET
Avdelningen för ekonomisk analys

TANDVÅRD
Folktandvården
2003-09

Dnr 172/2003

Landsting nr

10.2 Hur många personer (årsarbetare) inom följande personalkategorier skulle folktandvården behöva anställa för att tillgodose efterfrågan på tandvård?

Antalet årsarbetare beräknas som summa sysselsättningsgrad dividerad med summa normalarbetstid per år.

	Antal årsarbetare
1 Tandläkare i allmäntandvård	
2 Tandläkare i specialisttandvård	
3 Tandhygienister	
4 Tandtekniker	
5 Tandsköterskor	

11 Hur många patienter behandlades inom folktandvården 2002?

Frågan avser färdigbehandlade patienter.

	Antal patienter
1 Vuxna	
2 Barn och ungdomar	

12 Vilka prissättningsprinciper tillämpar landstinget inom allmäntandvården för vuxna?

*Åtgärderna nedan definieras enligt förordningen om tandvårdstaxa.
Undersökning och förebyggande åtgärder: avdelning A, bastandvård, grupp 1 och 2
Reparativa åtgärder: avdelning A, bastandvård, grupp 3, 4 och 9
Protetiska åtgärder: avdelning B, protetik och tandreglering*

- 1 Priserna skall ge full kostnadstäckning för varje särskild åtgärd
- 2 Undersökning och förebyggande åtgärder prissätts lägre och övriga åtgärder högre än vad som behövs för full Kostnadstäckning
- 3 Undersökning, förebyggande och reparativa åtgärder prissätts lägre och protetiska åtgärder högre än vad som behövs för full kostnadstäckning
- 4 Protetiska åtgärder prissätts lägre och övriga åtgärder högre än vad som behövs för full kostnadstäckning
- 5 Annan princip, nämligen:

6(7)

KONKURRENSVERKET
Avdelningen för ekonomisk analys

TANDVÅRD
Folktandvården
2003-09

Dnr 172/2003

Landsting nr

<p>13 Tillämpar folktandvården olika prislister i allmäntandvården och specialisttandvården? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p><u>Om JA</u>, hur stor är den genomsnittliga skillnaden mellan prislistorna, totalt och för protetiska åtgärder?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Procent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Prisskillnad totalt</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 Prisskillnad protetiska åtgärder</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Bifoga gällande prislister.</p>			Procent	1 Prisskillnad totalt		2 Prisskillnad protetiska åtgärder	
	Procent						
1 Prisskillnad totalt							
2 Prisskillnad protetiska åtgärder							
<p>14 Tillämpar folktandvården samma priser i den <i>nödvändiga</i> tandvården för äldre och funktionshindrade, i den tandvård som är ett led i en <i>sjukdomsbehandling</i> och i <i>allmäntandvården</i> för vuxna? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p><i>Enligt tandvårdslagen 8 a § skall landstinget svara för att nödvändig tandvård erbjuds patienterna i samband med uppsökande verksamhet. Landstinget skall vidare se till att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid. Frågan avser generellt tillämpade priser.</i></p> <p><u>Om NEJ</u>, vilka skillnader finns?</p>							
<p>15 Vilka patientgrupper har möjlighet att teckna abonnemang på tandvård inom folktandvården? <i>Frågan avser abonnemang som ersätts av tandvårdsförsäkringen.</i></p>							
<p>16 Erbjuder folktandvården andra avtal än abonnemang med fast pris till patienterna? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p><u>Om JA</u>, på vilket sätt skiljer sig avtalen från abonnemang?</p>							

KONKURRENSVERKET
Avdelningen för ekonomisk analys

TANDVÅRD
Folktandvården
2003-09

Dnr 172/2003

Landsting nr

17 I vilken utsträckning anser ni att det förekommer priskonkurrens på marknaden för allmäntandvård för vuxna?

- 1 Praktiskt taget ingen priskonkurrens
- 2 Mycket liten priskonkurrens
- 3 Begränsad priskonkurrens
- 4 Betydande priskonkurrens

18.1 Anser ni att folktandvården har bättre eller sämre konkurrensvillkor än privattandvården?

- 1 Bättre villkor
- 2 Sämre villkor
- 3 Samma villkor

18.2 I vilka avseenden är konkurrensvillkoren bättre och i vilka avseenden är de sämre?