

Regeringens skrivelse

2025/26:219



Riksrevisionens rapport om tandvårdsstödet

Skr.
2025/26:219

Regeringen överlämnar denna skrivelse till riksdagen.

Stockholm den 1 april 2026

Elisabet Svantesson

Jakob Forssmed
(Socialdepartementet)

Skrivelsens huvudsakliga innehåll

I skrivelsen redovisar regeringen sin bedömning av de iakttagelser och rekommendationer till regeringen som Riksrevisionen lämnar i rapporten Tandvårdsstödet – en konstruktion med hål (RiR 2025:34).

Riksrevisionens övergripande slutsats är att tandvårdsstödet inte är effektivt. Riksrevisionen lämnar fyra rekommendationer till regeringen samt tre till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och en till Konsumentverket.

Regeringen välkomnar Riksrevisionens granskning och konstaterar att den bidrar till att synliggöra behovet av att utveckla det statliga tandvårdsstödet så att det blir mer effektivt. Mot bakgrund av de omfattande åtgärder som regeringen redan har vidtagit, som i stora delar ligger i linje med granskningens analys och förslag, men även avser att vidta på de områden som Riksrevisionen lyfter instämmer regeringen enbart till viss del i Riksrevisionens iakttagelser och rekommendationer.

I och med denna skrivelse anser regeringen att Riksrevisionens rapport är slutbehandlad.

Innehållsförteckning

- 1 Ärendet och dess beredning3
- 2 Riksrevisionens iakttagelser.....3
 - 2.1 Patientens ställning behöver stärkas.....3
 - 2.2 Tandvårdsstödet konstruktion behöver ses över4
 - 2.3 Besluten kring tandvårdsstödet behöver stärkas.....5
 - 2.4 Riksrevisionens rekommendationer5
- 3 Regeringens bedömning av Riksrevisionens iakttagelser6
- 4 Regeringens åtgärder med anledning av Riksrevisionens iakttagelser8
- Bilaga 1 Tandvårdsstödet – en konstruktion med hål.....10
- Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 1 april 202698

Riksrevisionen har granskat om statens tandvårdsstöd fungerar effektivt. Resultatet av granskningen redovisas i rapporten Tandvårdsstöd – en konstruktion med hål (RiR 2025:34), se *bilagan*.

Riksrevisionens rapport lämnades till regeringen den 9 december 2025. I denna skrivelse behandlar regeringen de iakttagelser och de rekommendationer till regeringen som Riksrevisionen redovisar i sin rapport.

2 Riksrevisionens iakttagelser

Riksrevisionen har granskat om det statliga tandvårdsstödet är effektivt för att uppnå sina mål sett till stödets utformning och myndigheternas informationsinsatser. Granskningen har omfattat Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Försäkringskassan och regeringen. Det statliga tandvårdsstödet omfattar vuxentandvård och den subvention som omfattas av granskningen är det allmänna högkostnadsskyddet, det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) och det särskilda tandvårdsbidraget (STB). Reformen om ett förstärkt högkostnadsskydd, som infördes den 1 januari 2026, omfattas inte av Riksrevisionens granskning.

Riksrevisionens övergripande slutsats är att tandvårdsstödet inte är effektivt. Riksrevisionen identifierar tre områden där förbättringar krävs för att tandvårdsstödet bättre ska bidra till god tandhälsa, begränsade patientkostnader och kontroll över statens resursanvändning. Riksrevisionen bedömer att patientens ställning behöver stärkas. En patient som tar mer välinformerade beslut kan förbättra priskonkurrensen och patientens kostnader kan därmed minska. Riksrevisionen bedömer vidare att tandvårdens konstruktion behöver ses över, så att subventionen i högre grad kommer patienterna till del och tandhälsan mer effektivt stärks genom förebyggande tandvård. Riksrevisionen bedömer även att besluten kring tandvårdsstödet bör stärkas och att dialogen mellan TLV och tandvårdsbranschen behöver förbättras. Nämnden för statligt tandvårdsstöd bör avvecklas då den inte fyller den roll som var tänkt. Beslutsansvaret över tandvårdsstödet bör även åtföljas av ett ansvar för en samlad analys av tandvårdsstödet utveckling.

2.1 Patientens ställning behöver stärkas

Riksrevisionens granskning visar att patienter har dålig kunskap om priser och tandvårdsstödet och att de befinner sig i ett informationsunderläge. Tandvårdssystemet bygger på att patienter är välinformerade, ifrågasätter priser och byter tandläkare, men Riksrevisionen konstaterar att patienter snarare värdesätter kontinuitet och en förtroendefull relation med tandläkaren. Priskonkurrensen fungerar därför inte som tänkt och priserna har ökat allt mer, vilket urholkar tandvårdsstödet effekt.

Riksrevisionen konstaterar att en central förutsättning för att systemet ska fungera är att patientens ställning stärks inom flera områden. Samtidigt är informationsinsatserna inte tillräckliga för att stärka patienternas ställning.

Flera myndigheter delar på ansvaret att informera patienten, vilket gör det onödigt krångligt för patienten i ett system som redan är komplicerat att förstå. Riksrevisionen bedömer att regeringen bör utse en myndighet med ett samlat ansvar för att informera patienter om tandvården. En myndighet med ett samlat ansvar kan ta ett helhetsgrepp för att nödvändig information ska finnas lättillgänglig.

Patienter behöver tillgång till individspecifik information om sitt inestående tandvårdsstöd och var patienten befinner sig i högkostnads-trappan. Riksrevisionen konstaterar att förslaget i betänkandet Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård (SOU 2024:70) om att denna typ av information ska finnas tillgänglig för patienten via direktåtkomst genom Mina sidor på Försäkringskassans webbplats är ett steg i rätt riktning.

Riksrevisionen bedömer att regeringen bör överväga initiativ för att få en patientenkät på plats. En sådan enkät kan på ett kostnadseffektivt sätt nå patienterna genom direktåtkomsten på Försäkringskassans webbplats, om den kommer på plats. Enkäten föreslås omfatta frågor om patienten fått information om kostnader och behandlingsalternativ av vårdgivaren.

Riksrevisionen bedömer att alla vårdgivare bör vara anslutna till en särskild funktion som stöder patienter som lämnar klagomål. Detta är särskilt viktigt eftersom det inte finns någon aktör som följer upp hur vårdgivarna fullgör sitt informationsansvar.

Riksrevisionen konstaterar att en prisreglering kan stärka patientens ställning och noterar reformen med ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård (prop. 2025/26:27). Vid en prisreglering behöver patienten inte längre jämföra priser, men det innebär samtidigt risker. Riksrevisionen bedömer att den införda prisregleringen behöver följas noggrant men noterar att regeringen har aviserat att en eller flera myndigheter bör få i uppdrag att utvärdera reformens effekter och konsekvenser.

2.2 Tandvårdsstödet konstruktion behöver ses över

Riksrevisionen bedömer att tandvårdsstödet konstruktion behöver ses över. Översynen bör utgå från att systemet ska vara enkelt att förstå och tillämpa, då det i dag är svårt för patienter att förutse sina kostnader sett till de olika tandvårdsstöd och ersättningsregler som finns.

För det första bör tandvårdsstödet ses över så att det mer effektivt kommer patienten till del. Riksrevisionen ser två möjligheter: antingen att prisreglera eller att minska ersättningsgraden på 85 procent över 15 000 kronor. Samtidigt skulle en minskad subvention kunna missgynna dem med högst tandvårdskostnader.

För det andra bör tandvårdsstödet även ses över så att det i högre grad ersätter förebyggande tandvård för patienter med stora tandvårdsbehov. När förebyggande tandvård uteblir kan små problem, som enkelt kunde ha

åtgärdats tidigt, utvecklas till omfattande behov som kräver dyra behandlingar. Det är kostsamt för både patienten och samhället och innebär därtill onödigt lidande. Riksrevisionen anför att en möjlighet vore att använda Socialstyrelsens förslag på riskbedömningsmodell för att identifiera patienter med ökad risk för tandvårdsproblem. Detta förutsätter dock att modellen blir tillförlitlig. Riksrevisionens granskning visar att ATB inte effektivt stimulerar till regelbundna tandvårdsbesök. De pengarna kan användas mer effektivt genom att riktas till förebyggande tandvård för dem med stora tandvårdsbehov.

Personer med ett ökat behov av tandvård på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning nås inte av STB. Riksrevisionen anser att regeringen bör identifiera patientgrupper som i dag inte omfattas av STB men som har stora tandvårdsbehov.

2.3 Besluten kring tandvårdsstödet behöver stärkas

Riksrevisionen bedömer att beslutsstrukturen kring tandvårdsstödet kan bli mer effektiv och bättre säkerställa kostnadskontroll om bl.a. följande förändringar genomförs.

Dialogen mellan TLV och tandvårdsbranschen behöver förbättras. TLV får inte tillgång till viktiga underlag för beräkningen av referenspriserna. Enligt Riksrevisionen är det rimligt att staten ställer krav på att alla vårdgivare som väljer att ansluta sig till systemet för statligt tandvårdsstöd också lämnar de uppgifter som krävs för att handlägga stödet.

Riksrevisionen bedömer vidare att Nämnden för statligt tandvårdsstöd inom TLV bör avskaffas. I och med att beloppsgränserna inom högkostnadsskyddet indexerats fr.o.m. 2026 förlorar nämnden sitt viktigaste verktyg för att kontrollera kostnaderna. Det som då återstår för nämnden att besluta om är vilka åtgärder som ska ingå i tandvårdsstödet. När tandvårdsstödet infördes betonades det att nämnden skulle kunna få en viktig roll i att föra dialog med berörda parter. Granskningen visar att så inte har blivit fallet. Nämnden bidrar inte heller med någon särskild kompetens som krävs för besluten. Riksrevisionen bedömer att besluten i stället bör fattas av generaldirektören för TLV, vilket kan leda till att myndigheten tydligare prioriterar dialogen med branschen.

Nödvändig analyskompetens för tandvårdsstödet är i dag spridd på olika myndigheter. Riksrevisionen anser att regeringen bör se till att TLV (eller den aktör som framöver tar besluten om tandvårdsstödet) även har ett ansvar för att inför framtida beslut göra en samlad analys av tandvårdsstödet kostnadsutveckling och måluppfyllelse.

2.4 Riksrevisionens rekommendationer

Riksrevisionen lämnar följande rekommendationer till regeringen:

- Ta initiativ för att stärka patientens ställning på tandvårdsmarknaden. Ansvaret för patientinformation bör samlas under en myndighet. Överväg att införa en patientenkät samt att reglera så att tandvårdens alla vårdgivare blir skyldiga att ansluta sig till en klagomålsfunktion.

- Se till att tandvårdsstödet i högre grad kommer patienten till del och att subventionen mer effektivt stimulerar till förebyggande tandvård.
- Ta initiativ till en reglering som ställer krav på att branschen rapporterar in de uppgifter till TLV som de behöver för att beräkna referenspriserna.
- Avveckla Nämnden för statligt tandvårdsstöd och flytta besluten till generaldirektören för TLV. Beslutsansvaret bör åtföljas av ett ansvar att göra en samlad analys av tandvårdsstödet utveckling.

Riksrevisionen lämnar även tre rekommendationer till TLV och en rekommendation till Konsumentverket.

3 Regeringens bedömning av Riksrevisionens iakttagelser

Regeringen välkomnar Riksrevisionens granskning och instämmer i vissa delar i Riksrevisionens iakttagelser och slutsatser. Det statliga tandvårdsstödet är komplext och patienten befinner sig i ett informationsunderläge. Systemet är samtidigt uppbyggt utifrån att patienten behöver vara välinformerad om priser och subventioner. Priserna på tandvården har även ökat med tiden. Regeringen anser därför att Riksrevisionens granskning utgör ett viktigt bidrag till att synliggöra områden där tandvårdsstödet kan utvecklas för att det ska uppnå sina mål. Regeringen anser att det är av stor vikt att det statliga tandvårdsstödet är effektivt, träffsäkert och bidrar till en förbättrad munhälsa.

Under tiden som granskningen har genomförts har regeringen vidtagit flera åtgärder i syfte att det statliga tandvårdsstödet ska bli mer effektivt, bl.a. har två omfattande tandvårdsreformer antagits av riksdagen. Den 1 januari 2026 trädde förslagen i propositionen Ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård (prop. 2025/26:27) i kraft. Reformen innebär bl.a. att tandvårdens högkostnadsskydd mer kommer efterlikna det som finns i övrig vård och den första etappen omfattar personer som fyller minst 67 år under 2026. Lagändringarna innebär bl.a. att den särskilda tandvårdsersättningen kombineras med prisreglering. Samtidigt trädde förslagen i propositionen Stärkt kontroll över tandvårdssektorn (prop. 2025/26:7) i kraft. Lagändringarna syftar till att öka patientsäkerheten och förhindra oseriösa och kriminella aktörer på tandvårdsmarknaden. Dessa reformer påverkar regeringens bedömning av Riksrevisionens iakttagelser.

I sin granskning konstaterar Riksrevisionen att TLV:s prisjämförelsetjänst är lättanvänd, men att den i låg grad når patienterna. Riksrevisionen konstaterar även att Försäkringskassan inte aktivt informerar om tandvårdsstödet samt att myndigheten inte tillhandahåller individspecifik information. Riksrevisionen bedömer därför att patientens ställning bör stärkas. Regeringen instämmer i huvudsak med denna slutsats. Däremot anser regeringen att det i nuläget inte är motiverat att vidta huvuddelen av de åtgärder som Riksrevisionen rekommenderar då andra åtgärder som

tillgodosör detta behov har vidtagits. Regeringen arbetar även fortsatt med frågan och utesluter inte ytterligare åtgärder på området (se avsnitt 4).

Riksrevisionens granskning visar att högkostnadsskyddet lett till högre priser och inte effektivt kommer patienten till del. Riksrevisionen anser att tandvårdsstödet konstruktion bör ses över. Regeringen bedömer att det saknas skäl att se över tandvårdsstödet konstruktion enligt Riksrevisionens rekommendation då andra insatser har genomförts som tillgodosör samma behov (se avsnitt 4).

Riksrevisionen konstaterar även att tandvårdsstödet inte tillräckligt uppmuntrar personer med stora tandvårdsbehov att besöka tandvården förebyggande och att stödet bör ses över så att det i högre grad ersätter förebyggande tandvård för dessa personer. Regeringen håller med om att förebyggande tandvård är viktig, men instämmer inte i Riksrevisionens bedömning att tandvårdsstödet inte tillräckligt uppmuntrar till detta. Regeringen vill i sammanhanget belysa att personer med omfattande behov vanligen uppvisar en redan pågående sjukdomsbild. Det innebär att insatser såsom återkommande rådgivande samtal, instruktioner och information om egenvård vid sjukdom i tandvårdsstödet formellt klassificeras som sjukdomsbehandling i tandvårdsstödet, trots att de till sin karaktär har ett förebyggande syfte. Dessa insatser syftar till att genom sekundärprevention förebygga ett återfall i sjukdom eller en försämring av ett redan diagnostiserat tillstånd och ersätts inom tandvårdsstödet i dag. Dessutom omfattar den nya särskilda tandvårdsersättningen just sådan tandvård som sjukdomsbehandling för att omhänderta patienter med ett behandlingsbehov på grund av exempelvis sjukdom som tandlossning.

Enligt Riksrevisionen bör regeringen identifiera patientgrupper som i dag inte omfattas av STB men som har stora tandvårdsbehov. Regeringen ser inte att det just är personer med stora tandvårdsbehov som generellt bör omfattas av ett bidrag som riktas mot förebyggande tandvård. Samtidigt anser regeringen att det kan finnas skäl att på nytt se över kriterierna för att omfattas av STB.

Regeringen bedömer att det för närvarande inte finns skäl att vidta åtgärder med anledning av Riksrevisionens rekommendation att ta initiativ till en reglering som ställer krav på att tandvårdsbranschen rapporterar uppgifter till TLV som myndigheten behöver för att beräkna referenspriserna. Efter dialog med TLV synes det förstärkt högkostnadsskyddet för tandvård ha ändrat förhållandet mellan TLV och branschen och gensvaret från branschen har förbättrats. Regeringen har för avsikt att följa utvecklingen och avvakta myndighetens kommande dialoger med branschen för att se om behovet av en reglering kvarstår.

Riksrevisionen konstaterar att Nämnden för statligt tandvårdsstöd inte har uppfyllt sin roll i att legitimera verksamheten genom förankring hos viktiga grupper. Vidare noterar Riksrevisionen att nämnden inte bidrar med någon särskild kompetens som behövs för besluten, t.ex. sett till odontologi eller hälsoekonomi. Granskningen visar även att nödvändig analyskompetens för tandvårdsstödet är spridd på olika myndigheter. En samlad analys av TLV (eller den aktör som framöver tar besluten om tandvårdsstödet) bör ligga till grund för framtida beslut om tandvårdsstödet. Regeringen gör bedömningen att det finns skäl att överväga om Nämnden för statligt tandvårdsstöd bör avvecklas och avser att återkomma i frågan. Regeringen gör däremot bedömningen att det inte finns skäl att

ålägga TLV att ansvara för en sådan samlad analys som Riksrevisionen föreslår, eftersom TLV enligt förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket redan ska följa och analysera utvecklingen på tandvårdsområdet.

