

Hål i plånboken: Hur kan man försäkra sig mot höga tandvårdskostnader?

ERIK GRÖNQVIST

är filosofie doktor och forskare i nationalekonomi vid Centrum för hälsoekonomi, Handelshögskolan i Stockholm. Han är även knuten till IFAU. Hans forskning är empiriskt inriktad och rör hälsoekonomi, asymmetrisk information och försäkringar. erik.gronqvist@hhs.se

Hur ska ett effektivt försäkringsskydd för tandvård utformas? Svaret beror i stor uträkning på om det finns asymmetrisk information om hälsorisker och olika slag av beteenden. Går folk oftare till tandläkaren och borstar de tänderna sämre om tandvård är gratis? Vet patienten mer om sin tandhälsa än tandläkaren? Väljer tandläkare de behandlingsalternativ som är lönsammast för dem själva bland de alternativ som är medicinskt motiverade? I artikeln visas empiriskt att flera av dessa farhågor måste tas på allvar då efterfrågan på tandvård stiger kraftigt när kostnaderna kan vältras över på andra än patienten. Slutsatsen är att tandvårdsförsäkringen inte ska subventionera låga fasta kostnader. I stället bör subventionsgraden vara ökande i behandlingskostnaden, men patienten bör hela tiden bära en egen andel av kostnaderna.

Möjligheten att försäkra individer mot en oönskad risk att drabbas av höga tandvårdskostnader beror till stor del på om det föreligger någon form av asymmetrisk information mellan patienten, tandläkaren och en tredjepartsfinansiär – försäkringskassa, landsting eller försäkringsbolag. Informationsasymmetrin kan röra egna preventiva aktiviteter, hälsorisker, faktiskt hälsotillstånd, eller vårdbehov – som alla kan ge upphov till incitament som får icke önskvärda konsekvenser. Detta är frågor som alla måste studeras empiriskt.

Incitamenten inom hälso- och sjukvården är dessutom speciella eftersom det många gånger inte är konsumenten som betalar producenten för dennes tjänster; något som kan beskrivas som en försäkringssituation där försäkringsbeloppet betalas ut i natura, och där olika försäkrings- och ersättningssystem ger olika slags incitament.

Hur omfattande är problemet med asymmetrisk information inom tandvården? I denna artikel redogörs för mekanismerna bakom och den empiriska forskningen kring ogynnsamt urval (adverse selection), moralisk risk (moral hazard) och utbudsstyrd efterfrågan. Dessutom diskuteras vilka lärdomar man kan dra när det gäller framtida reformer av tandvårdsfinansieringen. Den svenska tandvården är intressant eftersom den innehåller betydligt fler inslag av konkurrens och privata alternativ än annan sjukvård. Patienterna betalar också själva en betydande del av kostnaden för den vård som konsumeras och möter därmed en tydlig risk för att drabbas av höga tandvårdskostnader.

Artikeln har gagnats av diskussioner med redaktör Jonas Vlachos och chefovvertandläkare Lars Gahnberg.

1. Hur har tandvårdsförsäkringen sett ut?

Sedan 1974 omfattas både folktandvården och den privata tandvården av en allmän tandvårdsförsäkring.¹ 1999 infördes en ny allmän tandvårdsförsäkring med en ersättning per åtgärd som motsvarade 30 procent (60 procent för protetik) av de tandvårdspriser som gällde (Regeringens proposition 1997/98:112).² Det innebär att personer med höga tandvårdskostnader i dag får en lika stor andel av sina kostnader täckta som patienter med låga tandvårdskostnader. Samtidigt som den nya tandvårdsförsäkringen infördes avreglerades de tidigare reglerade tandvårdspriserna, och alltmedan priserna stigit kraftigt har ersättningsnivån i försäkringen varit oförändrad.³ Det innebär att många grupper i dag möter en betydande risk för höga tandvårdskostnader.⁴

För att möta individens tandvårdsrisker erbjuder folktandvården i flera landsting sedan slutet av 1990-talet någon form av abonnemangstandvård. Den kan beskrivas som ett frivilligt försäkringsliknande kontrakt där patienten erbjuds fri tandvård till en fast årlig kostnad, där priset bestäms efter en riskbedömning av patienten. Till kontrakten kan även preventiva insatser kopplas för att begränsa framtida risker. Under mitten av 1990-talet erbjöd också flera försäkringsbolag privata tandvårdsförsäkringar i samarbete med privattandvården. De var utformade så att de täckte upp patienternas egenandel i den allmänna försäkringen och ersatte de behandlande tandläkarna efter prestation. Dessa försäkringar upphörde efter ett par år på grund av höga kostnader och ökande premier.

