

Datum: 2025-11-25

Diarienummer: 2024/0948

Tandvårdsstödet – en konstruktion med hål (RiR 2025:34)

Bilaga 1. Analys av tandvårdspriser och tandvårdsstöd

Innehåll

1	Inledning	3
1.1	Datakällor	3
1.2	Metod	3
2	Beskrivning av analyserna i rapporten	6
2.1	Tandvårdsbesök (avsnitt 2.2)	6
2.2	Priskonkurrensen (avsnitt 2.3)	6
2.3	Tandvårdsstödens fördelning (avsnitt 2.4)	12
2.4	Utbudet av tandvård (ej i rapporten)	14

1 Inledning

Bilagan beskriver fördjupat vår analys av hur tandvårdspriserna och tandvårdsstöden utvecklats över tid och hur det ser ut över landet. Bilagan följer rapportens disposition och rubrikerna anger i vilket avsnitt respektive analys förekommer.

1.1 Datakällor

Vi har använt tandvårdsstödsdata från Försäkringskassan och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) som vi kompletterat med individdata och företagsdata från Statistiska centralbyråns (SCB) LISA- och FEK-databas. Tidsperioden är åren 2008–2024.

1.2 Metod

Grunddata över tandvårdspriser omfattar samtliga utförda tandvårdsåtgärder under vår studerade tidsperiod – en rad per åtgärd, totalt cirka 280 miljoner rader. Dessa data har vi aggregerat till de prismått som vi använder i analysen, till exempel vid analys av hur de utvecklats över tid och hur spridningen ser ut mellan kliniker och kommuner. Vilken typ av aggregering som är bäst beror till viss del på vilken analys som ska göras. Vi har därför tagit fram två alternativ:

- prisindex för fem olika åtgärdsgrupper enligt en metod som TLV ibland använder: undersökning, tandutdragning, rotbehandling, fyllning och krona
- ett viktat genomsnitt av de olika åtgärdsgrupperna utom undersökningar (vi utesluter i de flesta fall undersökningar eftersom priskonkurrensen fungerar bättre för dem).

De flesta prisanalyser som presenteras i rapporten och i bilagan baseras på det viktade genomsnittet för alla åtgärdsgrupper utom undersökningar. Men vi har även säkerställt att resultaten står sig med prismåttet för de separata åtgärdsgrupperna.

Vi har framför allt tittat på procentuell avvikelse från referenspriset. Extremt små och stora avvikelser har vi justerat på samma sätt som Försäkringskassan gör i sina analyser. Vidare har vi tagit bort de åtgärder som inte ingår i Försäkringskassans officiella statistik och åtgärder som utförts av en specialist.

För de olika prismåtten har vi tagit fram genomsnittlig avvikelse per klinik och per kommun. Vi har då exkluderat den tiondel av klinikerna som utfört minst antal av åtgärden. På så sätt undviker vi att prisnivån hos små kliniker eller kliniker som specialiserat sig på en viss typ av åtgärd påverkar den genomsnittliga prisbilden.

När vi studerar prisutveckling över tid konstanthåller vi inte för sammansättningen av åtgärder, eftersom det är intressant i sig att användningen av åtgärder kan variera mellan till exempel kommuner. Vi bedömer att det blir ett bättre mått på det pris som faktiskt möter patienten. Det innebär dock att måttet inte bara visar prisutvecklingen

över tid utan även kan visa på skillnader i användningen av åtgärderna och hur användningen utvecklas.

Kommuntyper

När vi analyserar kommuntyper använder vi Tillväxtverkets indelning i sex kommuntyper: storstadskommuner, täta blandade kommuner, glesa blandade kommuner, tätortsnära landsbygdskommuner, glesa landsbygdskommuner och mycket glesa landsbygdskommuner.

Socioekonomiska områdestyper

När vi analyserar socioekonomiska områdestyper, använder vi de fem områdestyper som Delegationen mot segregation har tagit fram tillsammans med SCB. De bygger på SCB:s indelning av landet i regionala statistikområden (RegSO). De fem områdestyperna är områden med stora socioekonomiska utmaningar, områden med socioekonomiska utmaningar, socioekonomiskt blandade områden, områden med goda socioekonomiska förutsättningar samt områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

I analyserna av priser och tandvårdsutbud i de socioekonomiska områdestyperna har vi ett bortfall på runt 30 procent av klinikerna. För Folktandvården är bortfallet 53 procent och för de privata något lägre på 23 procent. Anledningen är att vi behövt matcha klinikdata från Försäkringskassan till arbetsställdata från SCB, men dessa två datakällor innehåller inte något gemensamt id-nummer. För företag som har mer än ett arbetsställe har vi därför behövt matcha ihop kliniker och arbetsställen med hjälp av deras namn och adress. Det resulterade i en matchning för runt 70 procent av klinikerna.

Vi har däremot inget bortfall när vi tittar på tandvårdsstödens fördelning över områdestyperna, eftersom vi då använder patientens RegSO.

Riskkapitalbolagens priser

För att identifiera kliniker som hör till riskkapitalbolag i vårt datamaterial, har vi använt officiella listor på organisationsnummer kopplade till dessa bolag. Därutöver har vi gått igenom vårdgivare och kliniker i vårt datamaterial där namnet antyder att det skulle kunna röra sig om ett riskkapitalbolag. På det här sättet fångar vi de flesta men möjligen inte alla kliniker av intresse.

Prisutvecklingen kan skilja sig mellan kommuner av flera anledningar. För att försöka närma oss en kausal effekt på priserna av att ett riskkapitalbolag etablerar sig har vi använt metoden difference-in-differences (DiD). Metoden är lämplig för att statistiskt mäta effekter när några men inte alla inom en grupp har "påverkats av något". I vårt fall jämför vi prisutvecklingen i kommuner där ett riskkapitalbolag har etablerat sig, med prisutvecklingen i kommuner där de inte har det. Vi gör dessa jämförelser separat för varje kommuntyp.