4 Regeringens åtgärder med anledning av Riksrevisionens iakttagelser

Riksrevisionen rekommenderar regeringen att stärka patientens ställning på tandvårdsmarknaden, att se över tandvårdsstödet konstruktion, att ställa krav på branschens rapportering till TLV och att avveckla Nämnden för statligt tandvårdsstöd och flytta besluten till generaldirektören för TLV vilket bör åtföljas av ett ansvar för en samlad analys av tandvårdsstödet utveckling. Som redogjorts för i avsnitt 3 har regeringen, under den period som Riksrevisionens granskning pågått, initierat och genomfört kraftfulla åtgärder i syfte att det statliga tandvårdsstödet ska bli mer effektivt, begränsa patienters kostnader och bidra till en bättre munhälsa i befolkningen.

Det har införts en prisreglering i syfte att stärka patienternas ställning genom det förstärkta högkostnadsskyddet för tandvård (prop. 2025/26:27). Utan prisreglering inom den särskilda tandvårdsersättningen skulle priserna med all säkerhet variera stort. Med prisreglering behöver patienter som omfattas av den särskilda tandvårdsersättningen inte längre jämföra priser. I betänkandet Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård (SOU 2024:70) föreslås det att patienten ska ges information om utförd tandvård och om den tandvårdsersättning som lämnats till vårdgivaren samt att patienten genom direktåtkomst hos Försäkringskassan ska kunna eftersöka information om sitt tandvårdsstöd. De förslag i betänkandet som inte har omhändertagits bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Vidare syftar de införda lagändringarna i propositionen Stärkt kontroll över tandvårdssektorn (prop. 2025/26:7) till att öka patientsäkerheten och stoppa oseriösa aktörer. Det övergripande syftet med åtgärderna är att öka efterlevnaden av gällande regelverk. Regeringen gör bedömningen att detta kommer leda till bättre tandvård för patienterna och färre klagomål. Regeringen har i Inspektionen för vård och omsorgs regleringsbrev för 2026 (S2025/02147) gett myndigheten i uppdrag att med anledning av det förstärkta högkostnadsskyddet för tandvård öka sin tillsyn av tandvårdssektorn för att tillse att tandvårdsverksamheten fortsatt håller god kvalitet. Regeringen avser att följa utvecklingen noga. Regeringen har även gett TLV i uppdrag att bl.a. stärka sitt informationsarbete till patienter (S2025/01239). TLV har påbörjat detta arbete, bl.a. genom att vidareutveckla Tandpriskollen, som nu har åldersanpassad information.

Regeringen har med prisregleringen i den särskilda tandvårdsersättningen även sett till att stödet i högre grad kommer patienten till del. Regeringen har lämnat uppdrag till TLV i myndighetens regleringsbrev för 2026 (S2025/02147) att följa upp samt utvärdera konsekvenser och

effekter av det förstärkta högkostnadsskyddet. TLV ska enligt uppdraget bl.a. fokusera särskilt på prisutvecklingen för den tandvård som inte prisregleras i samband med reformen. TLV ska lämna årliga redovisningar av uppdraget till och med 2032. Skr. 2025/26:219

Regeringen har vidtagit ytterligare åtgärder för att säkerställa tandvårdsstödet effektivitet. Regeringen har bl.a. gett Socialstyrelsen i uppdrag (S2026/00642) att se över vilka patientgrupper som bör vara berättigade till STB och att om möjligt förenkla förfarandet och administrationen för STB. Regeringen har även vidtagit betydande åtgärder för att stärka dessa patientgrupper genom att höja STB till 1 000 kronor per halvår från och med den 1 januari 2026.

TLV har inkommit med en skrivelse till regeringen med förslag att Nämnden för statligt tandvårdsstöd avvecklas. Denna bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Mot bakgrund av de åtgärder regeringen har vidtagit och avser att vidta anser regeringen att det för närvarande inte finns skäl att vidta ytterligare åtgärder utifrån de rekommendationer som Riksrevisionen lämnar. Regeringen avser dock att fortsätta det viktiga arbetet med att statens tandvårdsstöd ska begränsa patienternas kostnader och bidra till en bättre munhälsa.

I och med denna skrivelse anser regeringen att Riksrevisionens rapport är slutbehandlad.



RiR 2025:34

Tandvårdsstödet

–en konstruktion med hål

Riksrevisionen är en myndighet under riksdagen med uppgift att granska statliga myndigheter och verksamheter. Vi bedriver både årlig revision och effektivitetsrevision. Genom ett grundlagsskyddat oberoende har Riksrevisionen ett starkt mandat och är en viktig del av riksdagens kontrollmakt som bidrar till förbättringar och demokratisk insyn.

Denna rapport har tagits fram inom effektivitetsrevisionen, vars uppgift är att granska hur effektiv den statliga verksamheten är. Vi lämnar även rekommendationer för att förbättra den granskade verksamheten. Effektivitetsgranskningar lämnas direkt till riksdagen som bereder dem tillsammans med en svarsskrivelse från regeringen.



Riksrevisionen
RiR 2025:34
ISBN 978-91-7086-737-8
ISSN 1652-6597
Tryck: Riksdagstryckeriet, Stockholm 2025



Beslutad: 2025-11-25
Diarienummer: 2024/0948
RiR 2025:34

Till: Riksdagen

Härmed överlämnas enligt 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. följande granskningsrapport:

Tandvårdsstödet

– en konstruktion med hål

Riksrevisionen har granskat om statens tandvårdsstöd fungerar effektivt. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport. Den innehåller slutsatser och rekommendationer som avser regeringen, Försäkringskassan, Konsumentverket och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Riksrevisorerna Christina Gellerbrant Hagberg har beslutat i detta ärende. Revisionsledaren Filippa Hagersten har varit föredragande. Revisionsdirektören Jan Boström och enhetschefen Magdalena Brasch har medverkat i den slutliga handläggningen.

Christina Gellerbrant Hagberg

Filippa Hagersten

För kännedom

Regeringskansliet; Socialdepartementet

Försäkringskassan, Konsumentverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Innehåll

Sammanfattning	5
1 Inledning	8
1.1 Motiv till granskning	8
1.2 Systemet kring det statliga tandvårdsstödet	8
1.3 Övergripande revisionsfråga och avgränsningar	11
1.4 Bedömningsgrunder	11
1.5 Metod och genomförande	13
2 Hur tandvårdsstöden uppfyller sina mål	15
2.1 Högkostnadsskyddet begränsar delvis effektivt patienternas kostnader	15
2.2 ATB och STB är inte effektiva stöd	17
2.3 Priskonkurrensen fungerar dåligt på tandvårdsmarknaden	21
2.4 Tandvårdsstöden fördelas ojämnt över landet och socioekonomiskt	28
3 Hur TLV arbetar med sitt tandvårdsuppdrag	30
3.1 Det saknas viktiga underlag när referenspriserna beräknas	30
3.2 Vårdgivarna får relevant information om regler och stöd	34
3.3 Nämnden för tandvårdsstöd har inte fyllt den roll som var tänkt	35
4 Hur myndigheterna informerar patienter om tandvårdsstöd och priser	40
4.1 TLV:s information om priser är bra, men når inte patienterna	40
4.2 Försäkringskassan informerar inte aktivt om tandvårdsstöden	43
4.3 Ingen följer upp vårdgivarnas informationsskyldighet	45
4.4 Ytterligare hinder för att stärka patientens ställning	46
5 Slutsatser och rekommendationer	48
5.1 Patientens ställning behöver stärkas	48
5.2 Tandvårdsstödet konstruktion behöver ses över	51
5.3 Stärk besluten kring tandvårdsstödet	54
5.4 Rekommendationer	57
Referenslista	59

Elektroniska bilagor

Till rapporten finns bilagor att ladda ner från Riksrevisionens webbplats. Bilagorna kan även begäras ut från ärendets akt genom registraturen.

Bilaga 1. Analys av tandvårdspriser och tandvårdsstöd

Bilaga 2. Analys av förändrade beloppsgränser och ersättningsgrader med FASIT

Sammanfattning

Statens tandvårdsstöd ska begränsa patienternas kostnader och bidra till bättre tandhälsa. Riksrevisionens granskning visar att tandvårdsstödet inte är effektivt. Tandhälsan har visserligen kontinuerligt förbättrats, men det förklaras sannolikt i huvudsak av andra faktorer än tandvårdsstödet. Patienternas ställning på tandvårdsmarknaden är svag och behöver stärkas. Tandvårdsstödet behöver ses över så att det i högre grad kommer patienterna till del samt för att bättre nå dem med störst behov av förebyggande tandvård. Slutligen behövs flera åtgärder för att effektivisera besluten i tandvårdsstödssystemet.

Patienternas ställning behöver stärkas

Patienternas ställning på tandvårdsmarknaden behöver stärkas. Patienterna har dålig kunskap om priser, behandlingar och tandvårdsstöden. Få byter tandläkare. Dessutom är patienterna i informationsunderläge. Därmed kan vårdgivarna ta ut höga priser.

Patientinformationen är idag splittrad och tandvårdsstödssystemet krångligt. Riksrevisionen bedömer att ansvaret för att nödvändig och lättförståelig tandvårdsinformation ska finnas lätt tillgänglig bör samlas hos en myndighet. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) behöver förbättra spridningen av sin prisjämförelsetjänst och den behöver kompletteras med information om vad olika åtgärder innebär.

Patienten saknar idag ett riktmärke för vad som är ett rimligt pris och vet därför inte när det är motiverat att klaga. Riksrevisionen bedömer att Konsumentverket bör verka för att precisera hur mycket priset får avvika från en tidigare angiven ungefärlig prisuppgift i myndighetens överenskommelse med branschen. Regeringen bör också överväga en reglering som gör alla tandläkare skyldiga att ansluta sig till en klagomålsfunktion.

Riksrevisionen konstaterar att utredningsförslaget som bereds om att patienten ska få individspecifik information via Försäkringskassans webbplats går i rätt riktning. Det skulle underlätta för patienten att förstå tandvårdsstödet och förutse sina kostnader. Det kan också fungera som en distributionskanal för en patientenkät i tandvården.

Tandvårdsstödet bör ses över för att ge mer tandhälsa för pengarna

Tandvårdsstödet konstruktion behöver ses över av två huvudsakliga skäl:

Tandvårdsstödet bör i högre grad komma patienterna till del. Det högkostnadsskydd som finns begränsar visserligen kostnaderna för dem som har högst tandvårdskostnader. Men Riksrevisionen bedömer att skyddet samtidigt har bidragit till högre priser och därmed inte kommer patienten till del på det sätt som är tänkt.

Granskningen visar att ju högre subventionen är, desto sämre tycks priskonkurrensen fungera.

Regeringen bör därför se till att högkostnadsskyddet i högre grad kommer patienterna till del. Tänkbara sätt att åstadkomma detta är följande:

1. Sänk subventionen och höj egenavgiften för de mest kostsamma åtgärderna, så att priskonkurrensen stärks och en större andel av subventionen går till patienten. Men samtidigt får då de med högst tandvårdskostnader mindre pengar, eftersom den minskade ersättningen sannolikt inte fullt kompenseras av förbättrad priskonkurrens.
2. Reglera priserna. Men även det innebär risker, till exempel att tillgängligheten till tandvård kan försämrast.

Tandvårdsstödet bör i högre grad riktas till förebyggande tandvård för personer med stora tandvårdsbehov. Idag riktas inte tandvårdsstödet till förebyggande tandvård för denna grupp, trots att de har störst behov av det. De besöker idag tandvården för sällan. När förebyggande tandvård uteblir riskerar små problem att bli omfattande och kräva dyra behandlingar. Det leder till ökade kostnader för individ och samhälle samt onödigt lidande. En sådan satsning kan bekostas genom att pengar omfördelas från allmänna tandvårdsbidraget (ATB), som granskningen har visat inte effektivt stimulerar till regelbundna besök.

Stärk besluten om tandvårdsstödet

Ett antal åtgärder kan effektivisera besluten inom tandvårdsstödet:

Dialogen mellan TLV och tandvårdsbranschen behöver förbättras. TLV får inte tillräckligt med underlag från branschen vid beräkningen av referenspriserna. *Referenspriset* är ett uppskattat normalpris för respektive tandvårdsåtgärd och styr hur hög patientens ersättning blir. Branschen har samtidigt lågt förtroende för referensprisernas tillförlitlighet. Granskningen visar att TLV överlag hanterar beräkningen av referenspriserna väl, men behöver utveckla metoder för att uppskatta tidsåtgången för olika åtgärder.

Nämnden för statligt tandvårdsstöd bör avvecklas, då den inte fyller sin tilltänkta roll. Nämndens ansvar för att bestämma vid vilka beloppsgränser som högkostnadsskyddet ska träda in försvinner när en indexering införs 2026. Nämnden gör inte heller på det sätt som tänkt tydliga prioriteringar och överväganden om vilka åtgärder som ska ingå i tandvårdsstödet. I stället bör besluten fattas av generaldirektören för TLV, vilket ger bättre förutsättningar för dialog med branschen och ett tydligt ansvar för hela beslutsprocessen.

Regeringen bör se till att TLV (eller den aktör som framöver tar besluten om tandvårdsstödet) också har ett ansvar för att göra en samlad analys av tandvårdsstödet. Analyskompetensen för tandvårdsstödet är splittrad på flera myndigheter. Det finns behov av en regelbunden samlad analys och bedömning av tandvårdsstödet utveckling, särskilt av hur kostnaderna utvecklas.

Rekommendationer

Till regeringen

- Ta initiativ för att stärka patientens ställning på tandvårdsmarknaden. Ansvaret för patientinformation bör samlas under en myndighet. Överväg även att införa en patientenkät samt att reglera så att tandvårdens alla vårdgivare blir skyldiga att ansluta sig till en klagomålsfunktion.
- Se till att tandvårdsstödet i högre grad kommer patienterna till del och att subventionen mer effektivt stimulerar till förebyggande tandvård.
- Ta initiativ till en reglering som ställer krav på att branschen rapporterar in de uppgifter till TLV som de behöver för att beräkna referenspriserna.
- Avveckla Nämnden för statligt tandvårdsstöd och flytta besluten till generaldirektören för TLV. Beslutsansvaret bör åtföljas av ett ansvar att göra en samlad analys av tandvårdsstödet utveckling.

Till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

- Utveckla kommunikationen kring prisjämförelsetjänsten för att öka genomslaget och medvetandegöra patienter om de prisskillnader som finns, till exempel genom att ge konkreta exempel på lokala prisskillnader.
- Verka för en förbättrad dialog med branschen.
- Utveckla metoder för att uppskatta tidsåtgången för olika tandvårdsåtgärder när referenspriserna beräknas.

Till Konsumentverket

- Verka för att i branschöverenskommelsen med Privattandläkarna precisera hur mycket priset får avvika från en tidigare angiven ungefärlig prisuppgift.

1 Inledning

1.1 Motiv till granskning

Tandvård utförs av vårdgivare som med fri prissättning agerar i konkurrens på en marknad. Statens tandvårdsstöd ska begränsa patienternas kostnader och bidra till bättre tandhälsa. Men det finns risker med att kombinera en subvention med fri prissättning. Subventionen förbättrar patienternas betalningsförmåga. Om priserna då ökar på grund av höjd efterfrågan, så dämpas effekten av subventionen. Patienten är dessutom i informationsunderläge och i en beroendeställning till tandläkaren. Därför finns vid sidan av tandvårdsstödet statliga åtgärder i syfte att stärka patientens ställning och förbättra marknadens funktion. Patienten ska göra välgrundade val med hjälp av information om priser och vilka stöd som finns.

Tandvårdens patienter är överlag nöjda.¹ Men det finns indikationer på att de olika delarna av systemet för tandvårdsstöden inte fungerar som tänkt. Vårdgivarnas priser avviker allt mer från TLV:s referenspriser, vilket kan indikera bristande priskonkurrens. Men det kan också vara ett tecken på att referenspriserna, som styr ersättningen till vårdgivarna, är för lågt satta och inte som avsett motsvarar ett normalpris på marknaden.

Oavsett blir följden att patienten betalar en allt större del av tandvårdskostnaderna, vilket riskerar att urholka syftet med tandvårdsstödet. Patienterna jämför inte heller priser i någon större utsträckning, trots att staten tillhandahåller en prisjämförelsetjänst. Tandvårdsstöden ska också stimulera till regelbundna tandvårdsbesök, men besöksfrekvensen minskar.