2. Vilket försäkringsskydd behövs inom tandvården?

Ett ensamstående hushåll med barn lade 2003 i genomsnitt ner 700 kronor på tandvård, motsvarande summa för ensamstående utan barn var 730 kronor (SCB 2003). Folkhälsoinstitutet (2005) har samtidigt visat att grupper med ekonomiska svårigheter kan avstå från att gå till tandläkaren av ekonomiska skäl: 21 procent av ensamstående kvinnor och 22 procent av ensamstående män avstår från att gå till tandläkaren. 700 kronor om året för tandvård kan tyckas vara en liten summa, särskilt om man jämför med att ensamstående

¹ Den allmänna tandvårdsförsäkringen innehöll initialt ett progressivt försäkringsskydd upp till 75 procent av tandvårdskostnaderna, och såväl folktandvården som privata tandläkare är kopplade till försäkringen. Förutom ett generellt försäkringsskydd innebar den också att tandvårdspriserna – för tandvård utförd inom försäkringen – reglerades. Successivt blev försäkringen allt mindre generös för att begränsa statens kostnader.

² Ersättningsnivåerna kan skilja sig mellan olika åldersgrupper. För individer över 29 år utgår exempelvis ingen ersättning för undersökningar. Mellan åren 1999 och 2002 fanns också karensbelopp för protetisk tandvård.

³ Under perioden december 1998 till april 2004 steg priserna inom privattandvården (folktandvården) med mellan 11 och 125 (9 och 102) procent, och har enligt Försäkringskassans senaste prisstudie fortsatt att stiga snabbare än övriga konsumentpriser (Försäkringskassan 2004, 2005).

⁴ En gynnad grupp är emellertid ålderspensionärerna. 2002 infördes den s k 65plus-reformen som innebar ett högkostnadsskydd på 7 700 kronor för protetisk tandvård för personer äldre än 64 år.

med barn lägger ner 1 360 kronor om året enbart på läskedrycker. Problemet med jämförelsen är att tandvård är en osäker utgift: den kan bli lägre men den kan bli långt mycket högre om oturen är framme. Om en 35-årig individ exempelvis råkar bita sönder en tidigare lagad tand som måste rotfyllas och ges en keramisk krona kostar det i genomsnitt 8 381 kronor inom privattandvården, och om det visar sig att tanden inte går att rotfylla utan att man måste sätta in ett implantat kostar behandlingen i stället 14 786 kronor, alltså betydligt större summor än 700 kronor (Försäkringskassan 2005).

Grunden för alla typer av försäkringar bygger på att människor är riskovilliga och vill undvika att exponeras för oönskad risk. För en enskild individ är ett aktuariiskt rättvist försäkringsskydd alltid välfärdshöjande. Hon betalar hellre en mindre regelbunden summa – en försäkringspremie – än att tvingas betala en stor summa om oturen är framme. Detta gäller i synnerhet om oturen innebär en kostnad som tränger ut annan konsumtion, eller om kostnaden är så stor att individen inte har möjlighet att själv täcka den. Behovet av försäkringsskydd är med andra ord större när kostnaderna för den enskilde riskerar att bli höga.

Behovet av tandvård, och även annan sjukvård, har ofta karaktären av en risk: en för patienten oförutsebar händelse som inträffar med en låg sannolikhet – exempelvis att bita sönder en tand – men när det inträffar uppstår en kännbar kostnad. Även att få ett hål i en tand är i de flesta fall något oförutsett för individen som i genomsnitt kostar 1 814 kronor att laga. Visserligen kan individen påverka risken – sannolikheten att kariesangreppet blir ett hål – genom prevention, men om och när det inträffar är oförutsett. För denna typ av tandvård finns det utrymme för en försäkring, antingen en obligatorisk försäkring eller någon form av frivilliga kontrakt.

Annan typ av tandvård såsom regelbundna undersökningar eller förebyggande åtgärder har däremot mer karaktären av konsumtion. En individ kan förutse eller styra denna tandvård med hög sannolikhet och det finns därmed ingen risk att försäkra. Offentliga subventioner av konsumtion fyller mer funktionen av en inkomstomfördelning – från individer med bra ekonomi och individer som sällan går på undersökningar eller till tandhygienisten – och en prisstyrning mot viss typ av tandvård snarare än ett försäkringsskydd.

3. Ogyynnsamt urval

Om försäkringstagaren är bättre lämpad att bedöma sin risk än försäkringsgivaren kan detta leda till ett *ogyynnsamt urval*. Individer som vet att de har en lägre risk än vad försäkringsgivarens riskbedömning gör gällande är mindre benägna att teckna försäkring, eftersom de finner premien dyr i förhållande till sin risk. Då individer med låg risk lämnar försäkringen tvingas försäkringsgivaren att höja premien, varvid ännu fler individer finner försäkringen för dyr. Ett ogyynnsamt urval får till följd att tillgången till försäkringsskydd begränsas (Rothschild och Stiglitz 1976) eller helt upphör (Akerlof 1970).