En viss metodologisk svårighet uppstår eftersom etableringarna sker vid olika tidpunkter i olika kommuner. Det här scenariot skiljer sig från den traditionella DiD-metoden, och vi använder därför en variant som tagits fram för att hantera detta.¹ Med den här metoden är det mer troligt att vi kan identifiera en kausal effekt av att riskkapitalbolag etablerar sig, jämfört med en ren deskriptiv analys. Men vi kan inte med säkerhet utesluta att något annat driver prisförändringarna.

Tandvårdsstödens fördelning

För att mäta nyttjandet av tandvårdsstödet har vi summerat varje patients årliga utbetalda tandvårdsstöd av ATB, STB och högkostnadsskydd. Med information från SCB över folkbokföring har vi analyserat hur beloppen fördelas över regioner, kommuntyper och olika socioekonomiska områdestyper.

Endast personer som är 25 år och äldre inkluderas i analysen, eftersom de yngre inte var aktuella för tandvårdsstöden under delar av vår studerade period. Variabeln vi studerar är utbetalda belopp per invånare i åldersgruppen. För att inte extremt stora belopp av högkostnadsskydd ska påverka fördelningen har vi satt maxbeloppet vid 90:e percentilen.

När det gäller utbetalt högkostnadsskydd har vi datum för när perioden startade och slutade, men saknar datum för själva utbetalningen. Endast avslutade perioder ingår. Det innebär att vi endast har kompletta data till och med 2023, eftersom de flesta perioder som startade senare inte hade hunnit avslutas när datauttaget gjordes.

¹ Callaway, B. och Sant'Anna, P.H.C., "Difference-in-Differences with multiple time periods", *Journal of Econometrics*, vol. 225, nr 2, 2021.

2 Beskrivning av analyserna i rapporten

2.1 Tandvårdsbesök (avsnitt 2.2)

Tabell 1 visar antal och andel av befolkningen i åldern 24–75 år som inte besökt tandvården alls på ett antal år under perioden 2014–2023.

Tabell 1 Andel som inte gått till tandvården

Ej tandvård sedan	Antal	Andel
1 år	1 986 072	42 %
2 år	1 220 188	26 %
3 år	889 355	19 %
4 år	702 533	15 %
5 år	548 538	12 %
6 år	439 855	9 %
7 år	357 309	8 %
8 år	290 402	6 %
9 år	234 456	5 %
10 år	186 873	4 %

Anm.: Födda 1948–1990 och folkbokförda i Sverige 2014–2023, totalt 4 722 746 personer i åldern 24–75 år.
Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Försäkringskassan och SCB.

2.2 Priskonkurrensen (avsnitt 2.3)

2.2.1 Andel av tandvården som avviker mer än 50 procent från referenspriserna

Vi har tittat på den andel av samtliga åtgärder (även undersökningar) under ett år för vilka priset var mer än 50 procent högre än referenspriset. Tabell 1 nedan visar andelen för åren 2018, 2019, 2023 och 2024. Andelen har ökat över tid och den är något högre bland de privata vårdgivarna. Hos privata vårdgivare var 15 procent av de utförda åtgärderna mer än 50 procent dyrare än referenspriset 2024.

Tabell 2 Andel av utförda åtgärder där priset avviker mer än 50 procent från referenspriset

År	Alla vårdgivare	Privata vårdgivare
2018	5,2 %	6,5 %
2019	6,6 %	7,7 %
2023	11,5 %	14,5 %
2024	12 %	15 %

Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Försäkringskassan.

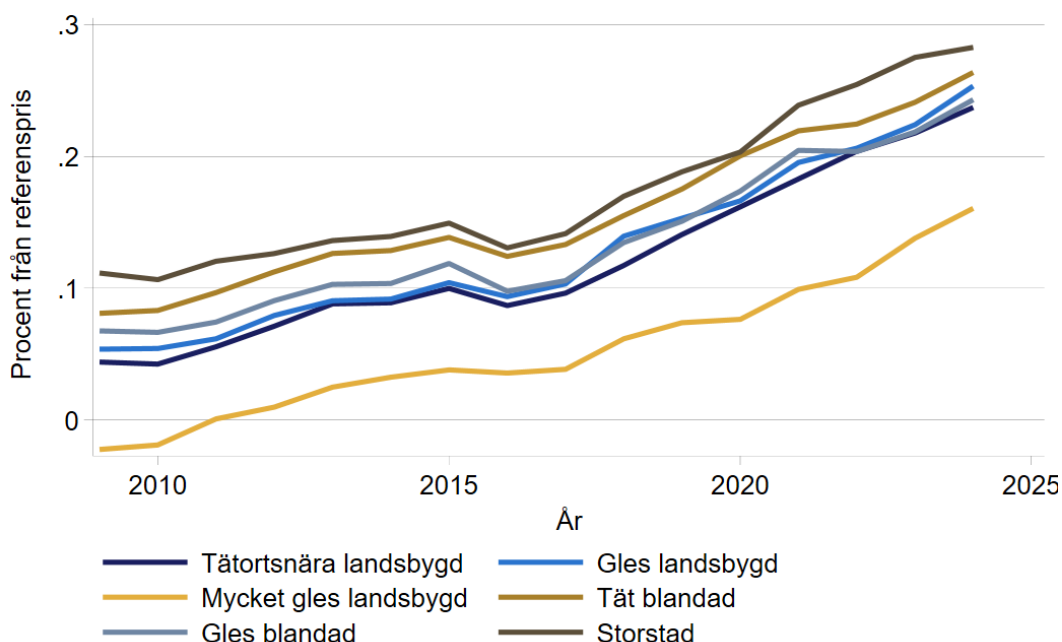
2.2.2 Prisutvecklingen i olika kommuner och områden

Prisutvecklingen i olika kommuntyper

Vi har analyserat prisutvecklingen uppdelat på olika kommuntyper. Diagram 1 visar att priserna är lägst i mycket gles landsbygd samt högst i storstäderna och täta blandade kommuner. Vi har också gjort regressioner som visar att dessa skillnader är statistiskt signifikanta. Mönstret återkommer även när vi tittar på åtgärdsgrupperna separat, men är mindre tydligt för undersökningar.