1.2 Systemet kring det statliga tandvårdsstödet

Det nuvarande statliga tandvårdsstödet infördes 2008. Konstruktionen har i stora delar legat fast sedan införandet.

Det statliga tandvårdsstödet omfattade 7,6 miljarder kronor år 2024 och utgörs av högkostnadsskyddet, det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) och det särskilda tandvårdsbidraget (STB).² Staten betalar en större andel av tandvårdskostnaderna i dagens system än innan. I dag betalar staten omkring en fjärdedel av de totala tandvårdsutgifterna, medan staten betalade 7 procent av utgifterna 2002.³

Det statliga tandvårdsstödet omfattar vuxentandvård. Tandvårdsstödet är avsett för patienten, men betalas indirekt via vårdgivaren. Av tandvården som omfattas av stödet stod staten för 38 procent, medan patienterna betalade 62 procent 2023.⁴

¹ Svenskt kvalitetsindex tandvård 2025.

² Prop. 2025/26:1, s. 37.

³ SOU 2021:8, s. 271.

⁴ SOU 2024:70, s. 193.

Regionerna tillhandahåller tandvård för barn och unga upp till 19 år⁵ samt ett stöd till vuxna med särskilda behov. Till exempel kan personer med varaktigt behov av vård och omsorg få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.⁶ Men denna tandvård omfattas inte av granskningen.

Det är fri prissättning inom tandvården. En bärande tanke bakom reformen är att patienterna behöver vara välinformerade om bland annat priser och behandlingar för att konkurrensen på marknaden ska fungera.⁷ Tanken är att patienter sedan ska agera och välja tandläkare utifrån informationen.

Statens subvention begränsas av åtgärdernas *referenspriser*, som beslutas av TLV. Referenspriserna är ett uppskattat normalpris för respektive åtgärd och styr hur hög patientens ersättning blir. Om tandläkaren tar mer betalt så betalar patienten mellanskillnaden själv. På så sätt har staten kontroll över sina utgifter. Referenspriserna syftar därutöver till att utgöra ett jämförelsepris för patienten gentemot vårdgivarens pris, så att konkurrensen på marknaden förbättras genom att patienten gör informerade val.

1.2.1 Myndigheternas ansvarsområden

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beräknar referenspriserna och tar fram föreskrifter för tandvårdsstödet. *Nämnden för statligt tandvårdsstöd*, som är en del av TLV, beslutar om referenspriser, vilka åtgärder som ska ersättas av tandvårdsstödet samt beloppsgränser och ersättningsgrader inom högkostnadsskyddet. TLV ska informera om sin verksamhet inom tandvårdsområdet och om sina beslut. De informerar också om tandvårdspriser genom prisjämförelsetjänsten *Tandpriskollen*.⁸

Försäkringskassan informerar patienter om tandvårdsstödet.⁹

Det finns fler myndigheter och verksamheter på tandvårdsområdet, men de omfattas inte av granskningen. Se avgränsningar under avsnitt 1.3.

1.2.2 Högkostnadsskyddet, ATB och STB

Högkostnadsskyddet omfattade 5,4 miljarder kronor år 2023.¹⁰ Det innebär att patienten vid större behandlingar inte behöver betala hela kostnaden själv. Staten betalar 50 procent av tandvårdskostnader över 3 000 kronor enligt referensprislistan och 85 procent av kostnader över 15 000 kronor enligt referensprislistan.

⁵ Åldersgränsen för avgiftsfri tandvård sänktes från 23 år till 19 år från 1 januari 2025.

⁶ Regionernas finansiering uppgick till cirka 9,2 miljarder 2024. Statistiska centralbyrån, "Kostnader per verksamhetsområde för regioner 2020–2024", hämtad 2025-10-10.

⁷ Marknadens funktionssätt ska förbättras genom att patienternas ställning stärks, främst genom förbättrad information om tandhälsa, möjliga behandlingsalternativ samt kvalitet och priser hos olika vårdgivare. Prop. 2007/08:49, s. 51.

⁸ 1, 2 och 5 a §§ förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

⁹ 2 § förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

¹⁰ Prop. 2025/26:1.

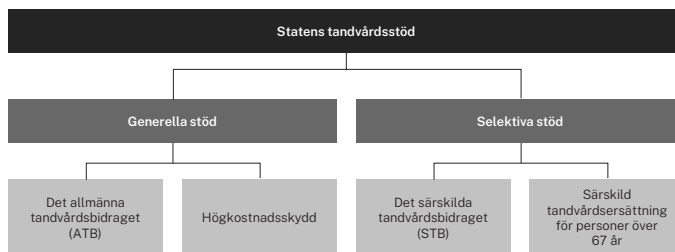
Det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) omfattade 2,1 miljarder kronor år 2024.¹¹ Det ska stimulera till regelbundna tandläkarbesök och är tänkt att användas för undersökningar och förebyggande tandvård. Men bidraget är inte öronmärkt till förebyggande tandvård, utan kan användas till annan tandvård också. Bidraget är 300 kronor eller 600 kronor om året, beroende på ålder.¹²

Det särskilda tandvårdsbidraget (STB) omfattar 81 miljoner kronor.¹³ Det riktas till personer med sjukdomar eller funktionsnedsättning som ökar risken för försämrad tandhälsa. STB kan enbart användas till förebyggande tandvård.¹⁴ Bidraget är 600 kronor per halvår. Tandläkaren bedömer om patienten har rätt till STB, utifrån exempelvis ett läkarintyg eller en läkemedelsförteckning kompletterat med salivmätning.¹⁵

Från 2026 införs en särskild tandvårdsersättning för personer över 67 år, men den omfattas inte av granskningen. De patienter som omfattas kommer betala 10 procent av referenspriset och staten resterande 90 procent. Undersökningar och förebyggande tandvård samt fast protetik längre bak i munnen ingår inte i det nya stödet. Samtidigt begränsas den fria prissättningen, så att vårdgivaren inte kommer kunna ta mer betalt än referenspriset. Fri prissättning kvarstår dock för patienter under 67 år, vilket är cirka 70 procent av tandvårdsmarknaden. En utredning har även redovisat hur stödet i framtiden kan utökas till fler patientgrupper.¹⁶

Dagens högkostnadsskydd kommer efter införandet av den särskilda tandvårdsersättningen i stället benämnas *allmän tandvårdsersättning*.

Figur 1 Statens tandvårdsstöd



¹¹ Prop. 2025/26:1.

¹² Personer i åldern 20–23 år samt över 65 år får ett förstärkt ATB på 600 kronor per år. Regeringen har föreslagit att gränsen höjs till 67 år från 2026 (Socialdepartementet, promemoria S2025/01575). Fram till 2025 var de nedre åldersgränserna 24–30 år, och tandvården avgiftsfri mellan 19–23 år.

¹³ Prop. 2025/26:1.

¹⁴ Prop. 2011/12:7, s. 1.

¹⁵ Socialstyrelsens föreskrifter anger de sjukdomar och funktionsnedsättningar som kan ge rätt till särskilt tandvårdsbidrag, vilket underlag som krävs samt hur ofta underlaget behöver förnyas. Socialstyrelsens föreskrifter om särskilt tandvårdsbidrag (SOSFS 2012:16).

¹⁶ SOU 2024:70.

1.3 Övergripande revisionsfråga och avgränsningar

Den övergripande frågan är om statens tandvårdsstöd är effektivt för att uppnå sina mål, sett till stödets utformning och myndigheternas informationsinsatser.

1.3.1 Delfrågor

1. Bidrar tandvårdsstöden effektivt till en god tandhälsa och begränsade tandvårdskostnader?
2. Arbetar TLV effektivt med sitt tandvårdsuppdrag?
3. Arbetar Försäkringskassan och TLV effektivt med att informera patienter om tandvårdsstöden och om tandvårdspriser?

Granskningen omfattar TLV, Försäkringskassan och regeringen.

Granskningsperioden sträcker sig från tandvårdsstödens införande 2008 till och med 2025, med tonvikt på de senaste åren.

1.3.2 Avgränsningar

Granskningen omfattar inte Försäkringskassans utbetalningar och kontroller av felaktiga utbetalningar inom tandvårdsstödet. Anledningen är att området nyligen har utvärderats och att regeringen under 2025 har gett uppdrag till myndigheter som rör stärkt kontroll.¹⁷ Vi undersöker däremot hur TLV konstruerat regelverket för att motverka incitament till felaktig inrapportering.

Vi granskar inte heller verksamhet som rör vårdkvalitet och patientsäkerhet i tandvården. Därmed omfattas inte Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn av att vårdgivaren bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete eller Socialstyrelsens normering genom föreskrifter och allmänna råd (HSFL-FS) samt nationella riktlinjer för tandvård. Vi granskar inte heller lärosätenas utbildning av tandvårdspersonal.

1.4 Bedömningsgrunder

1.4.1 För delfråga 1

De övergripande målen för tandvårdsstöden är följande:

- Högkostnadsskyddet ska möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad.
- Det allmänna tandvårdsstödet ska bidra till att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov. Detta genom att stimulera till regelbundna besök i förebyggande syfte.¹⁸

¹⁷ Inspektionen för socialförsäkringen, *Utmaningar i kontrollen av tandvårdsstödet. En granskning av Försäkringskassans arbete för att motverka felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd*, 2024; SOU 2023:82; Regeringsbeslut S2025/00205; Regeringsbeslut S2025/00206.

¹⁸ Prop. 2007/08:49, s. 48.

- Det särskilda tandvårdsstödet ska bidra till att bibehålla en god tandhälsa hos individer med ett ökat behov av tandvård på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning.¹⁹

Regeringen lyfter att den förebyggande tandvården är central också för patienter med stora tandvårdsbehov, även om inget av stöden specifikt är inriktat mot förebyggande tandvård till patienter med stora tandvårdsbehov.

Tandvårdsstöden ska så långt som möjligt komma patienten till del, alltså bli en subvention av patienternas pris och inte i praktiken gå till vårdgivarna. Stödet ska inte hamna hos vårdgivarna genom att de istället höjer priserna.

Tandvårdslagens mål om en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen ska vara vägledande för tandvårdsstödet. Ingen enskild ska av ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella eller geografiska skäl hindras från att få tandvård.²⁰

1.4.2 För delfråga 2

Portalparagrafen i instruktionen för TLV anger att myndigheten ska medverka till en ändamålsenlig och kostnadseffektiv tandvård.²¹ Det innebär följande:

- TLV ska se till att referenspriserna motsvarar ett normalpris för respektive åtgärd.²²
- TLV:s föreskrifter ska vara lätta att förstå och tillämpa för vårdgivarna.²³ Samtidigt ska de vara tydliga för att inte skapa utrymme för vårdgivarna att överutnyttja genom att rapportera åtgärder på ett sätt som maximerar deras intäkter.
- Nämnden för statligt tandvårdsstöd ska se till att systemet utformas så att kontroll skapas över de statliga utgifterna och den statliga resursanvändningen.²⁴

¹⁹ Prop. 2011/12:7, s. 30.

²⁰ Prop. 2007/08:49, s. 48–49.

²¹ 1 § förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

²² Prop. 2007/08:49, s. 64.

²³ Prop. 2007/08:49, s. 50.

²⁴ Prop. 2007/08:49, s. 51. Enligt TLV:s instruktion ska Nämnden för statligt tandvårdsstöd utforma sina beslut så att utgifterna för det statliga tandvårdsstödet ryms inom ram för anvisade medel på statsbudgeten. 5 b § förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

1.4.3 För delfråga 3

TLV ska informera om priserna inom tandvården, medan Försäkringskassan ansvarar för att informera om tandvårdsstöden. Det innebär följande:

- TLV ska informera patienterna om priser och referenspriser, så att patienterna har goda möjligheter att välja tandläkare efter pris och att priserna därigenom kan pressas.²⁵
- Försäkringskassan ska informera patienter som söker information om tandvårdsstöden.²⁶ Försäkringskassan bör med jämna mellanrum genom informationsinsatser uppmärksamma tandvårdsstödet för att uppmuntra till regelbundna besök i förebyggande syfte.²⁷

Regeringen och Försäkringskassan bör därutöver på en väl avvägd nivå reglera vårdgivarnas ansvar att ge patienterna den information de behöver för att göra informerade val, så att deras ställning stärks.²⁸

1.5 Metod och genomförande

Granskningen har genomförts av en projektgrupp bestående av Filippa Hagersten (projektledare), Jan Boström och Heléne Berg. Två referenspersoner har lämnat synpunkter på ett utkast till granskningsrapport: Thomas Davidsson (docent inom utvärdering och hälsoekonomi vid Linköpings universitet) och Björn Klinge (professor emeritus inom odontologi vid Karolinska institutet). Företrädare för Regeringskansliet (Socialdepartementet), TLV och Försäkringskassan har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på ett utkast till granskningsrapport.

1.5.1 Metoder för informationsinhämtning och analys

För samtliga delfrågor har vi gjort dokumentstudier av relevanta underlag på området, så som myndighetsrapporter, branschrapporter, statliga utredningar och forskningsartiklar samt författningar, propositioner och regeringsuppdrag. Vi har också gjort fyra gruppintervjuer med tandläkare från Folktandvården och privat tandvård i storstad och glesbygd.

För att besvara delfråga 1 om tandvårdsstödens måluppfyllelse har vi gjort en kvantitativ studie om tandvårdspriser och tandvårdsstöd, med data över Försäkringskassans utbetalade tandvårdsstöd 2008–2025 som vi kompletterat med företagsdata och patientdata. Vi har också använt SCB:s mikrosimuleringsmodell Fasit för att beräkna effekten av alternativa beloppsgränser och ersättningsgrader

²⁵ Prop. 2007/08:49 s. 63 och s. 154–155, 1a och 2 §§ förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

²⁶ 2 § förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

²⁷ Prop. 2007/08:49, s. 71.

²⁸ Prop. 2007/08:49, s. 51.

inom högkostnadsskyddet. Vi har även inhämtat statistik från myndigheters databaser samt ställt skriftliga frågor till patientorganisationer.

För att besvara delfråga 2 om hur TLV arbetar med sitt tandvårdsuppdrag har vi intervjuat TLV och företrädare för Nämnden för statligt tandvårdsstöd. Vi har också intervjuat företrädare för Folk tandvården och den privata tandvårdsbranschen. Vidare har vi analyserat TLV:s beslutsunderlag, mötesprotokoll från nämnden samt underlag från genomförandet av tandvårdsstödsreformen 2008.

För att besvara delfråga tre om Försäkringskassans och TLV:s arbete med att informera patienter har vi intervjuat samt ställt skriftliga frågor till representanter för de två myndigheterna. Vi har också gått igenom TLV och Försäkringskassans information till patienter på webben.

För att fördjupa vår förståelse för området har vi även intervjuat Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SkaPa) samt forskare.

2 Hur tandvårdsstöden uppfyller sina mål

I detta kapitel besvaras följande delfråga: *Bidrar tandvårdsstöden effektivt till en god tandhälsa och begränsade tandvårdskostnader?*

Granskningen visar att tandvårdsstöden på flera sätt inte är effektiva. Det här är våra iakttagelser:

- Högkostnadsskyddet begränsar kostnaderna betydligt för dem med högst tandvårdskostnader. Men allt fler avstår tandvård av ekonomiska skäl.
- ATB tycks inte öka besöken. För flertalet patienter är bidraget på 300 kronor så pass litet att det inte gör någon skillnad. STB är fortfarande underutnyttjat.
- Tandvårdsstödet stimulerar inte till förebyggande tandvård för personer med stora tandvårdsbehov, trots att det är för dem som förebyggande tandvård är som mest angelägen. Betydligt fler i befolkningen än dem som omfattas av STB har stora tandvårdsbehov.
- Tandvårdsstödet bidrar till högre priser och kommer därför inte på ett effektivt sätt patienten till del.

2.1 Högkostnadsskyddet begränsar delvis effektivt patienternas kostnader

Avsnittet behandlar följande bedömningsgrund: *Högekostnadsskyddet ska möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad.*

Högekostnadsskyddet är delvis effektivt, genom att det tydligt begränsar kostnaderna för dem med högst tandvårdskostnader. Men det finns ekonomiska trösklar för vissa grupper, och fler tycks avstå tandvård av ekonomiska skäl.