Individerna vill köpa försäkringsskydd för att undvika riskexponering och försäkringsgivaren vill – men kan inte – erbjuda aktuariskt rättvisa försäkringspremier, dvs det uppstår ett slags marknadsmisslyckande. Problemet med skevt urval är specifikt för frivilliga försäkringslösningar.⁵

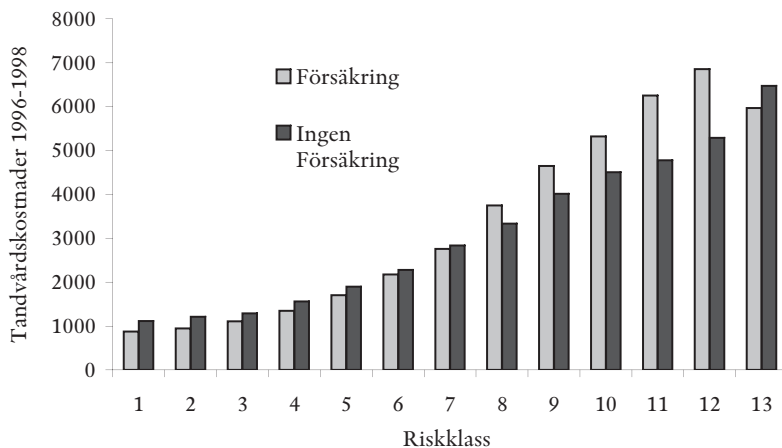
Kunskapen om hur omfattande problemen med asymmetrisk information är inom försäkringsbranschen i allmänhet, och för sjukvårdförsäkringar i synnerhet, är fortfarande relativt begränsad. Till stor del beror detta på metodproblem: det svårt att empiriskt särskilja ogynnsamt urval, moralisk risk och utbudsstyrd efterfrågan. Om man exempelvis observerar att individer med tandvårdsförsäkring också har högre tandvårdskostnader kan det bero på ett ogynnsamt urval, men det kan också bero på att försäkringen i sig leder till högre tandvårdskonsumtion. Metodproblemen följer sig av att den privata information som individen utnyttjar, och som kan ge upphov till moralisk risk och ogynnsamt urval, vanligtvis inte är observerbar för forskaren. Ett sätt att komma runt detta problem kan vara för forskaren att utnyttja någon form av policyexperiment.

Det finns endast ett fåtal studier av ogynnsamt urval inom tandvård. Godfried, Oosterbeek och van Tulder (2001) utnyttjar en policyreform i Holland: 1995 exkluderades tandvården ur den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen, och de privata försäkringsbolagen som driver försäkringen beslutade då att erbjuda sina kunder att teckna en tilläggsförsäkring för tandvård. Alla kunder erbjöds försäkring till samma premie; med andra ord, premien differentierades inte med avseende på risk. Resultaten indikerar att individer med sämre självrapporterad tandhälsa, och större tidigare tandvårdskonsumtion var mer benägna att teckna en tilläggsförsäkring för tandvård; dvs ett tecken på ogynnsamt urval.

I januari 1999 lanserade Folktandvården i Värmland möjligheten att teckna ett tandvårdsabonnemang, där patienterna erbjöds tandvård till en fast årlig kostnad och där preventiva insatser kopplades till kontrakten. Abonnemangstandvården påminner om en frivillig tandvårdsförsäkring. Grönqvist (2004) analyserar det initiala beslutet att teckna kontrakt där varje individs tandvårdsrisk approximeras till dennes egen tandvårdskonsumtion 1996 till 1998, dvs innan abonnemangstandvården lanserades. Analysen visar på olika resultat i olika riskklasser, se figur 1. Inom höga riskklasser är tandvårdsrisken högre för dem som tecknar kontrakt än för dem som väljer att avstå, vilket tyder på ett ogynnsamt urval. Inom låga riskklasser minskar däremot sannolikheten att teckna kontrakt med högre

⁵ Det finns olika sätt att hantera problemet med ogynnsamt urval, men de har alla ett pris. En förbättrad riskklassificering som utjämnar informationsasymmetrin så att varje grupp erbjuds egna försäkringsvillkor innebär en ökad kostnad för riskbedömning. En annan möjlighet kan vara för försäkringsgivarna att erbjuda olika typer av kontrakt – med hög respektive låg självrisk – där individerna själva avslöjar om de har hög eller låg risk, men det sker till priset av att vissa grupper inte får ett fullständigt försäkringsskydd (Rothschild och Stiglitz 1976). Ytterligare en möjlighet kan vara för försäkringsbolagen att erbjuda en gruppförsäkring till ett specifikt försäkringskollektiv, eller för staten att införa obligatoriska försäkringssystem. Även detta har ett pris; alla individer önskar inte samma försäkringsskydd – exempelvis pga att de har olika risknivåer – men tvingas trots det in i samma kollektiva lösning (Akerlof 1970).

Figur 1
Tandvårdskostnader
1996–1998 för indivi-
der som hade möjlig-
het att teckna abon-
nemangskontrakt i
Värmland 1999



Källa: Grönqvist (2004).

tandvårdsrisk, vilket tyder på ett gynnsamt urval. Resultaten tyder på att det finns olika typer av individer som köper försäkring; dels de som vet att de har en relativt hög risk och som därför finner försäkringen lönsam, och dels försiktiga individer som både ogillar ekonomiska risker och hälsorisker och som har en låg tandvårdsrisk just för att de är försiktiga. Även Cawley och Philipsson (1999) och Finkelstein och McGarry (2003) finner stöd för ett gynnsamt urval på de amerikanska livförsäkrings- och långvårdsförsäkringsmarknaderna. Ogynnsamt urval behöver, med andra ord, inte vara ett problem på en aggregerad nivå.