Ett viktigt skäl till att priserna är lägre i glesbygden är sannolikt att Folktandvården ofta är den enda vårdgivaren där. Folktandvården har generellt lägre priser än privat tandvård. Mönstret kvarstår men blir mindre tydligt när Folktandvården exkluderas.

Diagram 1 Prisutvecklingen uppdelad per kommuntyp



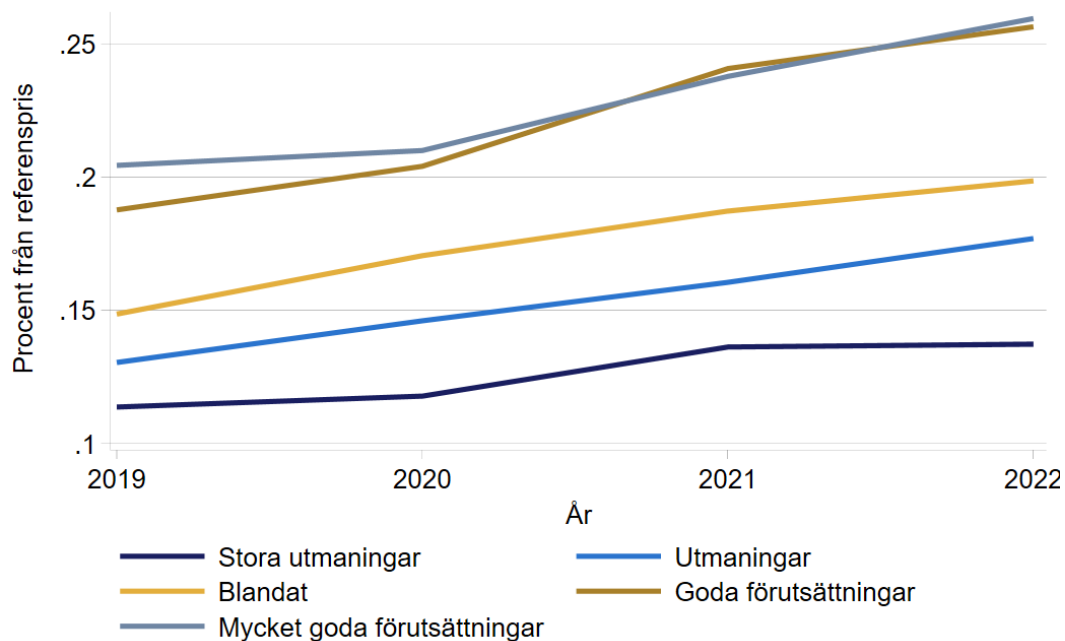
Anm.: Priset mäts som procentuell avvikelse från referenspriset i ett viktat snitt av alla typer av tandvårdsåtgärder utom undersökningsåtgärder.

Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Försäkringskassan.

Prisutvecklingen i olika socioekonomiska områdestyper

Vi har också analyserat prisutvecklingen uppdelat på olika socioekonomiska områdestyper. I diagram 2 framgår att priserna är högre i områden med goda socioekonomiska förutsättningar än i områden med socioekonomiska utmaningar. Mönstret kvarstår även då vi exkluderar Folktandvården. En förklaring till att prisbilden är så pass olika skulle kunna vara att det konsumeras olika typer av tandvård i de olika områdestyperna. Men samtidigt konsumerar socioekonomiskt utsatta grupper generellt större och dyrare tandvårdsingrepp eftersom de har sämre tandhälsa (se avsnitt 2.4 i rapporten). Det talar emot att de skillnader vi ser i pris förklaras av skillnader i konsumtion.

Diagram 2 Prisutvecklingen uppdelad per socioekonomisk områdestyp



Anm.: Priset mäts som procentuell avvikelse från referenspriset i ett viktat snitt av alla typer av tandvårdsåtgärder utom undersökningsåtgärder.

Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Försäkringskassan och SCB.

Vi har också gjort regressioner som visar att prisskillnaderna mellan olika socioekonomiska områden kvarstår även när hänsyn tagits till kommuntyp. Vi ser samma mönster för de olika separata åtgärdsgrupperna som för det viktade indexet i diagram 2, förutom undersökningar där mönstret är svagare.

Förutom skillnader mellan kommuntyper och mellan olika socioekonomiska områden är det svårt att förklara varför kommunerna har så olika prisbild. Vi har undersökt detta med regressionsanalyser. Analyserna visar att prisspridningen bara minskar marginellt när vi kontrollerar för faktorer som tandhälsa och den generella kostnadsstrukturen. Prisspridningen mäter vi med så kallade interkvartilavstånd, som är ett mått på spridning som utgörs av skillnaden mellan den första och den tredje kvartilen.