2.1.1 Begränsar kostnaderna för dem med högst tandvårdskostnader

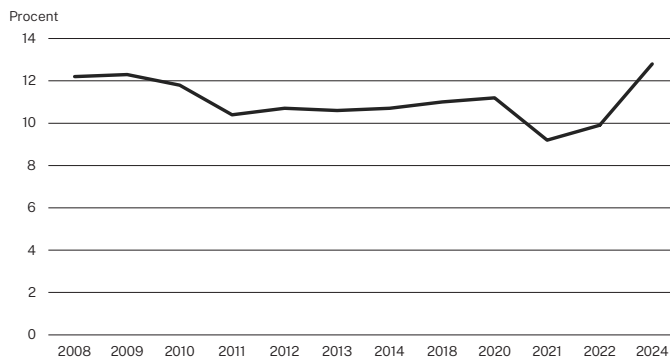
En stor del av högekostnadsskyddet går till en liten andel av patienterna som har höga tandvårdskostnader, eftersom subventionsgraden ökar i takt med tandvårdskostnaderna. 2022 gick 68 procent av högekostnadsskyddet till 5 procent av patienterna. En fjärdedel av patienterna hade kostnader över beloppsgränsen på 3 000 kronor och fem procent av patienterna hade kostnader över 15 000 kronor. Ungefär 70 procent av patienterna tar inte alls del av högekostnadsskyddet.²⁹

²⁹ SOU 2024:70, s. 206–207.

Ekonomiska trösklar för vissa grupper trots högkostnadsskyddet

Trots högkostnadsskyddet finns det trösklar för ekonomiskt utsatta grupper att söka tandvård. Undersökningar tyder på att andelen som avstår tandvård av ekonomiska skäl trots behov ökar. Den gruppen har avsevärt sämre självupplevd tandhälsa än övrig befolkning.³⁰ Hur stor gruppen är varierar mellan olika undersökningar. Enligt den nationella Folkhälsoenkäten hade 2024 12,8 procent i åldern över 24 år avstått från tandvård de senaste tre månaderna.³¹ Det är en statistiskt säkerställd ökning sett till de senaste åren, vilket framgår i diagram 1.

Diagram 1 Andel som avstår tandvård av ekonomiska skäl trots behov



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Det är fler yngre som avstår än äldre, men det finns tecken på att andelen ökar bland personer över 65 år. 2024 var andelen i Vård- och omsorgsanalys undersökning 15 procent, vilket är 11 procentenheter högre än 2017.³²

Tandläkare som vi har intervjuat framhåller att många patienter inte kommer upp till beloppsgränsen 3 000 kronor och att detta kan göra att patienter avstår från tandvård.

³⁰ SOU 2021:8, s. 26; Folkhälsomyndigheten, *Jämlig tandhälsa. En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning*, 2019.

³¹ Vi räknar bort åldersgruppen 16–30 eftersom många av dem får regionfinansierad tandvård. Vi räknar bort 85 år och äldre för att denna grupp inte redovisas för 2020 och tidigare.

³² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre. International Health Policy Survey (IHP) 2021*, 2022.

2.2 ATB och STB är inte effektiva stöd

2.2.1 ATB bidrar i låg grad till bibehållen god tandhälsa

Avsnittet behandlar följande bedömningsgrund: *Det allmänna tandvårdsstödet (ATB) ska bidra till att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov.*

Vi ser inga tecken på att ATB bidrar till regelbundna förebyggande besök. Därmed är effekten på tandhälsan sannolikt liten.

Tandhälsan har förbättrats, men sannolikt av andra skäl än ATB

Övergripande tandhälsomått visar på en stadig förbättring av vuxnas tandhälsa. Till exempel ökar antalet kvarvarande och intakta tänder³³ och andelen som inte fått behandling efter sin basundersökning har minskat över tid.³⁴ Ungefär sju av tio upplever sin tandhälsa som bra.³⁵ Svensk tandhälsa står sig mycket väl i en internationell jämförelse.³⁶ Det finns dock socioekonomiska och geografiska skillnader i tandhälsa inom befolkningen.³⁷

Ett viktigt skäl till den förbättrade tandhälsan är förbättrad munhygien och att allt fler regelbundet borstar tänderna med fluorid tandkräm. Även utbyggnaden av den allmänna tandvården för barn och unga har en stor betydelse.³⁸

Däremot har vi inte hittat några belägg för att ATB stimulerat till regelbundna besök i förebyggande syfte, som det är tänkt. Därmed borde även effekten på tandhälsan vara liten. TLV har i en studie testat effekten av fördubblandet av ATB-beloppen 2018. Fördubblingen ökade inte besöken.³⁹ Det indikerar att ATB inte har någon större effekt på besöksfrekvensen. Tandläkare som vi har intervjuat anser också att ATB har en svag effekt. De menar att summan på 300 kronor per år, som de flesta får, är för låg för att göra någon egentlig skillnad. Däremot menar tandläkarna att ATB kan ha en viss effekt för den yngre och den äldre åldersgruppen som båda har 600 kronor om året, eller 1 200 kronor om de besöker tandvården vartannat år.

Besöken inom tandvården har kontinuerligt minskat sedan införandet av ATB. Under 2024 hade 73 procent av den vuxna befolkningen besökt tandvården under de senaste tre åren, jämfört med 79 procent 2011.⁴⁰ Riksrevisionens beräkningar visar att drygt

³³ SOU 2024:70, s. 159.

³⁴ Socialstyrelsen, *Statistik om tandhälsa 2023, 2024*.

³⁵ Folkhälsomyndigheten. Statistikdatabasen.

³⁶ SOU 2021:8, s. 33.

³⁷ SOU 2024:70, s. 162 ff och 167 ff.

³⁸ SOU 2021:8, s. 216.

³⁹ Förutom en liten effekt på 3 procent för patienter äldre än 75 år såg TLV inga effekter. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Konsekvenserna av höjningen av det allmänna tandvårdsbidraget i april 2018, 2018*.

⁴⁰ Gäller personer över 24 år. Socialstyrelsen, Statistikdatabas för tandhälsa.

var tionde vuxen inte gick till tandvården alls under en femårsperiod (2018–2023).⁴¹ Det är mer sällan än rekommendationen i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, som anger att de med låg risk för dålig tandhälsa ska gå minst var 2–3 år. Andelen av befolkningen som endast besökt tandvården akut har också ökat.⁴² Tänkbara förklaringar till besöksminskningen kan vara att det är brist på tandläkare i vissa delar av landet⁴³, att tandvårdspriserna har ökat samt att tandhälsan förbättrats. Covid-19-pandemin ledde också till långvariga minskningar av besöken.

Det är förstås svårt att veta om besöksfrekvensen hade varit ännu lägre utan ATB. Men vår samlade bild utifrån studier och intervjuer är att ATB inte effektivt bidrar till regelbundna besök.

2.2.2 Många personer med sjukdom eller funktionsnedsättning nås inte av STB

Avsnittet behandlar följande bedömningsgrund: *Det särskilda tandvårdsstödet (STB) ska bidra till att bibehålla en god tandhälsa hos individer med ett ökat behov av tandvård på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning.*

STB är ineffektivt sett till att det inte når en stor del av målgruppen, eftersom kännedomen om stödet är låg samt att det upplevs krångligt. Det finns också flera patientgrupper med stora tandvårdsbehov som inte täcks av STB.

STB når en tredjedel av den tänkta målgruppen

STB har varit underutnyttjat sedan stödet infördes 2013. Det var drygt en tredjedel av den tänkta målgruppen som under 2024 nyttjade stödet, sammanlagt 95 790 patienter. Från 2019 till 2024 ökade antalet mottagare med 40 procent.⁴⁴ Den grupp som oftast nyttjar STB är de med muntorrhet på grund av läkemedelsbehandling, men de är ändå betydligt färre än vad som beräknades vid införandet.⁴⁵ För diagnoserna ulcerös kolit, Crohns sjukdom och Sjögrens syndrom var nyttjandet 26, 32 respektive 48 procent 2013–2023 hos dem som besökt tandvården.⁴⁶

Det låga nyttjandet beror på att kännedomen om STB är låg

Att STB inte används i den utsträckning som är tänkt tycks bero på att varken patienter, tandvårdspersonal eller sjukvårdspersonal känner till stödet särskilt väl. Det visar både våra intervjuer med tandläkare och en undersökning från Socialstyrelsen.⁴⁷

⁴¹ Riksrevisionens bearbetning av data från Försäkringskassan.

⁴² SOU 2024:70, s. 203.

⁴³ SOU 2024:70, s. 193.

⁴⁴ Försäkringskassan. Statistikdatabasen.

⁴⁵ SOU 2021:8, s. 369 f.

⁴⁶ SOU 2024:70, s. 166.

⁴⁷ Socialstyrelsen, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget, slutrapport*, 2018.

Tandläkarna vi intervjuat anser att det är oklart vem som har ansvar för att informera patienten om STB. Idag blir det ofta upp till patienten att själv hålla sig uppdaterad om sina möjligheter, trots att det ofta kan handla om patientgrupper med svårigheter. Vid införandet av STB ansåg regeringen att ansvaret inte bara skulle vila på patienten själv, utan även på tandvården. Men enligt tandläkarna vi intervjuat vore det rimligare om hälso- och sjukvården informerade patienten, eftersom de känner till patientens sjukdomstillstånd och läkemedelskonsumtion bättre än vad tandvårdspersonalen gör.

En statlig utredning har också visat att det är svårt få en överblick över STB och de regionala särskilda tandvårdsstöden. Så är det särskilt eftersom regionerna gör olika bedömningar av vilka personer som har rätt till tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.⁴⁸ Det är en bild som bekräftas av våra intervjuer med tandläkare.

Administrationen kring stödet är också krånglig. Både personal och patienter upplever att det är svårt att hålla reda på regler och på blanketter som behöver förnyas, enligt våra intervjuer med tandläkare och en rapport från Socialstyrelsen.⁴⁹ Patienten kan också vara tveksam till den tidsåtgång och kostnad det innebär att exempelvis skaffa rätt läkarintyg. Det kan medföra att patienter som egentligen skulle kunna vara berättigade till STB inte får något stöd.

Det är flera patientgrupper med stora tandvårdsbehov som inte täcks av STB

Det finns flera patientgrupper med stora tandvårdsbehov som inte täcks av STB, enligt både våra intervjuer med tandläkare och en statlig utredning.⁵⁰ Det gäller till exempel personer som saknar spottkörtlar eller har en grav synnedsättning. Ett annat exempel är att bara en liten andel av diabetespatienterna lever upp till kraven för STB, trots att en större andel av gruppen har förhöjd risk för sämre tandhälsa.⁵¹ Utredningen kritiserade också att STB endast medger förebyggande tandvård, vilket enligt utredningen inte var tillräckligt för vissa av patientgrupperna.⁵²

STB tycks dock ha träffat rätt såtillvida att patienterna som ingår idag faktiskt har en sämre tandhälsa än genomsnittet. En statlig utredning har visat att patienter som nyttjar STB i median har något färre intakta tänder än övriga patienter.⁵³

⁴⁸ SOU 2021:8, s. 210 och Socialstyrelsen, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget, slutrapport*, 2018.

⁴⁹ Socialstyrelsen, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget, slutrapport*, 2018.

⁵⁰ SOU 2021:8, s. 671.

⁵¹ Endast diabetespatienter som har svårinställd diabetes omfattas av STB. En betydligt större del av diabetespatienterna har förhöjd risk för försämrad tandhälsa, se till exempel Norhammar m.fl., "Diabetes och parodontit – viktig aspekt av diabetesvården", 2024.

⁵² SOU 2021:8, s. 671.

⁵³ SOU 2024:70, s. 166.

2.2.3 Tandvårdsstöden stimulerar inte till förebyggande vård för dem med stora tandvårdsbehov

Avsnittet behandlar följande bedömningsgrund: *Den förebyggande tandvården är central för patienter med stora tandvårdsbehov.*

Tandvårdsstödet riktar sig inte till förebyggande tandvård för individer med stora tandvårdsbehov, trots att det är de som har störst behov av det.

Den förebyggande tandvården är central även för patienter med stora tandvårdsbehov, men det finns betydligt fler som har stora tandvårdsbehov än gruppen som omfattas av STB. Inget av tandvårdsstöden är riktat till förebyggande tandvård för patienter med stora tandvårdsbehov som inte har rätt till STB. Tandvårdsstöden stimulerar därmed i låg grad till förebyggande tandvård för denna grupp, trots att det är de patienterna som förebyggande tandvård är som mest angelägen.

De med stora tandvårdsbehov besöker den förebyggande tandvården för sällan

Patienter med stora tandvårdsbehov besöker den förebyggande tandvården för sällan. Detta trots att de behöver mer frekvent tillgång till förebyggande tandvård i jämförelse med patienter med mindre tandvårdsbehov.

Ett exempel är den stora gruppen med tandlossning. Ungefär 10 procent av den vuxna befolkningen har svår tandlossning.⁵⁴ Tandlossning är idag underbehandlat och en ökande andel (22 procent år 2024) får ingen behandling.⁵⁵ Ett annat exempel är gruppen med svårare kariesangrepp. Dessa grupper har större behov av förebyggande tandvård, exempelvis mer omfattande information om egenvård, rengöring vid pågående infektion och undersökningar.

De årliga kostnaderna för den typen av regelbunden förebyggande tandvård ersätts i låg grad genom tandvårdsstödet konstruktion idag. Det kan bli betydligt dyrare än ATB:s 300 eller 600 kronor, och patienten behöver då själv betala upp till 3 000 kronor innan högkostnadsskyddet inträder.

Rådgivande samtal är en av de viktigaste åtgärderna för att främja den egenvård som behövs för att förebygga sjukdomar som tandlossning och karies. Men bara knappt en procent av de vuxna som behandlades för karies fick ett kvalificerat rådgivande samtal 2024.⁵⁶ Ett skäl är att patienten själv behöver betala för samtalet. Enligt tandläkare vi intervjuat, reagerar många patienter negativt på att betala för sådana samtal.

⁵⁴ Gustafsson m.fl., "Parodontit – en ofta förbisedd riskfaktor för en rad sjukdomar", 2024.

⁵⁵ Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, SkaPa, Årsrapport 2024, 2025.

⁵⁶ Socialstyrelsen, *Utvärdering av tandvården. Följsamheten till nationella riktlinjer*, 2024.

Det är också känt att socioekonomiskt utsatta grupper med dålig tandhälsa går till tandläkaren mer sällan. Dessa grupper har sämre tandhälsa än övriga befolkningen⁵⁷, även om skillnaderna i tandhälsa har minskat över tid.⁵⁸ Till exempel gick bara 36 procent av de med lägst inkomst till tandvården under tvåårsperioden juli 2021 till juni 2023, medan andelen var 79 procent för personer med hög inkomst.⁵⁹ Besöken är även färre hos personer med utländsk bakgrund.⁶⁰ Friska patienter, det vill säga patienter som har låg risk att utveckla munsjukdomar, besöker däremot tandläkaren för ofta sett till sina behov enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer.⁶¹

Riskbedömningar kan leda till att patienter med större behov prioriteras

Regeringen har genom uppdrag till Socialstyrelsen, TLV och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) tagit initiativ för att ta fram en modell för riskbedömning i tandvården.⁶² Resultaten bereds nu i Regeringskansliet. Modellen ska dela in patienter i riskgrupper efter historiska tandvårdsdata. Möjliga användningsområden för modellen är att hjälpa vårdgivaren att skatta hur ofta patienten bör kallas till tandvården, att bedöma prognos, att prioritera mellan patienter och att underlätta kommunikation med patienten. Tanken är att det ska leda till att patienter med större behov prioriteras. På sikt hoppas man minska tandvårdsbehovet, genom att identifiera och åtgärda riskfaktorer i ett tidigt skede.⁶³ Det vetenskapliga underlaget är begränsat för riskbedömningar inom tandvården, men Socialstyrelsen bedömer ändå förutsättningarna som goda. Socialstyrelsen bedömer att fortsatt utredning behövs, bland annat om vilka författningsändringar som krävs för att vårdgivare ska kunna samla in och föra in uppgifter om sociala faktorer i journalen samt att utveckla tandhälsoregistret.⁶⁴

2.3 Priskonkurrensen fungerar dåligt på tandvårdsmarknaden

Avsnittet behandlar följande bedömningsgrund: *Tandvårdsstöden ska så långt som möjligt komma patienten till del, alltså bli en subvention av patienternas pris och inte en subvention till vårdgivarna. Stödet ska inte hamna hos vårdgivarna genom att de istället höjer priserna.*

Priskonkurrensen fungerar dåligt på tandvårdsmarknaden. Tandvårdsstödet bidrar till högre priser och kommer därför inte på ett effektivt sätt patienten till del. Problemen blir större, ju större subventionen är.

⁵⁷ Socialstyrelsen, *Utvärdering av tandvården. Följsamheten till nationella riktlinjer*, 2024, s. 163 ff.

⁵⁸ SOU 2021:8, s. 236.

⁵⁹ Försäkringskassan, "Vilka nyttjar statligt tandvårdsstöd?", hämtad 2025-08-20.

⁶⁰ SOU 2024:70, s. 197.

⁶¹ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Riskbedömning i tandvården – En nationell modell baserad på historisk tandvårdskonsumtion*, 2024.

⁶² Regeringsbeslut S2023/01524; Regeringsbeslut S2023/01927; Regeringsbeslut S2023/01926.