Inte heller när det gäller studier av sjukvårdsförsäkringar är resultaten entydiga. Cutler och Reber (1998) finner tydliga belägg för att ogynnsamt urval är ett problem bland de sjukvårdsförsäkringar som erbjuds anställda vid Harvard efter en policyreform: det mest generösa försäkringsalternativet upphörde redan efter tre år pga alltför höga skadekostnader eftersom försäkringen främst attraherade individer med hög risk. Även Thomasson (2001) och Finkelstein och Porterba (2002) finner resultat som är konsistent med ett ogynnsamt urval. Cameron och Trivedi (1991), Cardon och Hendel (2001), och Buchmueller och DiNardo (2002) finner däremot inte några betydande problem. Ogynnsamt urval är med andra ord ett potentiellt stort problem som måste beaktas, men behöver inte vara något problem i praktiken. Vid frivilliga kontraktlösningar är det viktigt att ha så homogena riskklasser som möjligt. Pauly m fl (2003) menar också att individers risk- och priselasticiteter är för låga för att ogynnsamt urval ska vara ett betydande problem.

4. Moralisk risk ex-ante

Om individers beteende förändras till följd av privat information kan det leda till *moralisk risk*. Den hälsoekonomiska litteraturen skiljer mellan mora-

lisk risk ex-ante och moralisk risk ex-post (Zweifel och Breyer 1997). När en individ täcks av en tandvårdsförsäkring minskar hennes ekonomiska konsekvenser av att drabbas av tandvärk och därmed minskar också hennes incitament att ägna sig åt preventiva åtgärder. Om försäkringsgivaren inte kan observera individens beteende och därmed inte heller kan ställa krav på ett preventivt beteende, kan det leda till moralisk risk ex-ante. En mindre insats av egenprevention innebär att behovet av tandvård ökar – risken för tandvärk ökar – när en individ väl täcks av en tandvårdsförsäkring. Moralisk risk ex-ante innebär en välfärdslust för samhället eftersom tandvårdsrisken och tandvårdskostnaderna är högre än nödvändigt. De ökade tandvårdskostnader som följer av den högre risken måste också finansieras, antingen med offentliga medel om försäkringen är offentlig eller via högre premier om kontrakten är frivilliga.⁶

Något som skiljer försäkringar av sjukvård och tandvård från sakförsäkringar är att individer inte bara möter en finansiell risk utan även en hälso-risk. Om själva obehaget av exempelvis tandvärk är tillräckligt stort behöver individers egenprevention inte minska trots att de täcks av ett försäkringskydd. Moralisk risk ex-ante behöver därför inte vara ett stort problem för försäkringar inom hälso- och sjukvården.

Det finns få studier, om ens någon, som empiriskt studerar moralisk risk ex-ante inom vårdförsäkringar, mycket beroende på att forskaren i princip behöver tillgång till individers privata information om preventiva aktiviteter. När det däremot gäller beteendet i trafiken har man ändå kunnat observera att en högre trafiksäkerhet kompenseras av ett mer riskfyllt beteende bland trafikanter (exempelvis Peltzman 1975, Peterson, Hoffer och Millner 1995, och Cohen och Einav 2003). Det är emellertid svårt att dra någon säker inferens från trafikbeteende till egenprevention av hälsa.

5. Moralisk risk ex-post

En sjukvårdsförsäkring innebär också att patienten möter ett lägre pris på vård. När individen väl får exempelvis tandvärk kommer hon därför att önska sig en mer omfattande tandvård än vad hon skulle ha gjort utan försäkring. Om försäkringsgivaren inte kan bedöma vilken vård som är motiverad utifrån försäkringen, eller om det finns ett spelrum av olika tänkbara behandlingar, kan den asymmetriska informationen leda till moralisk risk ex-post; dvs individen konsumerar mer och dyrare tandvård än vad som var beräknat när försäkringen infördes eller tecknades (Pauly 1968). Problemet är att den ökade tandvårdskonsumtionen inte är samhällsekonomiskt effektiv; dvs konsumenternas värdering av ytterligare tandvård är lägre än vad den kostar att producera. När värdet är lägre än produktionskostnaden kan

⁶ Ett sätt att begränsa problemet med moralisk risk ex-ante kan vara att försäkringen har en egenandel eller självrisk. Individen möter då delar av risken och ges därmed vissa incitament till ett försiktigt beteende. Även om egenandelar och självrisker begränsar problemet, innebär de samtidigt att individerna inte erbjuds ett fullständigt försäkringsskydd mot den risk de vill undvika.

dessa resurser få en bättre användning i samhället, och detta gäller oavsett om försäkringen är obligatorisk eller frivillig. Den ökade konsumtionen innebär dessutom ett finansieringsproblem.