Prisutvecklingen i ett antal utvalda kommuner

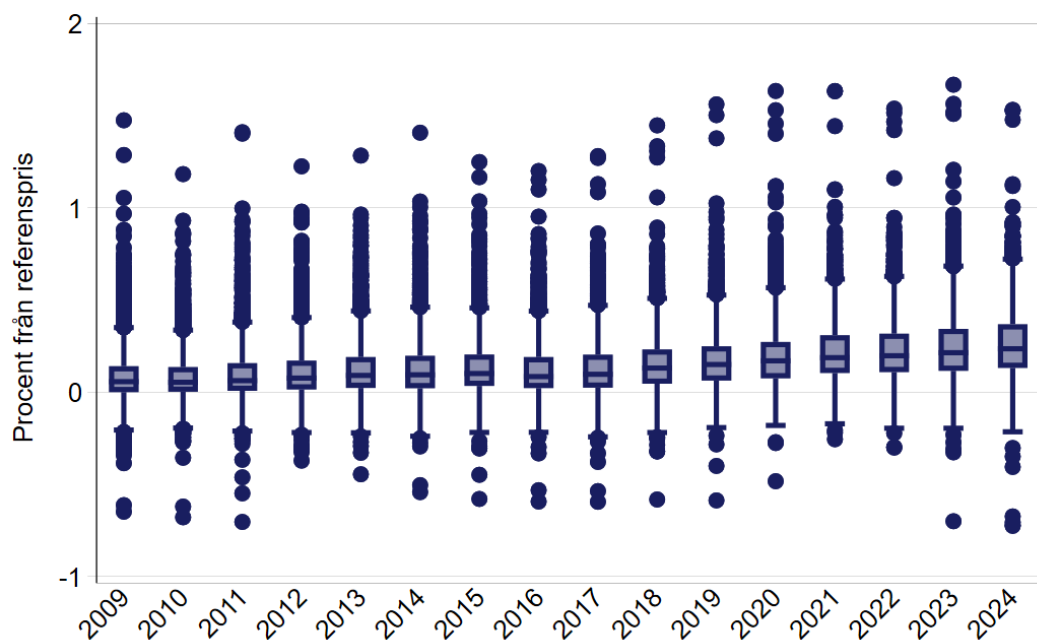
I rapporten presenterar vi prisutvecklingen totalt sett för storstäderna (Stockholm, Göteborg och Malmö) och två kommuner som sticker ut med högre priser (Borlänge och Härnösand). Vi har även tittat på prisutvecklingen för kommunerna per åtgärdsgrupp, och då framkommer samma mönster. Till exempel har Malmö fortsatt betydligt lägre priser än Stockholm, och Härnösand och Borlänge sticker ut med högre priser.

Vi har inte analyserat produktionens utveckling i kommunerna. På en mindre ort med tandläkarbrist är det möjligt att en ny aktör med dyra priser etablerar sig, vilket ger höjda priser, men att det samtidigt leder till ökad produktion på orten.

2.2.3 Prisspridningens utveckling för olika åtgärder

Vi har undersökt prisspridningen över tid genom att ta fram lådogram samt interkvartilavstånd. Både lådogrammen och interkvartilavstånden visar att prisspridningen mellan kliniker har ökat. Det gäller både när vi tittar totalt sett och för respektive åtgärdsgrupp separat. Diagram 3 visar årsvisa lådogram för alla åtgärdsgrupper utom undersökningar, medan diagram 4 visar interkvartilavståndets utveckling för respektive åtgärdsgrupp.

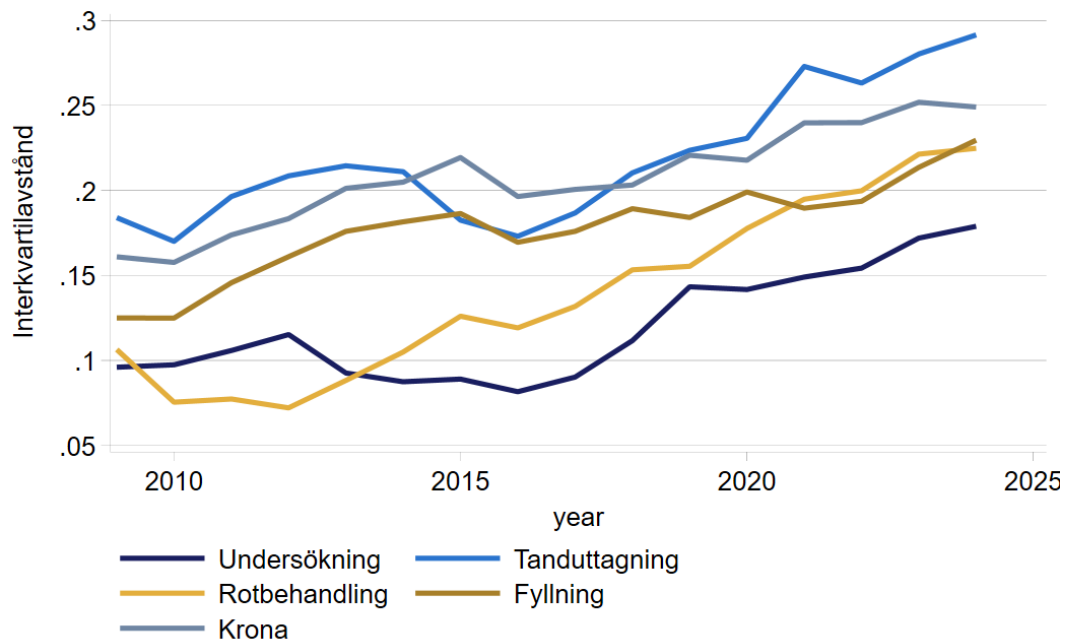
Diagram 3 Lådogram över prisspridningen mellan kliniker för alla åtgärdsgrupper utom undersökningar



Anm.: Priset mäts som klinikens procentuella avvikelse från referenspriset i ett viktat snitt av alla typer av tandvårdsåtgärder utom undersökningsåtgärder.

Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Försäkringskassan.

Diagram 4 Interkvartilavståndet för fem åtgärdsgrupper



Anm.: Priset mäts som klinikens procentuella avvikelse från referenspriset för respektive åtgärdsgrupp.
Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Försäkringskassan.

2.2.4 Riskkapitalbolagens priser

Vi ser genomgående att riskkapitalbolagen har högre priser än övriga företag.² I vissa typer av kommuner påverkar det den generella prisbilden. Det gäller framför allt tätortsnära landsbygdskommuner. Våra regressioner visar att genomsnittspriset (mätt som skillnad mot referenspriset) ökar med 6 procentenheter efter att ett riskkapitalbolag etablerat sig där. Ökningen drivs främst av att riskkapitalbolagen själva har högre priser.³ Vi har försökt undersöka huruvida övriga kliniker "följer efter" och höjer sina priser, men inte hittat något tydligt stöd för detta. Vi ser visserligen att även de andra klinikernas priser ökar, men det är svårare att koppla ökningen till just etableringen av riskkapitalbolag eftersom den inte helt sammanfaller i tid.⁴

Också i täta blandade kommuner påverkas den generella prisbilden av att ett riskkapitalbolag etablerar sig. Men ökningen är mindre än i tätortsnära landsbygdskommuner, och det är tydligt att det är just klinikerna som hör till riskkapitalbolag som driver ökningen medan övriga klinikers priser inte påverkas.⁵

² Vi har tagit fram motsvarande grafer som i diagram 5 för samtliga kommuntyper.

³ Se första kolumnen med skattningar i tabell 3.

⁴ Se diagram 5a.

⁵ Se tredje kolumnen med skattningar i tabell 3 samt diagram 5b.

Tabell 3 Prisförändringar när ett riskkapitalbolag etablerar sig i kommunen

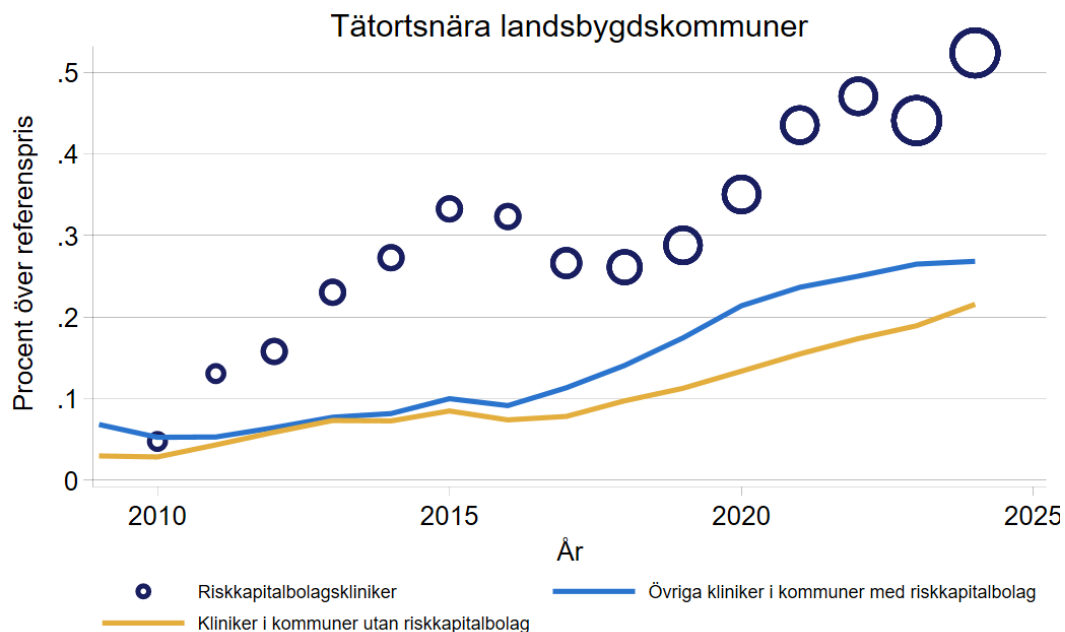
Kommungrupp	Tätortsnära landsbygd	Gles landsbygd	Tät blandad	Gles blandad	Storstad
Förändring efter riskkapitalbolagsetablering					
Ej riskkapitalbolagskliniker	0,034 (0,025)	-0,017 (0,042)	0,003 (0,010)	-0,008 (0,015)	-0,021 (0,012)
Alla kliniker	0,063** (0,023)	0,038 (0,049)	0,024* (0,011)	0,022 (0,018)	0,004 (0,012)
Antal kommuner med riskkapitalbolag	9	7	43	9	19
Antal kommuner totalt	80	53	87	29	26

Kommentar: Priset mäts som procentuell avvikelse från referenspriset i ett viktat snitt av alla typer av tandvårdsåtgärder utom undersökningsåtgärder, men vi ser samma mönster även för de separata åtgärdsgrupperna. Prisförändringar är skattade med den så kallade Callaway & Sant'Anna difference-in-differences-metoden (csdid i Stata). Standardfel visas inom parentes. Data omfattar perioden 2009–2024.

** respektive * indikerar statistisk signifikans på 1-respektive 5-procentsnivån.

Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Försäkringskassan och TLV.