⁶³ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Riskbedömning i tandvården – En nationell modell baserad på historisk tandvårdskonsumtion*, 2024.

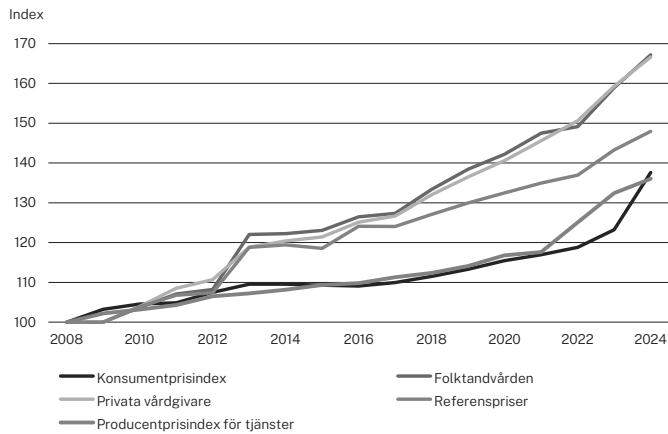
⁶⁴ Socialstyrelsen, *Föresättningar för en nationell modell för riskbedömning inom tandvården*, 2024.

2.3.1 Avvikelsen från referenspriserna samt prisspridningen ökar

Vi ser att kombinationen av en generös subvention och en fri prissättning minskar priskänsligheten hos patienten. Vårdgivarna kan därför höja priserna och stödet kommer som en följd av detta inte effektivt patienten till del.

Tandvårdspriserna avviker allt mer från referenspriserna. 2023 låg privata vårdgivares priser i snitt 23 procent över referenspriserna, och Folktandvården 13 procent över. Diagram 2 visar att referenspriserna 2017–2023 ökade med 15,6 procent medan priserna inom Folktandvården och privat sektor ökade med 24,9 respektive 25,9 procent.⁶⁵

Diagram 2 Prisutvecklingen på tandvårdsmarknaden



Anm.: Index=100=2008.

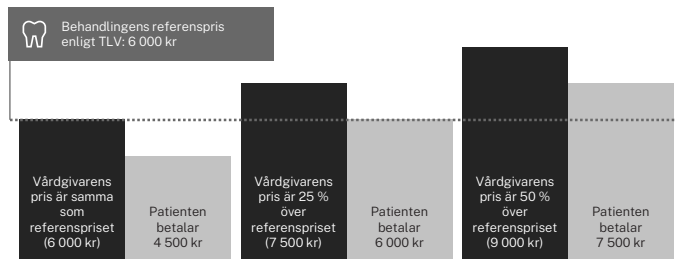
Källa: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Det är patienten som får betala avvikelsen, eftersom referenspriset styr storleken på statens ersättning. Figur 2 visar ett exempel på hur mycket patienten får betala för en tandvårdsbehandling med referenspriset 6 000 kronor, beroende på hur mycket vårdgivaren tar betalt.⁶⁶ Vårdgivarpriset var mer än 50 procent över referenspriset för 15 procent av tandvården utförd av privata vårdgivare 2024. Det är mer än en dubbling jämfört med 2018.⁶⁷

⁶⁵ SOU 2024:70, s. 222 och 224.

⁶⁶ Patienten i exemplet har inte haft några andra tandvårdskostnader under året.

⁶⁷ Riksrevisionens egna beräkningar baserade på data från Försäkringskassan.

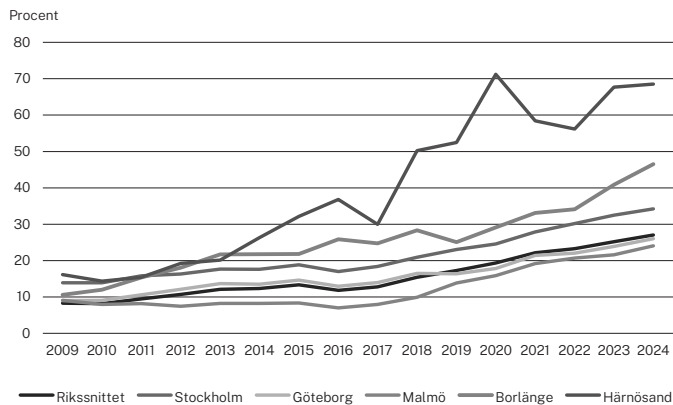
Figur 2 Exempel på patientens betalning vid olika vårdgivarpriser

Prisernas nivå och utveckling skiljer sig över landet. Det finns stora skillnader mellan regioner⁶⁸ och kommuner. Diagram 3 visar hur priserna och prisutvecklingen skiljer sig mellan storstäderna och två kommuner som sticker ut med högre priser. När vi jämför priserna i olika kommuntyper, är priserna som högst i storstäderna och som lägst i gles landsbygd. Priserna är också högre i områden med goda socioekonomiska förutsättningar än i områden med socioekonomiska utmaningar. Men utöver det är det svårt att förklara varför kommunerna har så olika prisbild.⁶⁹

I vissa kommuner har det skett en särskilt kraftig ökning av priserna, till exempel i Härnösand. Bland storstadskommunerna har Stockholm betydligt högre priser än Malmö.

⁶⁸ SOU 2021:8, s. 412.

⁶⁹ Prisspridningen minskar bara marginellt när hänsyn tas till att kommunerna skiljer sig vad gäller till exempel tandhälsa och den generella kostnadsstrukturen, se bilaga 1.

Diagram 3 Prisutvecklingen i ett urval av kommuner

Anm.: Priset mäts som procentuell avvikelse från referenspriset i ett viktat snitt av alla typer av tandvårdsåtgärder utom undersökningsåtgärder. Vi utesluter undersökningsåtgärder eftersom priskonkurrensen fungerar bättre för dem.

Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Försäkringskassan.

Vi har analyserat prisspridningens utveckling och ser att prisspridningen ökat över tid, se bilaga 1. En stor prisspridning tyder på dålig konkurrens. En vårdgivare kan då höja priset utan att förlora patienter.

Priskonkurrensen fungerar bäst för undersökningar. Där är avvikelsen från referenspriserna lägst och prisspridningen minst. Det beror på att undersökningspriset är det pris patienten mest sannolikt kollar upp i förväg. När patienten väl blivit undersökt och fått ett behandlingsförslag, är det inte lika sannolikt att patienten ifrågasätter priserna och byter tandläkare.

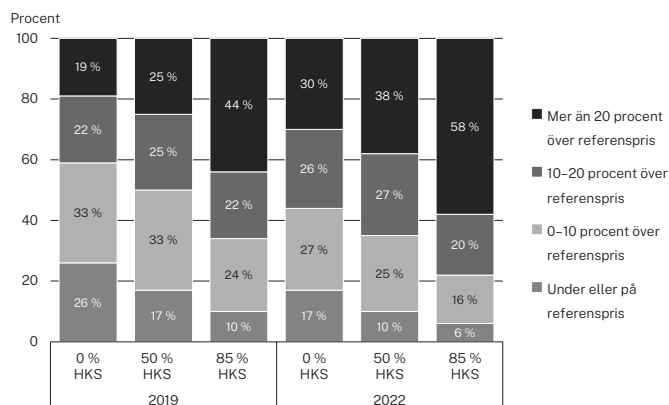
2.3.2 Priskonkurrensen tycks bli sämre, ju större subventionen är

Priskonkurrensen tycks bli sämre, ju större subventionen är. Det indikerar att tandvårdsstödet bidrar till högre priser, och att effekten blir större, ju större subventionen är. Det beror på att en högre subvention sänker patientens priskänslighet. Vårdgivarna kan då höja priserna mer, eftersom patienten inte märker så stor skillnad på priset.

Avvikelsen från referenspriserna blir större, ju större subvention patienten får, vilket diagram 4 illustrerar. År 2022 betalade 58 procent av patienterna minst 20 procent över referenspriset när subventionsgraden var som högst, det vill säga när tandvårdskonsumtionen överstiger 15 000 kronor och subventionen ligger på

85 procent. Det kan jämföras med 30 procent bland dem vars kostnader är lägre än 3 000 kronor och därmed inte omfattades alls av högkostnadsskyddet.⁷⁰

Diagram 4 Andel av patienter per nivå i högkostnadsskyddet som betalade ett vårdgivarpris under, på eller över referenspris



Anm.: HKS står för högkostnadsskydd. 50 % HKS innebär att patienten har betalat mellan 3 000 och 15 000 kronor och därmed nått nivån i högkostnadsskyddet där ersättningen är 50 %. 85 % HKS innebär att patienten har betalat mer än 15 000 kronor och därmed nått nivån i högkostnadsskyddet där ersättningen är 85 %.
Källa: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Protetik har såväl större prisspridning som större avvikelse från referenspriset än övriga åtgärder år 2024, vilket framgår i diagram 5. Protetik är tandvård som ersätter förlorade tänder med exempelvis kronor, broar, implantat eller proteser. Det är dyra åtgärder och ger därmed mer tandvårdsstöd. Antalet implantat har ökat med 40 procent på tio år,⁷¹ medan antalet implantat i entandslucka ökat med 300 procent⁷². Ett implantat är en konstgjord tandrot som opereras in i käkbenet för att ersätta en förlorad tand.

Allt fler tänder tas alltså bort och ersätts med implantat, istället för att tänderna behålls med rotbehandling. Detta trots att det utifrån ett odontologiskt perspektiv generellt sett är bättre att behålla tänderna när det är möjligt. Lagen om statligt tandvårdsstöd anger att tandvården ska syfta till att så långt möjligt bevara munnens vävnader, så som tänder.⁷³

⁷⁰ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av tandvårdsmarknaden mellan 2019 och 2022, 2022*.

⁷¹ Avser åtgärd 420, "Implantat, per tandposition, tilläggsåtgärd". Försäkringskassan. Statistikdatabasen.

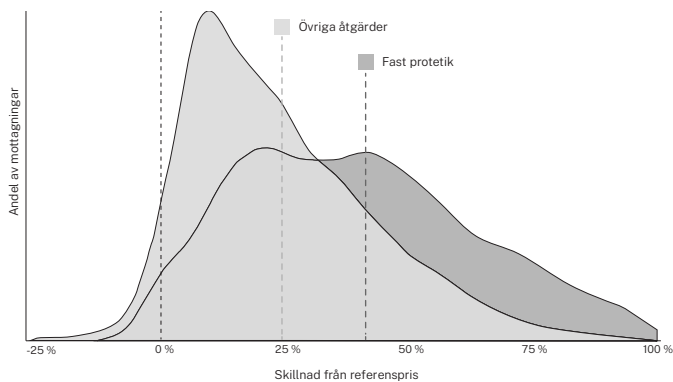
⁷² Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Sammanställd statistik om implantat.

⁷³ 3 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Den kraftiga ökningen av implantat beror enligt TLV sannolikt på att implantat ger bättre betalt. Ett ytterligare bidragande skäl kan vara att rotfyllning av en tand oftast är en mer komplicerad behandling, i jämförelse med implantatbehandling som är relativt enkelt och oftast tar kortare tid.⁷⁴

Det skulle kunna vara så att TLV:s referenspriser underskattar produktionspriset för dyra åtgärder, som fast protetik. Men en studie har kontrollerat för detta med hjälp av naturliga experiment. Studien fann ett tydligt kausalt samband för att ju högre subventionsnivå, desto mer höjde vårdgivarna priserna. Effekten av subventionsnivån blev ännu större vid kontroll för bakomliggande faktorer.⁷⁵

Diagram 5 Spridningen i avvikelse från referenspris, protetik och övriga åtgärder



Källa: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

2.3.3 Lönsamheten i tandvården ökade vid införandet av tandvårdsstödet

Lönsamheten i tandvårdsbranschen ökade när tandvårdsstödet infördes. I diagram 6 framgår att tandvården hade en betydligt större vinstökning än andra vårdbranscher under den perioden. Det tyder på att tandvårdsstödet har lett till en högre lönsamhet inom tandvården. Det berodde sannolikt på att vårdgivarna kunde höja priserna till följd av det nya tandvårdsstödet. Tandvårdspriserna ökade då med 11 procent.⁷⁶

Det finns vidare tecken på att den fria prissättningen gör att företagen kan upprätthålla lönsamheten med färre besök. Besöksfrekvensen har minskat över tid, medan lönsamheten för de privata tandvårdsföretagen legat relativt stabilt. Enligt TLV

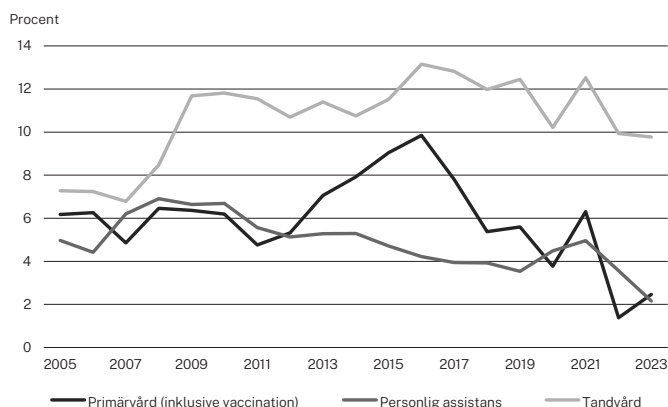
⁷⁴ Mejl från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, 2025-10-09.

⁷⁵ Studien använde sig av de naturliga experiment som uppstår när TLV gör en "oväntad" justering i den underliggande modellen som inte beror på kostnadsökningar. Till exempel kan det vara att man upptäckt ett misstag som rättas till eller uppdaterar en gammal kalkyl för tidsåtgång. Studien kontrollerade för variabler som till exempel hur ovanlig åtgärden var, hur dyr åtgärden var, storleken på kliniken och antal tandläkare per capita i regionen. Moutakis, 2024.

⁷⁶ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Effekten av 2008 års tandvårdsreform på vårdgivarpriser*, 2015.

kan en förklaring vara att produktionen i privat tandvårdssektor har minskat med 17 procent under perioden 2009–2019. Företagen har därmed kunnat upprätthålla lönsamheten med färre besök.⁷⁷ Enligt Socialstyrelsen har den fria prissättningen gjort att tandvårdspersonal kan arbeta mindre och samtidigt få en rimlig lön.⁷⁸

Diagram 6 Rörelsemarginalen i tandvårdsbranschen och andra vårdbranscher



Anm.: Rörelsemarginalen visar hur stor vinst ett företag har gjort i procent av omsättningen.

Källa: Grant Thornton.

2.3.4 Tandvårdsföretagen blir färre och större

Utvecklingen inom tandvården går mot färre och större företag.⁷⁹ Enligt TLV tycks det ske en marknadskonsolidering på tandvårdsmarknaden, där småföretagens och Folk tandvårdens marknadsandelar minskar och tas över av större privata företag.⁸⁰ Det är vanligare att större företag har högre tandvårdspriser, vilket framgår i diagram 7.⁸¹

Riskkapitalbolag finns numera på tandvårdsmarknaden. Vår analys visar att riskkapitalbolagen har betydligt högre priser än andra vårdgivare. Dessutom ser vi att etableringen av riskkapitalbolag i vissa mindre kommuner kan innebära en tydlig ökning av genomsnittspriset i kommunen, se bilaga 1.

⁷⁷ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Utveckling av tandvårdsproduktionen inom det statliga tandvårdsstödet*, 2022.

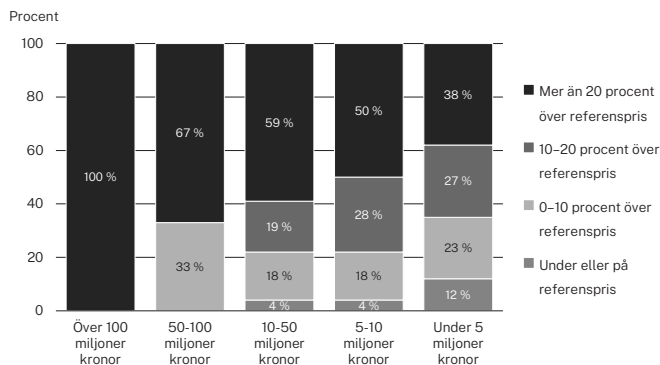
⁷⁸ Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2023*, 2023.

⁷⁹ SOU 2024:70, s. 232.

⁸⁰ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av tandvårdsmarknaden mellan 2019 och 2022*, 2022.

⁸¹ SOU 2024:70, s. 234.

Diagram 7 Genomsnittlig avvikelse från referenspris efter företagsstorlek



Anm.: Företagsstorlek mäts i omsättning i kronor.
Källa: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

2.4 Tandvårdsstöden fördelas ojämnt över landet och socioekonomiskt

Avsnittet behandlar följande bedömningsgrund: *Tandvårdslagens mål om en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen ska vara vägledande för tandvårdsstödet. Ingen enskild ska av ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella eller geografiska skäl hindras från att få tandvård.*

Tandvårdsstödet fördelas ojämnt, både över landet och socioekonomiskt. Det tyder på att det finns geografiska och socioekonomiska hinder för tillgången till tandvård.