Om försäkringen innehåller en egenandel – exempelvis 50 procent – tvingas individen att betala ett visst pris, men inte det fulla priset, och därmed begränsas överkonsumtionen. Problemet är att individen inte erbjuds ett fullständigt försäkringsskydd mot den risk denne vill undvika. En självrisk eller ett högkostnadsskydd fyller däremot inte samma funktion. Vid kostnader under självrisken eller högkostnadsbeloppet möter visserligen individen de fulla kostnaderna för tandvården, men ovanför finns inga incitament att begränsa tandvårdskonsumtionen (Pauly 1968).

Svårigheten att empiriskt studera moralisk risk ex-post är återigen att det är svårt att avgöra om en högre konsumtion beror på försäkringen eller selektion av svårare fall. Trots det finns tydliga belägg för moralisk risk ex-post.

I en amerikansk sjukvårdsförsäkringsstudie slumpades 5 809 personer in i olika typer av sjukvårdsförsäkringar. Experimentet visar att personer som lottades in i försäkringar med lägre egenandel i genomsnitt konsumerade mer sjukvård (Manning m fl 1987). Man genomförde också ett tandvårdsexperiment och fann att individer med fullt försäkringsskydd hade 34 procent fler besök och 46 procent högre tandvårdskostnader än individer med en 95-procentig egenandel (Manning m fl 1985).

Abonnemangstandvården i Värmland ger Grönqvist (2004) möjligheter att studera moralisk risk ex-post eftersom lanseringen var oförutsedd av folktandvårdens patienter. Genom att jämföra utvecklingen av tandvårdskostnader – före och efter att abonnemangstandvården infördes – för dem som valde respektive inte valde att teckna kontrakt, kan man analysera om det finns en skillnad som kan förklaras av försäkringen. Tabell 1 visar att försäkringen skapade en större kostnadsökning för dem som valde att teckna en försäkring. Den uppmätta ökningen i tandvårdskonsumtion beror delvis på en medveten strategi hos folktandvården, men också på beteendeförändringar hos patienter som tecknat abonnemangskontrakt.

I mer detaljerade ekonometriska analyser observeras en tydlig ökning av reparativ och protetisk tandvård. När patienter tecknar kontrakt ökar också antalet akutundersökningar, vilket är intressant eftersom initiativet till akuta besök enbart tas av patienten. Något som är intressant i sammanhanget är att tandläkarna inom Folktandvården i Värmland inte har något tydligt privatekonomiskt intresse att öka efterfrågan.

Även inom sjukvården finns studier som identifierat moralisk risk ex-post genom policyskillnader, exempelvis Cardon och Hendel (2001) och Meer och Rosen (2003).

Dessa resultat visar att det finns behov av system för att begränsa omfattningen av moralisk risk och detta gäller oberoende om försäkringen är allmän eller frivillig. Det kan exempelvis handla om egenandelar, en noggrann skadereglering eller en ransonering av tjänster. I annat fall kan

Risk- klass	Antal		Kostnad innan		Kostnad efter	
	Försäk- ring	Ej för- säkring	Försäk- ring	Ej för- säkring	Försäk- ring	Ej för- säkring
Alla	6 400	13 007	1 360	1 659	2 297	1 803
1	123	152	359	488	1 000	816
2	428	327	454	558	1 024	810
3	492	466	579	604	1 242	895
4	925	1 113	682	739	1 434	1 025
5	1 000	1 364	976	914	1 823	1 227
6	1 016	1 555	1 254	1 122	2 160	1 395
7	966	1 814	1 593	1 568	2 735	1 707
8	808	2 215	2 250	1 804	3 213	1 919
9	363	1 581	2 603	2 226	4 178	2 332
10	189	1 129	3 394	2 628	4 543	2 513
11	53	773	3 684	2 800	5 787	2 783
12	30	369	4 474	3 064	6 962	3 040
13	7	149	3 864	4 053	7 931	3 517

Tabell 1
Tandvårdskostnad
före och efter försäk-
ring i olika riskklasser
för försäkrade respektive
oförsäkrade

Källa: Grönqvist (2004).

den asymmetriska informationen leda till kostnadsökningar som hotar försäkringens långsiktiga överlevnad.

6. Utbudsdriven efterfråga

En ökad tandvårdskonsumtion kan också vara en konsekvens av en *utbudsstyrd efterfrågan*. Om tandläkare har ett informationsövertag vad gäller sina patienters faktiska vårdbehov har de både till uppgift att identifiera patienternas vårdbehov och sedan att tillhandahålla själva tandvården. Om tandläkaren har ett egenintresse i verksamheten leder det till incitament att utföra dyrare och mer omfattande behandlingar. Patientens okunskap om exakt vilka tandvårdstjänster han verkligen är i behov av ger tandläkaren utrymme att utföra tjänster som egentligen inte är nödvändiga och som inte skulle ha efterfrågats ifall patienten haft full information (Darby och Karni 1973). Spelrummet för utbudsstyrd efterfrågan ökar ju större utrymmet är för alternativa behandlingar och inom tandvården kan det finnas olika behandlingsalternativ vid samma problem.