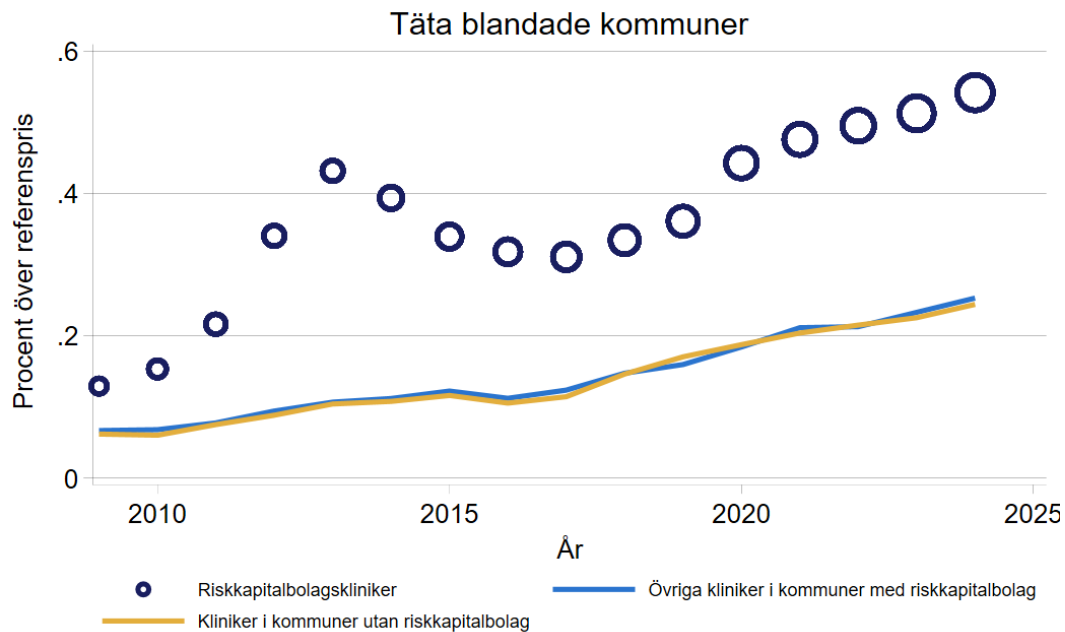
Diagram 5a Prisutveckling i tätortsnära landsbygdskommuner, med och utan riskkapitalbolag



Anm.: Priset mäts som procentuell avvikelse från referenspriset i ett viktat snitt av alla typer av tandvårdsåtgärder utom undersökningsåtgärder. Storleken på cirkeln visar antalet kommuner med riskkapitalbolag, från 1 till 9 i diagram 5a och från 8 till 43 i diagram 5b.

Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Försäkringskassan och TLV.

Diagram 5b Prisutveckling i tätta blandade kommuner, med och utan riskkapitalbolag



Anm.: Priset mäts som procentuell avvikelse från referenspriset i ett viktat snitt av alla typer av tandvårdsåtgärder utom undersökningsåtgärder. Storleken på cirkeln visar antalet kommuner med riskkapitalbolag, från 1 till 9 i diagram 5a och från 8 till 43 i diagram 5b.

Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Försäkringskassan och TLV.

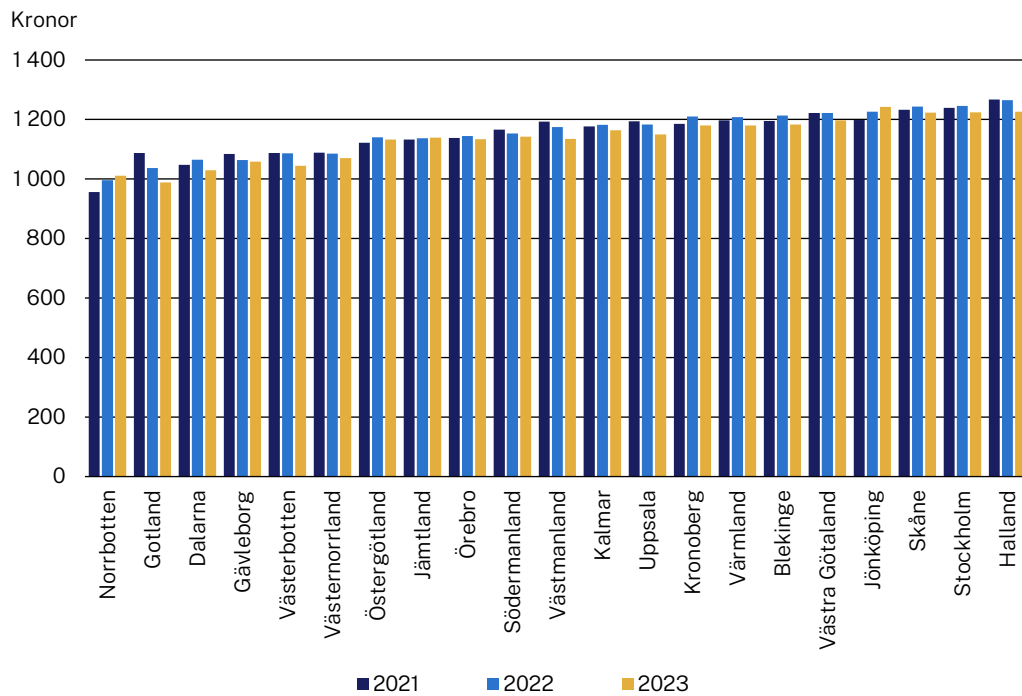
2.3 Tandvårdsstödens fördelning (avsnitt 2.4)

Här presenterar vi resultat från analysen av nyttjandet av tandvårdsstödet i olika kommuntyper. Nyttjandet i olika socioekonomiska områdestyper presenteras i rapporten i avsnitt 2.4.

2.3.1 Tandvårdsstödet i olika kommuntyper

Hur mycket man använder sig av tandvårdsstödet skiljer sig mellan regionerna, vilket framkommer av diagram 6. Nyttjandet var 2023 som högst i Jönköping, Halland och Stockholm som nyttjar drygt 1 200 kronor per invånare. Lägst var det i Gotland, Norrbotten och Dalarna som nyttjar runt 1 000 kronor per invånare.