Vi har i tidigare kapitel visat att det finns trösklar för ekonomiskt utsatta grupper att söka tandvård (se avsnitt 2.1.1). Socioekonomiskt utsatta grupper med dålig tandhälsa går till tandläkaren för sällan och har sämre tandhälsa än övriga befolkningen (se avsnitt 2.2.3). Tandvårdsstödet återspeglar dessa skillnader och fördelas ojämnt, både över landet och socioekonomiskt.

Hur mycket man använder sig av tandvårdsstödet skiljer sig mellan regionerna. Nyttjandet var 2023 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. När vi analyserar nyttjandet i olika

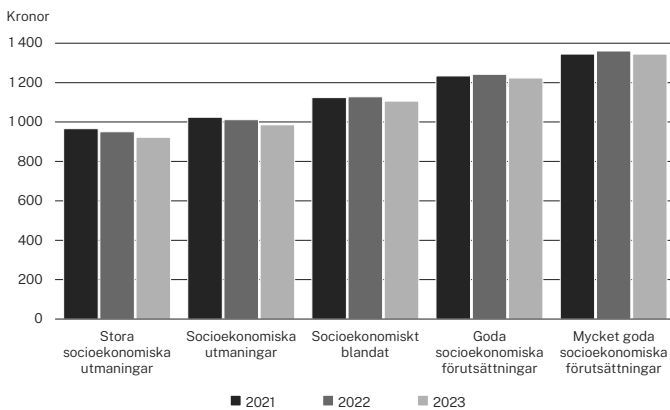
kommuntyper sticker mycket glesa landsbygdskommuner särskilt ut.⁸² Där nyttjades stödet i snitt med 962 kronor per invånare. I övriga kommuntyper var nyttjandet runt 1 175 kronor.

Särskilt skiljer sig nyttjandet av STB över landet. Enligt våra beräkningar var det 2023 till exempel dubbelt så vanligt att nyttja STB i Jämtland och Östergötland, jämfört med Uppsala och Kalmar.

Det finns två motverkande mekanismer som gör det svårt att bedöma hur tandvårdsstödet fördelas mellan olika socioekonomiska grupper. Både ATB och högkostnadsskyddet används oftare av resursstarka grupper, eftersom de går till tandläkaren oftare. Men när socioekonomiskt utsatta grupper väl går till tandläkaren är subventionen generellt högre än för övriga befolkningen eftersom de har sämre tandhälsa.⁸³

Men våra analyser tyder på att tandvårdsstödet fördelas ojämnt sett till socioekonomi. Diagram 8 visar hur tandvårdsstödet fördelas per invånare i olika socioekonomiska områdestyper⁸⁴. Ju bättre de socioekonomiska förutsättningarna är i ett område, desto mer tandvårdsstöd nyttjas. Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar nyttjade 1 345 kronor per invånare 2023, medan områden med stora socioekonomiska utmaningar nyttjade 923 kronor per invånare.

Diagram 8 Hur tandvårdsstödet fördelas per invånare i olika socioekonomiska områdestyper



Källa: Riksrevisionens bearbetning av tandvårdsstödsdata från Försäkringskassan och SCB.

⁸² Vi använder Tillväxtverkets kommuntypsindelning: storstadskommuner, tätåblandade kommuner, glesa blandade kommuner, tätortsnära landsbygdskommuner, glesa landsbygdskommuner och mycket glesa landsbygdskommuner.

⁸³ SOU 2021:8, s. 31.

⁸⁴ Områdestyperna är en rikstäckande indelning efter socioekonomiska förutsättningar som Delegationen mot segregation har tagit fram tillsammans med Statistiska centralbyrån (SCB).

3 Hur TLV arbetar med sitt tandvårdsuppdrag

I detta kapitel besvaras följande delfråga: *Arbetar TLV effektivt med sitt tandvårdsuppdrag?*

Granskningen visar att TLV sammantaget arbetar delvis effektivt med sitt tandvårdsuppdrag. Det här är våra iakttagelser:

- Det är svårt att validera referensprisernas nivå, eftersom det saknas viktiga underlag. Men vi ser att TLV på ett väl avvägt sätt hanterar de delar av beräkningen som myndigheten har möjlighet att kontrollera för.
- TLV arbetar ändamålsenligt med att ta fram och kommunicera föreskrifterna.
- Staten har genom referenspriserna kontroll över utgiftsutvecklingen. Men nämnden för tandvårdsstöd har inte tagit den avsedda rollen när det gäller att prioritera vilka åtgärder som ska ingå i tandvårdsstödet eller se över beloppsgränserna när referenspriserna ändras.

3.1 Det saknas viktiga underlag när referenspriserna beräknas

Avsnittet behandlar följande bedömningsgrund: *TLV ska se till att referenspriserna motsvarar ett normalpris för respektive åtgärd.*

Det är svårt att validera om referenspriserna faktiskt motsvarar ett normalpris, eftersom det saknas viktiga underlag. Det handlar om dels underlag för att beräkna tidsåtgång för åtgärderna, dels underlag från branschen. Men vi ser att TLV på ett väl avvägt sätt beräknar de delar som myndigheten har möjlighet att kontrollera för.

Referenspriserna beräknas genom att slå ihop kostnader för personal, tandtekniska produkter, dentalt material och klinikens fasta kostnader. Referenspriserna ska motsvara ett genomsnitt. Samma referenspris gäller för alla typer av utförare, bortsett från specialister som har ett något högre referenspris.

Det är Nämnden för statligt tandvårdsstöd som beslutar om referenspriserna.⁸⁵ De två av nämndens fem ledamöter som kommer från branschen har under 2025 inte deltagit i besluten på grund av jäv. Detta efter dialog med myndigheten om det tydligare ekonomiska intresse som deras arbetsgivare fått i och med den kommande prisregleringen för personer över 67 år.

Referenspriserna är omtvistade. Samtliga tandläkare och företrädare för den privata branschen vi intervjuat anser att referenspriserna är för låga. De menar att den fria

⁸⁵ 5 a § förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

prissättningen varit en förutsättning för att ändå kunna gå runt, genom att den del som patienten betalar kompenserar för de låga referenspriserna.

TLV genomförde 2018 och 2021 uppföljningar där myndigheten med hjälp av bokslutsdata jämförde antagandena bakom referenspriserna. De två studierna tydde på att referenspriserna låg rätt. Majoriteten av företagen utförde vården till en lägre kostnad än vad TLV räknar med i referenspriserna och TLV:s påslag för fasta kostnader tycktes ligga på en bra nivå. Men det fanns osäkerheter – urvalet var litet och inte representativt för alla som tar emot tandvårdsstöd.⁸⁶

TLV understryker också att referenspriserna utgår från att varje åtgärd utförs separat. Det innebär att det finns möjlighet för behandlaren att tjäna mer pengar genom behandlings- och tidsbokningsplanering. Också tiderna är beräknade separat, vilket innebär att ju fler åtgärder som görs vid samma besök, desto mindre tid behövs.

3.1.1 TLV saknar viktiga underlag

TLV saknar viktiga underlag för att kvalitetssäkra referenspriserna. Tidsstudierna som referenspriserna bygger på är gamla och branschen har inte bistått TLV med tillräckliga underlag.

TLV har inte metoder för att fullt ut kunna uppskatta tidsåtgång

TLV saknar ett bra tillvägagångssätt för att uppskatta tiden det tar att genomföra åtgärderna. Tidsåtgången är viktig för att beräkna personalkostnaden för varje åtgärd. Den privata branschen uppger i intervjuerna att TLV enligt deras bedömning underskattar tidsåtgången för många åtgärder.

Den beräknade tidsåtgången i nuvarande referenspriser utgår till stor del från gamla tidsstudier som användes vid tandvårdsstödens införande. Tidsstudierna från tre regioner utfördes 1999–2006. Riksrevisionen har eftersökt dessa tidsstudier, men de har inte gått att hitta i arkiven hos Socialdepartementet, TLV eller regionerna.

När tandvårdsstödet infördes såg man framför sig att nämnden skulle kunna ta initiativ till nya tidsstudier, bland annat för att bedöma vilken betydelse ny teknik får.⁸⁷ Men några större tidsstudier har inte genomförts, eftersom TLV anser att det vore för dyrt och komplicerat att genomföra. Det har huvudsakligen två skäl: dels är det etiskt problematiskt att övervaka en vårdssituation gentemot en enskild, dels har tandläkarna ekonomiska incitament att arbeta långsamt så att referenspriserna ska bli högre. TLV har genomfört en mindre tidsstudie på tandteknik. Den var enligt TLV dyr (dyrt en miljon kronor) och komplicerad att genomföra.⁸⁸

⁸⁶ Boksluten särredovisar inte kostnaderna för vuxentandvård. TLV studerade därför enbart kliniker som inte hade annan verksamhet utanför det statliga stödet, till exempel tandvård för barn och unga.

⁸⁷ Underlag från genomförandet av tandvårdsstödsreformen 2008.

⁸⁸ Uppgift från intervju med företrädare för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, 2025-04-07.

Det är svårt för TLV att uppskatta tidsåtgången utan aktuella tidsstudier att utgå från. TLV har löpande gjort vissa uppdateringar, då de anlitat tandläkare som utifrån sin expertis uppskattat hur lång tid olika åtgärder tar att genomföra.

TLV undersöker nu om det går att hämta information om tidsåtgång från vårdgivarnas tidsbokningssystem där personalen bokar in patienter. Men det är osäkert om det är en framkomlig väg. Företrädare för både Folk tandvården och den privata branschen uppger till oss att man arbetar och använder bokningssystemen på olika sätt i landet och att data kan vara svåra att tolka.

Branschen har inte bistått TLV med de underlag som behövs

TLV saknar viss information som behövs för att kvalitetssäkra referenspriserna, som myndigheten därför efterfrågat från branschen. Men myndigheten har inte fått in tillräckliga uppgifter från branschen.⁸⁹ Det har till exempel varit svårt för TLV att få in heltäckande uppgifter om tandläkarnas löner. TLV uppger att privata vårdgivare länge kritiserat referenspriserna för att vara för låga, men att de samtidigt inte i någon större utsträckning velat dela med sig av underlag för att förbättra referenspriserna. TLV ser dock ett ökat intresse sedan det blev klart att en prisreglering kommer att införas 2026 i och med den nya särskilda tandvårdsersättningen för äldre. Enligt branschföreträdare kan ett skäl till att man inte delat med sig av underlag ha varit att det inte setts som angeläget, eftersom man kunnat kompensera med egen prissättning.

3.1.2 TLV arbetar på ett bra sätt med övriga delar av beräkningen

TLV arbetar på ett bra sätt med de delar av beräkningen av referenspriserna som de har möjlighet att kontrollera underlagen för. TLV har också under 2025 genomfört ett utvecklingsarbete inför den kommande prisregleringen, som tar sikte på sedan tidigare kända problem med beräkningen.

Beräkningen av materialkostnader tycks ligga på en rimlig nivå

Branschen uppger i intervjuerna att TLV underskattar materialkostnaderna i beräkningen av referenspriserna.

Vi har gått igenom tandtekniskostnaderna i referenspriserna och jämfört dem med prislistor från tandteknikproducenterna samt intervjuat TLV. Enligt vår analys ligger TLV:s beräkning av materialkostnader på en rimlig nivå. Vi bad även tandvårdsbranschen ange åtgärder där de anser att materialkostnaden ligger särskilt fel, och analyserade dessa närmare. TLV:s priser låg på en rimlig nivå för alla åtgärder, utom för en protesåtgärd. När vi frågade TLV om detta, uppgav TLV att det berodde på ett fel som upptäckts och nu rättats inför 2026 års referenspriser. TLV hade felaktigt utgått från grundpriset på protesen utan att ta höjd för att priset blev högre när även de proteständer som vanligtvis ingår i protesen räknades med.

⁸⁹ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *PM om Tandvårdsenkät 2025*, 2025.

Vi har även tagit del av det arbete TLV gör för att kvalitetssäkra referenspriserna för implantat. Enligt vår bedömning gör TLV grundliga analyser där de jämför referenspriserna med implantatproducenternas prislistor och Folkandvårdens upphandlingspriser. Jämförelserna visar att referenspriserna för implantat ligger på en rimlig nivå. Det är dock svårt att veta vad implantaten verkligen kostar hos återförsäljarna, eftersom priserna vanligtvis ges med rabatter. Dessutom inkluderas ofta olika förmåner, som till exempel operationsbrickor och kurser för personalen.

Många i branschen anser att TLV:s beräknade implantatpriser är för låga. TLV förklarar detta med att många tandläkare använder dyra implantat, trots att det finns billigare och likvärdiga alternativ att tillgå. Enligt TLV beror det på att tandläkarna är vana att använda ett visst märke. Implantatföretagen erbjuder som nämnts dessutom förmåner för sina kunder. TLV ska subventionera tandvård som är hälsoekonomiskt effektiv.⁹⁰ Myndigheten kan därför inte ta hänsyn till om tandläkarna föredrar dyrare material, om det inte samtidigt ger ett mervärde som motsvarar den högre kostnaden.

Det är den fria prissättningen som enligt TLV gör det möjligt för tandläkarna att välja bort det kostnadseffektiva alternativet. Genom att vårdgivarna höjer priset, betalar patienten summan som överstiger statens subvention.

TLV menar att de tar hänsyn till att materialen ska vara av god standard och de utgår inte från de billigaste alternativen på marknaden. De utgår enbart från svensktproducerat material i sina beräkningar, trots att det finns billigare alternativ från utlandet.⁹¹

Det finns några ytterligare osäkerheter när TLV ska beräkna materialpriserna, men det handlar i dessa fall snarare om att TLV riskerar att överskatta än att underskatta priset. Större vårdgivare som köper in mycket material kan få bättre priser än ensamma tandläkare till följd av rabatter.

Referenspriserna är ett genomsnittspris och slår därför fel för vissa

En vanlig kritik mot referenspriserna är att de slår fel för vissa typer av utförare. Men det är inte tänkt att referenspriserna ska ta hänsyn till olika skillnader mellan klinikerna, utan de ska motsvara ett genomsnitt. När man utgår från ett snitt är det naturligt att det inte träffar rätt för alla. Referenspriserna tar till exempel inte höjd för följande faktorer:

- Hyra och lön skiljer sig över landet. Enligt TLV:s enkät till vårdgivarna har landsbygds- och blandkommuner något lägre kostnader än storstäder. Samtidigt är tillgången på tandläkare störst i storstäderna, medan det är brist på tandläkare i de mer glest befolkade delarna av Sverige.⁹²

⁹⁰ Prop. 2007/08:49, s. 85.

⁹¹ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *PM om Tandvårdsenkät 2025*, 2025.

⁹² SOU 2024:70, s. 246 ff.

- Mindre företag är ofta mindre lönsamma än större företag. En tidigare studie från TLV visade tecken på att stora företag har skalfördelar.⁹³ Men i en enkätstudie från 2025 fann TLV inte några tydliga tecken på skalfördelar.⁹⁴
- Vissa kliniker kan ha en generellt sjukare patientstock. Samma behandling kan ta olika lång tid för en friskare patient och en sjukare patient. TLV antar att skillnaderna jämnar ut sig över tid, men så blir inte fallet om patientstocken skiljer sig från snittet. Så kan vara fallet i glesbygd eller i socioekonomiskt utsatta områden, där tandläkare oftare behandlar patienter som söker akut.

TLV har bedrivit ett utvecklingsarbete inför prisregleringen

TLV genomförde under våren 2025 ett utvecklingsarbete kring referenspriserna med anledning av den prisreglering som införs 2026 med den särskilda tandvårdsersättningen för äldre. En större enkät till branschen var ett viktigt underlag. Enligt TLV fick de betydligt bättre svarsfrekvens än tidigare. De vårdgivare som svarade på enkäten stod för 52 procent av all tandvård inom tandvårdsstödet. Enkätresultatet har lett till att TLV gjort vissa ändringar i sina beräkningar.⁹⁵

Referenspriserna tar hänsyn till fasta kostnader genom ett påslag på 59 procent. Den största förändringen som TLV har gjort gäller hur dessa fasta kostnader numera beräknas. Det handlar till exempel om de kostnader som klinikerna har för lokaler, IT och administrativ personal. Även en investerings- och utvecklingsmarginal ingår. Tidigare beräknade TLV påslaget utifrån kostnaderna för personalen. Från den 1 november 2025 beräknas påslaget i stället utifrån den tid som behandlingsrummet används. Det var ett välkänt problem med den tidigare beräkningen att fasta kostnader inte är proportionella mot personalkostnaden. Ändringen har på totalen medfört en förhöjd nivå av referenspriserna.

Dessa förändringar omfattas inte av granskningen eftersom de tillämpas först efter den tid som vår granskning omfattar.