Konsumentverket gjorde en undersökning där tandläkare ställdes inför två olika patientfall (inklusive röntgenbilder) och ombads föreslå en behandling (Konsumentverket 2003). I det ena fallet varierade priset på behandlingsförslagen mellan 550 och 12 000 kronor, och i det andra mer komplicerade fallet varierade priset på de föreslagna behandlingarna mellan 4 000 och 150 000 kronor. Om ersättningen till tandläkaren dessutom sker via en försäkring begränsas också de ekonomiska konsekvenserna för patienten av den utbudsstyrda efterfrågan; vårdgivaren och patienterna

kan då ha ett gemensamt intresse av mer omfattande behandlingar.

I den empiriska forskningen har man sett ett samband mellan antalet tandläkare per capita och patienters genomsnittliga tandvårdskonsumtion (exempelvis Mueller och Monheit 1988, Grytten, Holst och Laake 1990, och Grytten 1991, 1992). Olsson (1998) finner ett positivt samband mellan antalet tandläkare och sannolikheten att besöka tandläkaren på den svenska tandvårdsmarknaden, samt att tandvårdskonsumtionen ökar för dem som väl besöker tandläkaren. Tolkningen är att om det finns relativt sett många tandläkare i förhållande till antalet patienter så kommer varje tandläkare att öka behandlingsinsatsen per patient för att på så sätt trygga sin försörjning.

Det finns emellertid alternativa tolkningar; om det finns många tandläkare på en ort så sjunker priset på tandvård (både det monetära och icke-monetära) vilket också ökar patienternas efterfrågan. I den internationella litteraturen har det därför varit svårt att ovedersägligt identifiera förekomsten av utbudsstyrd efterfrågan inom tandvården; dvs att särskilja utbudsstyrd efterfrågan från moralisk risk ex-post (Sintonen och Linnosma 2000).

7. Vad kan vi lära oss?

Studierna som presenteras i denna artikel visar att flera av de problem som man teoretiskt kan förvänta sig uppstå på en försäkringsmarknad präglad av asymmetrisk information har viktiga praktiska konsekvenser. Framför allt verkar både patienter öka sin efterfrågan på tandvård och tandläkare välja mer kostsamma behandlingsmetoder när inte patienten själv står för kostnaderna. Vilka konsekvenser får då dessa resultat på utformningen av en tandvårdsförsäkring?

Försäkra risker, inte fasta kostnader

Den sittande tandvårdsutredningen föreslår i sitt delbetänkande (SOU 2006:27) ett särskilt grundstöd för att alla vuxna ska få möjlighet till regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder var 18:e månad, till en kostnad som motsvarar patientavgiften inom öppenvården på 200 kronor; dvs, ett stöd till åtgärder som i dag i genomsnitt kostar individen 757 kronor inom privattandvården. Kostnaden för förslaget beräknas till 1,9 miljarder kronor. Det finns inget försäkringsargument för ett sådant stöd. Om man vill stödja ekonomiskt svaga grupper kan man överväga om det finns effektivare sätt att transferera resurser, eftersom även individer med goda inkomster kommer att konsumera subventionerade undersökningar.

Det kan naturligtvis finnas skäl att styra tandvården till mer preventiva insatser genom prissubventioner om (i) en ökad prevention minskar förekomsten av försäkringsbara problem i framtiden, och (ii) om man har grund för att tro att individer inte kan fatta välavvägda beslut om mängden prevention, som följd av att de inte är fullt informerade eller har märkliga tids-

preferenser. Innan man inför en prisstyrning bör man dock först ha skäl för att tro att individer gör systematiskt felaktiga bedömningar om de möter de faktiska kostnaderna för undersökningar och prevention. Ytterligare en aspekt är att individer kan komma att minska sin egenprevention om preventiva insatser inom tandvården subventioneras.

Progressivt försäkringsskydd, men utan tak

Vad som skulle vara värdefullt är om tandvårdsstödet faktiskt begränsar individers riskexponering. Ett försäkringsskydd bör inrikta sig mot behandlingar där individen möter en faktisk risk för höga kostnader: ersättningsgraden bör vara högre vid mer kostsamma behandlingar. Naturligtvis kan en progressiv försäkring leda till ökad tandvårdskonsumtion via mekanismer som moralisk risk och utbudsstyrd efterfrågan, men det gäller att göra en avvägning mellan värdet av att skydda individer mot en oönskad risk och de effektivitetsförluster som kan följa.

Fram till 1999 innehöll tandvårdsförsäkringen just ett progressivt försäkringsskydd. Det är emellertid viktigt att ett progressivt försäkringsskydd inte får karaktären av ett högkostnadsbelopp av det slag som infördes inom ramen för den s k 65plus-reformen. Över ett högkostnadsbelopp (tak) finns nämligen inga incitament att begränsa tandvårdskonsumtionen. En allmän försäkring bör därför ha formen av ett tandvårdsstöd som successivt blir allt mer generöst, men där individen hela tiden har en egenandel.