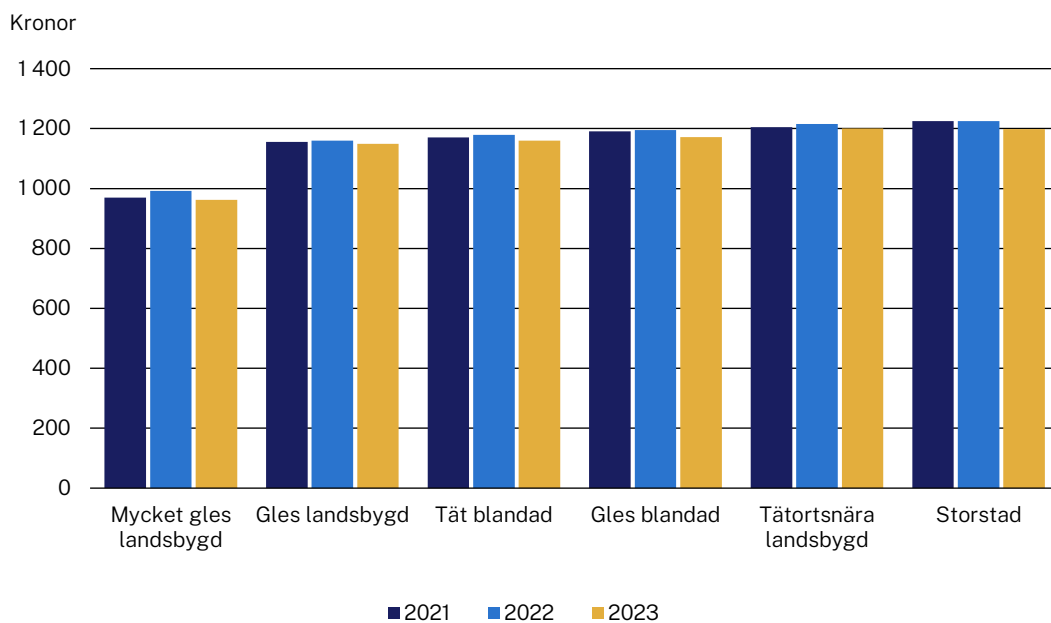
Diagram 6 Nyttjande av tandvårdsstöd per region; utbetalda belopp per invånare



Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Försäkringskassan och SCB.

När vi analyserar olika kommuntyper sticker mycket glesa landsbygdskommuner ut, se diagram 7. Där nyttjades stödet i snitt med 962 kronor per invånare; i övriga kommuner var nyttjandet runt 1 175 kronor.

Diagram 7 Nyttjande av tandvårdsstödet per kommuntyp; utbetalda belopp per invånare



Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Försäkringskassan.

2.4 Utbudet av tandvård (ej i rapporten)

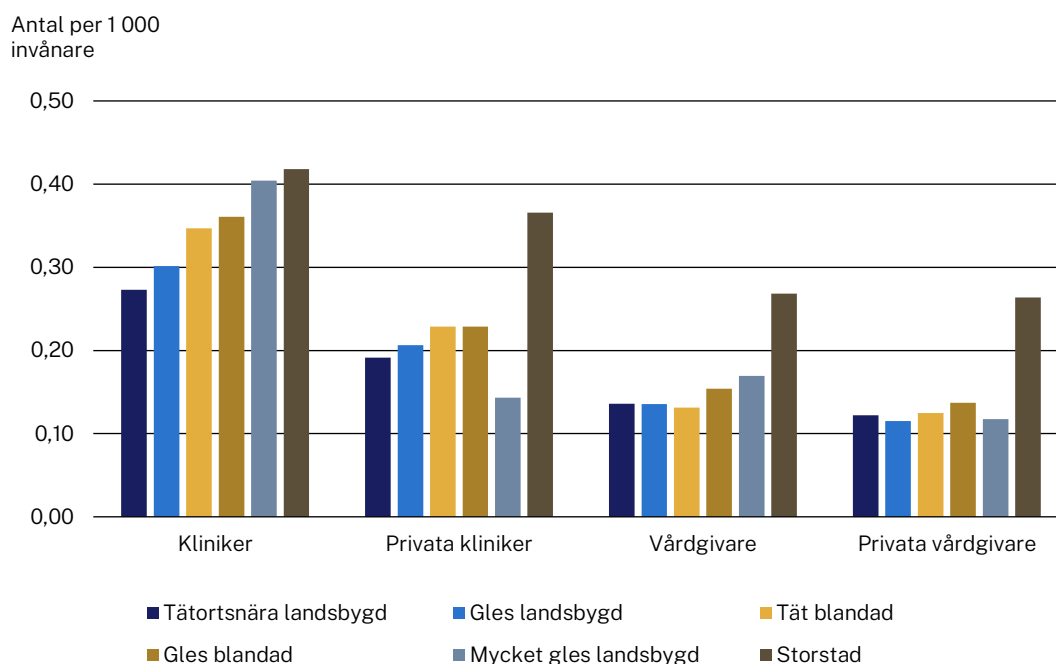
Avsnittet beskriver vår analys av antalet kliniker och antalet vårdgivare per invånare i olika kommuntyper respektive olika socioekonomiska områdestyper. Dessa analyser är inte med i rapporten, eftersom tillgången till tandvård låg utanför ramen för granskningen. För att några säkra slutsatser ska kunna dras behöver de indikationer vi ser stärkas med ytterligare analys.