3.2 Vårdgivarna får relevant information om regler och stöd

Avsnittet behandlar följande bedömningsgrund: *TLV:s föreskrifter ska vara lätta att förstå och tillämpa för vårdgivarna. Samtidigt ska de vara tydliga för att inte skapa utrymme för överutnyttjande genom att rapportera åtgärder på ett sätt som maximerar intäkten.*

TLV har hittat en bra balans i avvägningen mellan tillämpbarhet och att minimera utrymmet för överutnyttjande. TLV:s föreskrifter är komplicerade att förstå och tillämpa, men behöver vara det för att undvika felaktig inrapportering. TLV ger god vägledning till vårdgivarna.

⁹³ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Motsvarar referenspriset den normala tandvårdskostnaden?*, 2018.

⁹⁴ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *PM om Tandvårdsenkät 2025, 2025*.

⁹⁵ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *PM om Tandvårdsenkät 2025, 2025*.

TLV:s föreskrifter är detaljerade och komplicerade, och omfattningen har ökat över tid. Föreskrifterna är runt 100 sidor och kompletteras med en handbok på ungefär 250 sidor. Tandläkare och professionsorganisationer uppger för oss att föreskrifterna är komplicerade att förstå och tillämpa. De anser också att det är utmanande att hålla sig uppdaterad kring regeländringar. Samtidigt finns generellt en förståelse bland de intervjuade för att reglerna behövs för att undvika felaktig inrapportering eller fusk.

För den som vill utnyttja regelverket finns möjligheter att rapportera åtgärder felaktigt på ett sätt som maximerar intäkten. Det visar våra intervjuer med tandläkare, och det styrks av en rapport från Försäkringskassan.⁹⁶ Det kan handla om att ange att åtgärden som utförts varit mer omfattande än vad den faktiskt var eller att lägga på en åtgärd som inte utförts. Men det är svårt att avgöra i vilken omfattning det sker.

Försäkringskassan uppskattade att 430 miljoner kronor och 6,3 procent av tandvårdsstödet utbetalades felaktigt 2021. Därav uppskattas 41 procent vara avsiktliga fel.⁹⁷ Försäkringskassans rapport understryker vikten av tydliga regler för att undvika överutnyttjande. Där framkom att överutnyttjande tycks vara vanligare för behandlingar där föreskrifter och stödmaterial från TLV är mindre tydliga.⁹⁸

Givet reglernas komplexitet, upplever tandläkarna och branschorganisationerna vi intervjuat generellt att TLV:s handbok och webbaserade kunskapsstöd (KUSP) stöder personalen på ett bra sätt när de ska tillämpa föreskrifterna. Tandläkare och tandhygienister uppger att de använder handboken och kunskapsstödet regelbundet.

Sammantaget ser vi att TLV har hittat en bra balans i avvägningen mellan att reglerna ska fungera att tillämpa, samtidigt som utrymmet för överutnyttjande begränsas.

3.3 Nämnden för tandvårdsstöd har inte fyllt den roll som var tänkt

Avsnittet behandlar följande bedömningsgrund: *Nämnden för statligt tandvårdsstöd ska se till att systemet utformas så att kontroll skapas över de statliga utgifterna och den statliga resursanvändningen.*

Utgiftsutvecklingen för tandvårdsstödet har varit kontrollerad, mycket tack vare referenspriserna. Men tandvårdsstödet har successivt utvidgats eftersom beloppsgränserna inte har justerats och fler åtgärder har inkluderats i stödet. Nämnden har inte tagit den avsedda rollen att tydligt prioritera vilka åtgärder som ska ingå i tandvårdsstödet och se över beloppsgränserna när referenspriserna ändras.

⁹⁶ Försäkringskassan, *Försäkringskassans efterhandskontroller av det statliga tandvårdsstödet – påverkar de behandlarnas beteende?*, 2025.

⁹⁷ Försäkringskassan, *Felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd*, 2025.

⁹⁸ Försäkringskassan, *Försäkringskassans efterhandskontroller av det statliga tandvårdsstödet – påverkar de behandlarnas beteende?*, 2025.

Högekostnadsskyddet är i grunden ett kostnadsdrivande system. Vårdgivaren har ekonomiska incitament att utföra mer och dyrare vård eftersom den får betalt per åtgärd. Patienten får samtidigt en lägre egenavgift och kan efterfråga mer tandvård.

Den tandvårdsreform för äldre som genomfördes under 00-talet blev av dessa skäl mycket dyr för staten.⁹⁹ I jämförelse med den, har det nuvarande tandvårdsstödet lyckats bättre sett till att statens kostnader har blivit förutsägbara och att utgifterna ryms inom anslagna medel. Det främsta skälet till det är att statens utgifter är knutna till referenspriserna, och inte till vårdgivarens pris. Att patienterna betalar en betydande egenavgift begränsar också deras efterfrågan.

Nämnden för statligt tandvårdsstöd är den utpekade aktören för att begränsa tandvårdsstödet kostnader¹⁰⁰ samt att se till att de åtgärder som ersätts inom tandvårdsstödet motsvarar avsedda områden. Granskningen visar att nämnden inte uppfyller sin tänkta roll inom de två områdena.

3.3.1 Tandvårdsstödet har utvidgats eftersom beloppsgränserna inte har höjts

Nämnden har två verktyg för att kunna bromsa kostnaderna, som den i praktiken inte använt:

1. *Nämnden kan i föreskrifterna begränsa vilka åtgärder som ska ge rätt till ersättning.* Enligt propositionen var det tänkta förstahandsalternativet att nämnden skulle minska antalet åtgärder som ger rätt till ersättning.¹⁰¹ Men det har visat sig vara ett trubbigt verktyg. Effekten av att ta bort åtgärder kommer först ett och ett halvt år senare, eftersom det tar så lång tid att göra ändringar i föreskrifterna.
2. *Nämnden kan höja beloppsgränserna för högekostnadsskyddet.* Enligt propositionen var tanken att beloppsgränserna skulle ses över när referenspriserna ändras¹⁰², vilket sker varje år. Men nämnden har valt att inte ändra beloppsgränserna sedan införandet 2008, trots att tjänstemännen på TLV lämnat förslag på hur en indexering skulle kunna utformas.¹⁰³

Regeringen har nu föreslagit att beloppsgränserna ska indexeras från 2026.¹⁰⁴ Det innebär att nämnden inte har kvar några lämpliga verktyg för kostnadskontroll.

⁹⁹ Riksrevisionen, *Tandvårdsstöd för äldre*, 2006.

¹⁰⁰ Enligt instruktionen ska nämnden utforma sina beslut så att utgifterna för det statliga tandvårdsstödet ryms inom ram för anvisade medel i statsbudgeten. Om utgifterna bedöms överstiga anvisade medel, ska nämnden snarast möjligt besluta om föreskriftsändringar.

¹⁰¹ Prop. 2007/08:49, s. 153.

¹⁰² Prop. 2007/08:49, s. 64.

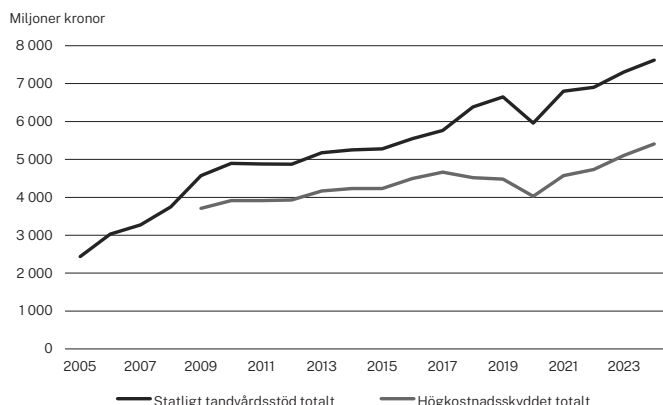
¹⁰³ 2012 föreslog TLV en modell för översyn av beloppsgränserna i samband med omräkning av referenspriserna som skulle träda i kraft 2013. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Förslag till ändring av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd till den 1 januari 2013*, 2013.

¹⁰⁴ Socialdepartementet, promemoria S2025/01575.

Att nämnden inte har höjt beloppsgränserna för högkostnadsskyddet i takt med prisutvecklingen, har gjort att tandvårdsstödet stegvis utvidgats. Det framgår i diagram 9. En större andel av patienterna får därmed ta del av högkostnadsskyddet. Statens tandvårdsstöd täckte 38 procent av de totala tandvårdskostnaderna 2023, i jämförelse med 33 procent år 2010.¹⁰⁵

Om beloppsgränserna på 3 000 och 15 000 kronor hade indexerats upp enligt prisbasbeloppet, hade dagens beloppsgränser i stället varit ungefär 4 300 kronor och 21 500 kronor. Våra analyser visar att statens utgifter då hade varit 1,1 miljarder kronor (eller 13 procent) lägre 2025 och att 413 000 (26 procent) färre personer då hade tagit del av högkostnadsskyddet.¹⁰⁶

Diagram 9 Kostnadsutvecklingen för statligt tandvårdsstöd



Källa: Riksrevisionens sammanställning från budgetpropositioner 2015–2025.

Ytterligare en förklaring till att tandvårdsstödet har utvidgats är att nämnden valt att inkludera allt fler tandvårdsåtgärder i stödet. Idag ingår de flesta av tandvårdens åtgärder. De stora utvidgningarna ägde rum innan 2014 då tandvårdsstödet fortfarande var under utveckling. Den senaste stora utvidgningen beslutade nämnden om 2020, då ett nytt tillstånd¹⁰⁷ infördes. Införandet kostade det första året 18 miljoner kronor. Efter att åtgärden blev subventionerad har användandet ökat, och

¹⁰⁵ Avser kostnader för vuxna som tar del av det statliga tandvårdsstödet. Förutom att beloppsgränser har bibehållits beror ökningen också på att ATB höjdes 2018 och att STB infördes 2013. SOU 2024:70, s. 206.

¹⁰⁶ Vi använde SCB:s verktyg Fasit. I beräkningarna ingår inte eventuella dynamiska effekter på efterfrågan.

¹⁰⁷ Ett nytt tillstånd (5032) infördes, vilket innebar att implantatbehandling vid entandslucka blev ersättningsberättigande i vissa fall.

kostnaden låg 2024 på 30 miljoner kronor jämfört med då åtgärden inte var subventionerad.¹⁰⁸

TLV ser kontinuerligt över regelverket och ändrar sina föreskrifter. Inför en förändring tar TLV fram en konsekvensutredning. Den vanligaste bedömningen från TLV är att förändringarna får marginella konsekvenser för statens kostnader. Om beslut om föreskrifter får väsentliga effekter för statens kostnader måste TLV ha regeringens godkännande innan de beslutar om dem.¹⁰⁹

Det finns andra tänkbara beloppsgränser och ersättningsgrader

Det är inte givet vilka beloppsgränser och ersättningsgrader som leder till den mest effektiva fördelningen av tandvårdsstödet. Många vi intervjuat, däribland tandläkarna, menar till exempel att dagens beloppsgräns på 3 000 kronor innan bidraget ges är för hög för att göra skillnad för många patienter. Vi har gjort beräkningar med hjälp av SCB:s verktyg Fasit för att se vilka konsekvenser olika förändrade beloppsgränser hade haft. I beräkningarna ingår inte eventuella dynamiska effekter på efterfrågan.

En lägre beloppsgräns på 1 450 kronor (motsvarande högkostnadsskyddet inom den öppna hälso- och sjukvården), skulle göra tandvårdsstödet tillgängligt för 120 000 fler personer. För att hålla utgifterna på samma nivå, skulle ersättningsnivån då behöva sänkas från 50 till 35 procent. Det skulle dock enligt våra beräkningar i högre grad gynna resursstarka grupper, eftersom de går oftare till tandläkaren men konsumerar mindre dyr vård.

En annan möjlighet vore att sänka ersättningsgraden över 15 000 kronor. Ett argument för det är att priskonkurrensen försämras, ju högre subventionen är. Om ersättningsgraden över 15 000 kronor exempelvis sänktes från 85 procent till 75 procent, skulle det frigöra ungefär 350 miljoner kronor.

3.3.2 Nämnden gör inte tydliga prioriteringar och överväganden kring tandvårdsstödet innehåll

Nämnden ska alltså se till att de åtgärder som ersätts inom tandvårdsstödet motsvarar avsedda områden.¹¹⁰ Nämnden behöver då göra tydliga prioriteringar för att definiera vilka behov och behandlingar som ska omfattas av tandvårdsstödet.¹¹¹ Regeringen bedömde att det skulle kräva såväl odontologiska och medicinska överväganden som

¹⁰⁸ Mejl från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), 2025-10-27.

¹⁰⁹ 2 § förordningen (2014:570) om regeringens medgivande till beslut om vissa föreskrifter; 14 § förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar.

¹¹⁰ Med avsedda områden avses 1. förebyggande tandvård och 2. tandvård som patienten behöver och som syftar till att åstadkomma frihet från smärta och sjukdomar, förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder eller ett utseendemässigt godtagbart resultat. Tandvården ska syfta till att så långt möjligt bevara munnens vävnader. Vidare ska behandlingens kvalitet och hållbarhet vägas mot kostnaderna. 3 § lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Prop. 2007/08:49, s. 59–61.

¹¹¹ Prop. 2007/08:49, s. 49.

att statsfinansiellt utrymme, hälsoekonomiska aspekter och samhällsekonomisk effektivitet beaktades. De politiska aspekterna var av underordnad betydelse.¹¹²

Granskningen visar att nämnden inte har gjort den typen av överväganden eller tydliga prioriteringar. Nämnden har alltid beslutat i enlighet med tjänstemännens förslag. Enligt vår intervju med en företrädare för nämnden är det sällan någon diskussion eller några överväganden kring de förändringar som görs.¹¹³

Skälet till att nämnden placerades vid TLV (då benämnt Läkemedelsförmånsverket) var att man såg likheter med läkemedelsområdet i principiella frågeställningar, angreppssätt och metodik. Myndighetens hälsoekonomiska kompetens bedömdes vara en tillgång för nämnden.¹¹⁴ Att arbetet i Nämnden för statligt tandvårdsstöd skulle likna det i Nämnden för läkemedelsförmåner beskrivs i våra intervjuer med företrädare för tandvårdsnämnden som en missuppfattning. Exempelvis utövar Nämnden för läkemedelsförmåner myndighetsutövning mot företag som ansöker om att ingå i förmånen. Deras möten präglas också av svåra etiska överväganden på ett helt annat sätt än i Nämnden för statligt tandvårdsstöd.

¹¹² Prop. 2007/08:49, s. 85.

¹¹³ Intervju med företrädare för Nämnden för statligt tandvårdsstöd, 2025-02-04.

¹¹⁴ Statskontoret, *Myndighetsanalys av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket*, 2011.

4 Hur myndigheterna informerar patienter om tandvårdsstöd och priser

I detta kapitel besvaras följande delfråga: *Arbetar Försäkringskassan och TLV effektivt med att informera patienter om tandvårdsstöden och om tandvårdspriser?*

Granskningen visar att Försäkringskassan och TLV sammantaget inte arbetar effektivt med att informera om tandvårdsstöden och tandvårdspriserna. Det här är våra iakttagelser:

- TLV:s prisjämförelsetjänst är lättanvänd, men når i låg grad patienterna. Enbart prisinformation är heller inte tillräckligt för ett informerat val, utan det skulle behövas mer information, exempelvis om vad åtgärderna innebär.
- Försäkringskassans insatser för att informera patienter om tandvårdsstöden har varit begränsade.
- Det finns tecken på att vårdgivarna inte efterlever kraven på att informera patienter om priser och behandling, men ingen aktör har till uppgift att kontrollera efterlevnaden.
- Patienterna har dåliga möjligheter att klaga på priser och kostnader. De får inte heller någon samlad information om tandvård.

4.1 TLV:s information om priser är bra, men når inte patienterna

Avsnittet behandlar följande bedömningsgrund: *TLV ska informera patienterna om priser och referenspriser, så att patienterna har goda möjligheter att välja tandläkare efter pris och att priserna därigenom kan pressas.*

TLV:s prisjämförelsetjänst är lättanvänd, men når i låg grad patienterna.

Referenspriserna är krångliga för patienterna att förstå och därmed även att använda för prisjämförelser. Patienterna har dålig kunskap om tandvårdspriserna och väljer inte tandläkare efter pris, vilket försämrar priskonkurrensen på marknaden.

4.1.1 TLV:s prisjämförelsetjänst når i låg grad patienterna

TLV har svårt att nå ut med prisjämförelserna. Endast var tionde person jämför tandvårdspriser och få byter tandläkare.¹¹⁵ Också våra intervjuer med tandläkare bekräftar att patienter har dålig kunskap om priserna. TLV:s prisjämförelsetjänst

¹¹⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Tala om tänder. Patienters erfarenheter och behov av information om tandvården*, 2022; Svenskt kvalitetsindex branschmätning för 2024 visar liknande siffror. Svenskt kvalitetsindex tandvård 2024.