Frågan är hur man kan implementera ett progressivt försäkringsskydd samtidigt som man har en fri prissättning på tandvårdstjänster. Oavsett om ett progressivt försäkringsskydd baseras på den debiterade summan, antalet utförda åtgärder, särskilt kostsamma åtgärder som är förknippade med hög risk, eller om man laborerar med karensbelopp finns en uppenbar risk att en utökad subvention leder till högre producentpriser snarare än sänkta konsumentpriser. I en enkätundersökning (Timander och Wikmans 2005) svarade endast 16 procent av de tillfrågade att de skulle byta tandläkare om det funnits någon annan tandläkare inom rimligt avstånd som tagit ett lägre pris, och 48 procent skulle inte byta ens om en tandläkare inom ett rimligt avstånd bara var hälften så dyr. Konkurrenstrycket på enskilda tandläkare att sänka patientpriset vid en utökad subvention kan därför tyckas begränsat.

Frivilliga kontrakt?

Med betydande risker för höga tandvårdskostnader finns också utrymme för privata tandvårdsförsäkringar, men frivilliga kontrakt erbjuds i dag enbart av folktandvården i form av abonnemangstandvård. Folktandvårdens abonnemangstandvård skulle naturligtvis må bra av konkurrens från privattandvården. De privata tandvårdsförsäkringar som fanns under mitten av 1990-talet drabbades dock av höga skadekostnader och det tycks i dag inte finns något intresse för tandvårdsförsäkringar från försäkringsbolagens sida. Det är svårt att exakt veta vad som ledde till de höga skadekostnaderna.

Erfarenheterna från Värmland visar att frivilliga tandvårdsförsäkringar inte behöver lida av ett ogynnsamt urval, däremot kan man finna belägg för moralisk risk ex-post. En stor skillnad mellan de privata försäkringarna och abonnemangstandvården i Värmland är emellertid att tjänstetandläkarna i Värmland inte har något direkt privatekonomiskt intresse att öka tandvårdskonsumtionen. För att privata försäkringar ska kunna konkurrera med folktandvårdens abonnemangstandvård måste vårdgivarens intresse att skapa efterfrågan på sina tjänster sannolikt begränsas.

Om det är tandläkaren som ställer ut kontrakten uppstår inga incitament till utbudsstyrd efterfrågan. En tandläkare skulle sannolikt kunna poola många av de risker som enskilda individer finner kostsamma mellan sina patienter – exempelvis risken för rotfyllning à 8 381 kronor. Det finns naturligtvis omfattande och kostsamma behandlingar som är oförutsedda, och som även skulle vara kännbara för den enskilde tandläkaren att bära. För att undvika denna risk skulle därför flera olika tandläkare kunna gå samman i en återförsäkringsfond, och för att undvika ett överutnyttjande skulle fonden vittjas efter klara odontologiska kriterier vid särskilt kostsamma fall, gärna kopplat till en betydande självrisk. Ett sätt att begränsa problemet med moralisk risk ex-post skulle kunna vara att låta patienter betala vissa egenandelar.

Försäkringskontrakt som utgår ifrån tandläkaren innehåller inga incitament för utbudsstyrd efterfrågan, däremot skulle det kunna finnas en risk för undervård från enskilda vårdgivare för att kortsiktigt kunna öka sina marginaler. Ett sätt att hantera denna risk kan vara att patienten ges rätt till den vård han önskar inom ramen för kontraktet men att konsumtionen begränsas genom en egenandel, alternativt att patienten kan överpröva tandläkarens bedömning till någon form av förtroendetandläkare. Om kontrakten dessutom löper under en längre period – exempelvis 2 år och eventuellt med möjligheter för patienten att när som helst kliva av kontraktet – skulle tandläkaren ges incitament att satsa på prevention för att minska framtida utgifter, vilket också skulle vara till gagn för patienternas tandhälsa.

REFERENSER

Akerlof, G (1970), "The Market for 'Lemons': Quality, Uncertainty and the Market Mechanism", *Quarterly Journal of Economics*, vol 84, s 488-500.

Buchmueller, T och J DiNardo (2002), "Did Community Rating Induce an Adverse Selection Death Spiral? Evidence from New York, Pennsylvania and Connecticut", *American Economic Review*, vol 92, s 280-294.

Cameron, A C och P K Trivedi (1991), "The Role of Income and Health Risk in the Choice of Health Insurance: Evidence from Australia", *Journal of Public Economics*, vol 45, s 1-28.

Cardon, J och I Hendel (2001), "Asymmet-

ric Information in Health Insurances: Evidence from the National Health Insurance Survey", *RAND Journal of Economics*, vol 32, s 408-427.

Cawley, J och T Philipsson (1999), "An Empirical Examination of Information Barriers to Trade in Insurance", *American Economic Review*, vol 89, s 827-846.

Cohen, A och L Einav (2003), "The Effects of Mandatory Seat Belt Laws on Driving Behavior and Traffic Fatalities", *Review of Economics and Statistics*, vol 85, s 828-843.