2.4.1 Tandvårdsutbudet i olika kommuntyper

Vi har undersökt antalet kliniker och vårdgivare per invånare i de olika kommuntyperna. Eftersom tandvårdsutbudet har betydelse för hela befolkningen tittar vi här på antalet per invånare totalt sett i områdena, alltså inte bara på dem som är äldre än 25 år.

Diagram 8 visar tandvårdsutbudet mätt på fyra olika sätt. För samtliga mått är utbudet störst i storstäderna. Antalet privata vårdgivare och kliniker per invånare är färre i mycket gles landsbygd. Men totalt sett är antalet kliniker per invånare nästan lika högt i mycket gles landsbygd som i storstäderna.

Diagram 8 Tandvårdsutbudet i olika kommuntyper 2024



Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Försäkringskassan och SCB.

2.4.2 Tandvårdsutbudet i olika socioekonomiska områdestyper

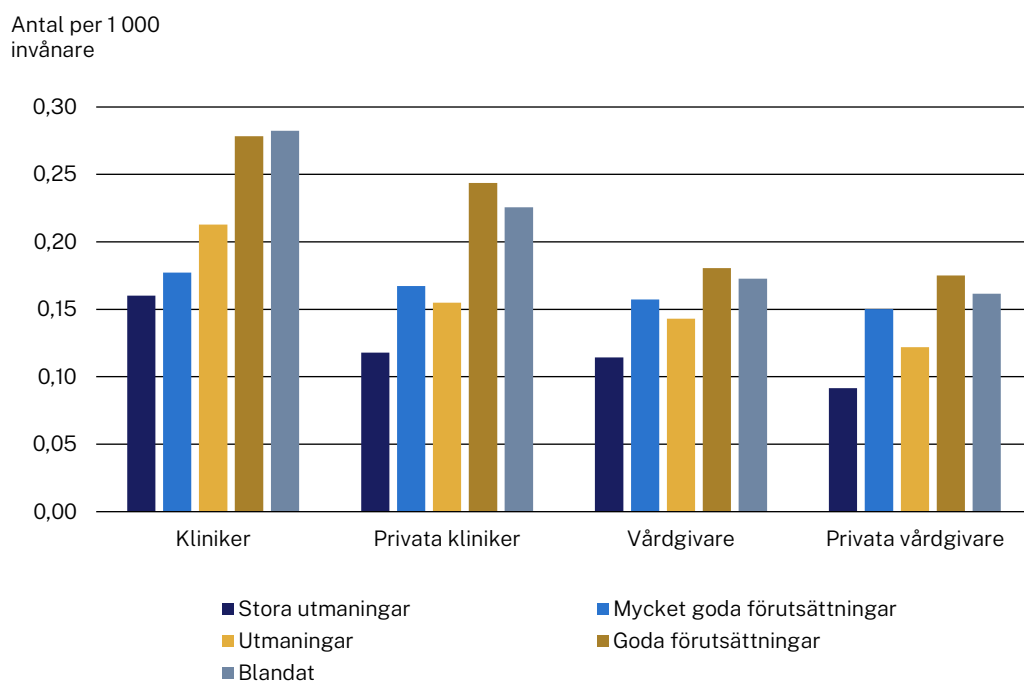
Ett skäl till att socioekonomiskt utsatta grupper nyttjar mindre tandvårdsstöd är att de avstår tandvård av ekonomiska skäl, som vi beskriver i avsnitt 2.1 i rapporten. Våra analyser indikerar att ett annat skäl kan vara att utbudet av tandvårdsgivare är sämre i socioekonomiskt utsatta områden. Vi ser att både antalet kliniker och antalet

vårdgivare per invånare är lägre i dessa områden. Det tycks alltså inte som att det större tandvårdsbehovet bland invånarna i dessa områden (se avsnitt 2.2.3 i rapporten) gör att fler vårdgivare etablerar sig där.

Diagram 9 visar tandvårdsutbudet enligt samma fyra mått som i diagram 8. Områden med stora socioekonomiska utmaningar har sämst utbud enligt alla mått. Näst sämst utbud har områden med socioekonomiska utmaningar för tre av fyra mått. Mönstret är starkast för de privata vårdgivarna.

Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar har dock inte störst utbud, utan placerar sig istället i mitten av grupperna. Där är antal kliniker per invånare till och med näst lägst. En förklaring till det skulle kunna vara att områden med goda socioekonomiska förutsättningar framför allt är områden med villor och småhus.⁶

Diagram 9 Tandvårdsutbudet i olika socioekonomiska områdestyper



Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Försäkringskassan och SCB.

Det större behovet av tandvård i socioekonomiskt utsatta områden tycks alltså inte göra att fler vårdgivare etablerar sig där. Det finns flera tänkbara förklaringar till detta. En förklaring kan vara att de hellre etablerar sig i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar för att de kan ta ut högre priser där. Våra analyser tyder på att priserna är betydligt högre i områden med socioekonomiskt goda förutsättningar, se avsnitt 2.1.2 i denna bilaga.

⁶ Mejl från Boverket, 2025-10-17.

Enligt TLV kan det också vara mer kostsamt att driva tandvårdskliniker i socioekonomiskt svaga områden. Patienter i socioekonomiskt svaga områden avstår oftare från regelbundna undersökningsbesök, och går enbart när de har besvär och åtgärdar det mest akuta. Sammantaget ger det en hög omsättning av patienter, varav många kräver mer uppstartstid jämfört med patienter som går regelbundet till tandläkaren. En hög grad av akut tandvård tenderar också att öka personalomsättningen, vilket ökar personalkostnaderna. Det kan också finnas rekryteringsproblem till tandvårdskliniker i utsatta områden.⁷

⁷ Mejl från TLV, 2024-20-24.