Cutler, D M och S Reber (1998), "Paying for Health Insurance: The Trade-Off between

- Competition and Adverse Selection”, *Quarterly Journal of Economics*, vol 113, s 433-466.
- Darby, M R och E Karni (1973), ”Free Competition and the Optimal Amount of Fraud”, *Journal of Law & Economics*, vol 16, s 67-88.
- Finkelstein, A och K McGarry (2003), ”Private Information and Its Effect on Market Equilibrium: New Evidence from the Long-Term Care Insurance Market”, NBER Working Paper 9957.
- Finkelstein, A och J Porterba (2002), ”Selection Effects in the United Kingdom Individual Annuities Market”, *Economic Journal*, vol 112, s 28-50.
- Folkhälsoinstitutet (2005), *Folkhälsopolitisk rapport 2005*, Rapport 2005:5, Stockholm.
- Försäkringskassan (2004), *Landstingens och privatvårdens patientpriser, april 2004 – en studie av prisutvecklingen sedan 1998*, Rapport 2004-09-24, Stockholm.
- Försäkringskassan (2005), *Prisutvecklingen inom privatvården och folktandvården, april 2004 till och med maj 2005*, Rapport 2005-10-31, Stockholm.
- Godfried, M, H Oosterbeek och F van Tulder (2001), ”Adverse Selection and the Demand for Supplementary Dental Insurance”, *The Economist*, vol 149, s 177-190.
- Grönqvist, E (2004), *Selection and Moral Hazard in Health Insurance: Taking Contract Theory to the Data*, doktorsavhandling, Ekonomiska forskningsinstitutet, Handelshögskolan i Stockholm.
- Grytten, J (1991), ”The Effect of Supplier Inducement on Norwegian Dental Services; Some Empirical Findings Based on a Theoretical Model”, *Community Dental Health*, vol 8, s 221-231.
- Grytten, J (1992), ”Supplier Inducement – Its Relative Effect on Demand and Utilization”, *Community Dental Health and Oral Epidemiology*, vol 20, s 6-9.
- Grytten, J, D Holst och P Laake (1990), ”Supplier Inducement, Its Effects on Dental Services in Norway”, *Journal of Health Economics*, vol 9, s 483-491.
- Konsumentverket (2003), *Konsumenten på tandvårdsmarknaden*, PM 2003:23, Stockholm.
- Manning, W G, B Benjamin, H L Bailit och J P Newhouse (1985), ”The Demand for Dental Care: Evidence from a Randomized Trial in Health Insurance”, *Journal of American Dental Association*, vol 110, s 895-902.
- Manning, W G, J P Newhouse, N Duan, E B Keeler, A Leibowitz och S Marquis (1987), ”Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment”, *American Economic Review*, vol 77, s 251-277.
- Meer, J och H S Rosen (2003), ”Insurance and the Utilization of Medical Services”, NBER Working Paper 9812.
- Mueller, C D och A C Monheit (1988), ”Insurance Coverage and the Demand for Dental Care: Results for Nonaged White Adults”, *Journal of Health Economics*, vol 7, s 59-72.
- Olsson, C (1998), *Supplier Induced Demand: An Analysis of the Swedish Dental Care Market*, doktorsavhandling, Nationalekonomiska institutionen, Umeå universitet.
- Pauly, M (1968), ”The Economics of Moral Hazard: Comment”, *American Economic Review*, vol 58, s 531-537.
- Pauly, M, K H Withers, K Subramanian-Viswana, J Lemaire och J C Hershey (2003), ”Price Elasticity of Demand for Term Life Insurance and Adverse Selection”, NBER Working Paper 9925.
- Peltzman, S (1975), ”The Effects of Automobile Safety Regulation”, *Journal of Political Economy*, vol 83, s 677-725.
- Peterson, S, Hoffer G och E Millner (1995), ”Are Drivers of Air-Bag-Equipped Cars More Aggressive? A Test of the Offsetting Behavior Hypothesis”, *Journal of Law and Economics*, vol 38, s 251-264.
- Regeringens proposition (1997/98:112), *Reformerat tandvårdsstöd*.
- Rothschild, M och J E Stiglitz (1976), ”Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay of the Economics of Imperfect Information”, *Quarterly Journal of Economics*, vol 90, s 629-649.
- Sintonen, H och I Linnosma (2000), ”Economics of Dental Services”, i Culyer, A och J Newhouse (red), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.
- SCB (2003), *Utgifter för hushåll (HUT) 2003*, bearbetningar för Sveriges kommuner och landsting.
- SOU 2006:27, *Stöd till hälsobefrämjande tandvård, delbetänkande från Utredningen om nytt tandvårdsstöd för vuxna*.
- Thomasson, M A (2001), ”Did Blue Cross and Blue Shield Suffer from Adverse Selection? Evidence from the 1950s”, NBER Working Paper 9167.
- Timander, J och T Wikmans (2005), *Frågor om kostnader för tandvård*, Forskningsgruppen för samhälls- och informationsstudier, PM 2005-05-19, Stockholm.
- Zweifel, P och F Breyer (1997), *Health Economics*, Oxford University Press, New York.