Tandpriskollen lanserades 2020¹¹⁶, men priskonkurrensen tycks snarare ha försämrats sedan dess, som vår tidigare genomgång visat.

Detta trots att *Tandpriskollen* som tjänst genomgående beskrivs som välfungerande och lättanvänd i våra intervjuer med tandläkare och myndigheter. Vår genomgång av *Tandpriskollen* visar att informationen om priser är aktuell och relevant.

Tandpriskollen är TLV:s huvudsakliga verktyg för att informera patienter om priser. Priserna uppdateras tre gånger om året och baseras på det som patienter faktiskt har betalat för sin tandvård. Tjänsten omfattar i stort sett alla tandvårdskliniker.

Tjänsten har cirka 700 besökare per dag.¹¹⁷ Besöken ökade i samband med att TLV genomförde ett antal informationskampanjer för att öka kännedomen om prisjämförelsetjänsten och om priser inom tandvården. Men efter kampanjerna återgick antalet besök till samma nivå som innan.¹¹⁸

TLV anger att myndigheten med ytterligare resurser och ett nära samarbete med Försäkringskassan skulle kunna vidareutveckla prisjämförelsetjänsten. TLV anser att det behövs ett löpande arbete för att öka synligheten i sökmotorer, så att tjänsten är lättillgänglig när patienten behöver den.¹¹⁹

4.1.2 Referenspriserna används i låg grad för prisjämförelser

Referenspriserna som koncept är krångliga för patienterna att förstå och därmed även att använda för prisjämförelser. Det är sannolikt få personer som använder referenspriserna för att jämföra priser innan tandläkarbesöket. Referenspriserna framgår på *Tandpriskollen*, men där är det alltså så som går in. Prislistor med referenspriser ska ligga framme på mottagningen, men saknas ofta.¹²⁰ Efter tandläkarbesöket framgår referenspriserna på patientens kvitto, men enligt våra intervjuer med tandläkare förstår de flesta patienterna inte vad referenspriserna innebär. Även om patienten då ställer frågor till tandvårdspersonalen, har en klinik som avviker mycket från referenspriserna incitament att spela ned betydelsen av referenspriserna för patienten.

Information om referenspriserna har samtidigt potential att öka patienternas prismedvetenhet. En studie visar att patienter som fått reda på att deras tandläkares priser var högre än referenspriset, är mindre benägna att acceptera priset än de som

¹¹⁶ Bakgrunden till tjänsten är ett uppdrag som regeringen gav TLV 2015. Syftet var att förbättra patienternas tillgång till prisinformation för att stärka patientens ställning och konkurrensen på tandvårdsmarknaden. Regeringsbeslut S2015/3800/FS; Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Informationsinsats för att stärka tandvårdens patienter, slutredovisning*, 2024.

¹¹⁷ Avser perioden 2024-09-15–2025-09-14. Mejl från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, 2025-09-15.

¹¹⁸ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Informationsinsats för att stärka tandvårdens patienter, slutredovisning*, 2024, s. 14.

¹¹⁹ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Informationsinsats för att stärka tandvårdens patienter, slutredovisning*, 2024, s. 6 och 17.

¹²⁰ SOU 2024:70, s. 85.

sett att priset låg på eller under referenspriset.¹²¹ Men den effekten har inte varit tillräckligt stark för att ha någon tydlig effekt på priskonkurrensen.

4.1.3 Hinder för att nå ut med prisinformation i tandvården

Det finns förhållanden inom tandvården som gör det svårare för patienten att göra ett informerat val baserat på priset.

Endast information om priset är ofta inte tillräckligt för att patienten ska kunna göra ett informerat val. Till exempel finns idag ingen information om tandvårdens kvalitet tillgänglig. Det är också svårt för patienten att förstå vilka lämpliga behandlingsalternativ som finns. Tandpriskollen innehåller inga förklaringar av vad åtgärderna innebär, utan anger bara namnet på åtgärden.

Socialstyrelsen tog 2019 fram en enkät för patientbedömd kvalitet på tandvårdsmottagningar efter ett regeringsuppdrag. Socialstyrelsen konstaterade då att enkäten fungerat bra, men att det inte var möjligt att distribuera enkäten givet de regler som finns för att använda patientdata i Tandhälsoregistret.¹²²

Patienten känner förtroende för sin tandvårdspersonal och är i informationsunderläge. Många patienter värderar en förtroendefull relation och kontinuitet högt.¹²³ Det kan göra dem mindre benägna att söka information inför sitt besök. Antingen för att de litar på sin tandläkare och inte tar reda på alternativen, eller för att de anser att kontinuiteten är värd ett högre pris. Kundundersökningar visar också att tandvårdens patienter överlag är nöjda, bland annat sett till tillgänglighet och att få träffa samma behandlare. Det gäller särskilt inom den privata tandvården.¹²⁴ Men ett trevligt bemötande behöver inte hänga samman med en kvalitativ och prisvärd tandvård.

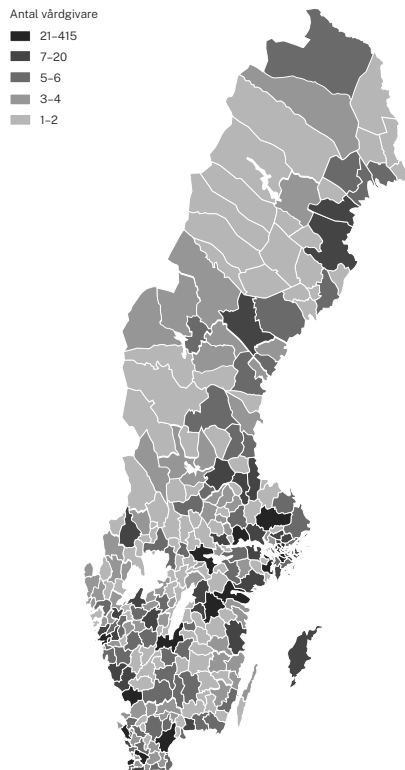
Det saknas i många delar av landet tandläkare att byta till inom ett rimligt geografiskt avstånd. Figur 3 visar att det i stora delar av Sverige bara finns ett fåtal vårdgivare att välja mellan.

¹²¹ Moutakis, *Empirical studies on reference pricing*, 2024.

¹²² Socialstyrelsen, *Pilotenkät till tandvårdspatienter*, 2019. Reglerna avser 3 § förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen.

¹²³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Tala om tänder. Patienters erfarenheter och behov av information om tandvården*, 2022.

¹²⁴ Svenskt kvalitetsindex 2025.

Figur 3 Antalet vårdgivare som finns tillgängliga i respektive kommun

Källa: Riksrevisionens bearbetning av tandvårdsstödsdata från Försäkringskassan.

4.2 Försäkringskassan informerar inte aktivt om tandvårdsstöden

Avsnittet behandlar följande bedömningsgrund: *Försäkringskassan ska informera patienter som söker information om tandvårdsstöden. Försäkringskassan bör med jämna mellanrum genom informationsinsatser uppmärksamma tandvårdsstödet för att uppmuntra till regelbundna besök i förebyggande syfte.*

Försäkringskassans insatser för att informera patienter om tandvårdsstöden har varit begränsade. Informationen är inte heller individspecifik. Därmed riskerar stöden att inte, på det sätt som är tänkt, uppmuntra patienten att göra regelbundna besök.

4.2.1 Försäkringskassan har i låg grad informerat om tandvårdsstöden

Patienterna har dålig kännedom om tandvårdsstöden, enligt en stor patientundersökning från 2022.¹²⁵ Våra intervjuer med tandläkare bekräftar bilden. Särskilt högkostnadsskyddet och referenspriserna upplevs som krångliga, medan kännedomen om ATB är förhållandevis hög. Åtta av tio patienter känner till ATB.¹²⁶

Försäkringskassan har inte prioriterat att genomföra informationsinsatser kring tandvårdsstödet. De informationsinsatser som gjorts handlar framför allt om Instagraminlägg och två korta informationsfilmer till webbplatsen. Den enda större informationsinsats som genomförts är en om STB 2012 i samband med att STB infördes. Försäkringskassan uppger till Riksrevisionen att de skulle kunna göra fler informationsinsatser.¹²⁷

Många patienter efterfrågar mer information om tandvårdsstöden. Men det är få patienter som själva söker information.¹²⁸ Patienter kan söka allmän information om tandvårdsstöden på Försäkringskassans webbplats. Den del som rör tandvården har cirka 580 unika sidvisningar per dag. Antalet har varit stabilt under de senaste åren med undantag för 2023 då visningarna var något högre.¹²⁹ Vår genomgång visar att webbsidorna innehåller relevant grundläggande information om stöden. Men Försäkringskassan informerar inte patienter som inte själva söker information.

De med sämst tandhälsa är särskilt svåra att nå med informationsinsatser. Det kan handla om personer som har en bredare social problematik eller som kommer från länder där kunskapen om munhygien är låg. Vissa regioner har uppsökande verksamhet för att nå dessa grupper med information om exempelvis vikten av att borsta tänderna med fluoridtandkräm och att regelbundet besöka tandläkaren.

4.2.2 Försäkringskassan tillhandahåller ingen individspecifik information

Försäkringskassan tillhandahåller ingen individspecifik information om vilka tandvårdsstöd en patient har innestående och var patienten befinner sig i högkostnadstrappan. Det är därmed mycket svårt för en patient att i förväg uppskatta vilket tandvårdsstöd man har rätt till för en behandling och på så sätt göra ett informerat val. En utredning har dock föreslagit att dessa uppgifter ska finnas tillgängliga för patienten digitalt.¹³⁰ Frågan bereds av Socialdepartementet.

Men även om patienten får tillgång till dessa uppgifter, är det komplicerat att beräkna och förutse kostnaden inräknat tandvårdsstödet. Det kräver kunskap om patientens

¹²⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Tala om tänder. Patienters erfarenheter och behov av information om tandvården*, 2022.

¹²⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Tala om tänder. Patienters erfarenheter och behov av information om tandvården*, 2022.

¹²⁷ Mejl från Försäkringskassan, 2025-09-22.

¹²⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Tala om tänder. Patienters erfarenheter och behov av information om tandvården*, 2022.

¹²⁹ Mejl från Försäkringskassan, 2025-09-22.

¹³⁰ Utredningen anser också att Försäkringskassan bör informera patienten om myndigheten genomfört en efterhandskontroll och hur kontrollen i sådana fall föll ut. SOU 2024:70, s. 432 f.

behandlingar, vårdgivarens priser, referenspriset för varje åtgärd samt högkostnadsskyddets beloppsgränser och ersättningsgrader. De tandläkare vi intervjuat tycker beräkningen är så komplicerad att de inte hade klarat det utan sitt IT-system.

4.3 Ingen följer upp vårdgivarnas informationsskyldighet

Avsnittet behandlar följande bedömningsgrund: *Regeringen och Försäkringskassan bör på en väl avvägd nivå reglera vårdgivarnas ansvar att ge patienterna den information de behöver för att göra informerade val, så att deras ställning stärks.*

Kraven på vårdgivarna om hur de ska informera patienter om priser och behandling är överlag relevanta, men många vårdgivare efterlever inte kraven. Det finns ingen aktör som kontrollerar vårdgivarnas efterlevnad av kraven.

Vårdgivaren är skyldig att informera patienter om priser och behandling. Bland annat ska vårdgivarna tillhandahålla undersökningsprotokoll, informera om eventuella garantier samt tillhandahålla listor på sina priser och referenspriserna.¹³¹ Varken regeringen eller Försäkringskassan har närmare följt upp effekterna av bestämmelserna. Försäkringskassan kontrollerar inte heller för dessa bestämmelser i sina kontroller.¹³²

Det finns tydliga indikationer på att vårdgivare inte efterlever kraven. Färre än hälften av patienterna anser sig ha fått tillräcklig information om kostnaderna före behandlingen.¹³³ Nästan 40 procent av patienterna uppger till exempel att de inte fick någon prisuppgift innan sin senaste betalning eller att prisuppgiften var felaktig.¹³⁴ Den senaste statliga tandvårdsutredningen påpekar vidare att undersökningsprotokoll sällan lämnas till patienten och att det ofta saknas prislistor i receptionen.¹³⁵

Vår bild från intervjuer med olika aktörer inom tandvården är att kraven på vårdgivarna i förordning och föreskrift överlag är rimliga och relevanta. Vissa inom branschen anser dock att vissa av kraven är administrativt betungande. Till exempel ska vårdgivaren efter varje undersökning ge patienten ett undersökningsprotokoll med information om tandhälsa, råd om tandvård och diagnos för tänder som behöver behandlas. Vid en omfattande behandling ska vårdgivaren också bland annat ange skälen för behandlingen och eventuella alternativa behandlingsförslag.¹³⁶

¹³¹ Se förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd och Försäkringskassans föreskrifter (2008:6) om statligt tandvårdsstöd.

¹³² Mejl från Försäkringskassan, 2025-02-24.

¹³³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Tala om tänder. Patienters erfarenheter och behov av information om tandvården*, 2022.

¹³⁴ Svenskt Kvalitetsindex tandvård 2024.

¹³⁵ SOU 2024:70, s. 85.

¹³⁶ 10 och 12 §§ förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

Men på det stora hela uppfattas regleringen ligga på en bra nivå – för att kunna göra ett informerat val behöver patienten den information som vårdgivaren är ålagd att ge.

Ingen aktör har till uppgift att kontrollera hur vårdgivarna efterlever kraven på att informera patienten. TLV uppger att patienter hör av sig till dem och efterfrågar en tillsynsfunktion som de kan vända sig till. De flesta tandläarkliniker är visserligen knutna till någon form av system för klagomål där synpunkter på bristande information om priser kan tas upp, se avsnitt 4.4.2. Men dessa interna system fyller inte samma funktion som en tillsynsmyndighet.

4.4 Ytterligare hinder för att stärka patientens ställning

Avsnittet behandlar tre ytterligare hinder för att patientens ställning ska kunna stärkas.

4.4.1 Det finns ingen rättspraxis om vad skäligt pris innebär

Det är inte preciserat vad ett *skäligt pris* är. Enligt tandvårdslagen ska tandvårdspriset vara skäligt med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt.¹³⁷ Det saknas juridisk praxis eftersom ingen patient hittills har drivit något ärende mot sin tandläkare i domstol.¹³⁸ Därmed saknar patienten ett riktmärke för vad som är ett skäligt pris och när det kan vara läge att klaga på priset.

4.4.2 Bristande möjligheter för tandvårdspatienter att klaga

Vilka möjligheter patienten har att klaga och få upprättelse när det gäller bristande information om kostnader, beror på vilken vårdgivare den besökt. Folk tandvården omfattas av patientnämndernas klagomålssystem, medan organisationen Privattandläkarna har ett eget system för klagomål för sina medlemmar, som bygger på en branschöverenskommelse¹³⁹ med Konsumentverket. Producentkooperativet Praktikertjänst har en egen reklamationsnämnd.

Patienter som går till aktörer som inte anslutit sig till något klagomålssystem saknar möjlighet att framföra klagomål på ett mer systematiserat sätt. Det gäller ungefär en fjärdedel av de privata vårdgivarna inom tandvård.¹⁴⁰

Konsumentverket tar emot anmälningar om sådant som inte lever upp till den konsumenträttsliga lagstiftningen. Konsumenttjänstlagen omfattar inte tandvård. För tandvård är det därför enbart frågor som faller under marknadsföringslagen som kan anmälas. Konsumentverket uppger att tandvård utgör en mycket liten del av anmälningarna. I de flesta fallen kan inte Konsumentverket bistå med någon hjälp.

¹³⁷ 4 § tandvårdslagen (1985:125).

¹³⁸ Intervju med företrädare för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, 2024-11-06.

¹³⁹ Konsumentverket, *BÖ 2019:01. Privattandläkarna – avtalsvillkor för tandvård*, 2019.

¹⁴⁰ Privattandläkarna omfattar cirka 70 procent av de privata vårdgivarna. Några privata vårdgivare har valt att inrätta ett eget klagomålssystem eller sluta avtal med en patientnämnd.

Allmänna reklamationsnämnden (ARN) prövar inte tvister som rör hälso- och sjukvård, och därmed inte heller om tandvård. I ovanligt förekommande fall kan de dock pröva frågor som endast rör själva avtalsförhållandet mellan konsument och vårdgivare, givet att det inte kräver odontologisk tolkning.¹⁴¹

Inspektionen för vård och omsorg (Ivo) hanterar bara frågor som rör patientsäkerhet.

4.4.3 Informationen om tandvården till patienterna är splittrad

Informationen om tandvård till patienterna är splittrad. Patienterna får ingen samlad information om priser, tandvårdsstöden och om tandhälsa. TLV och Försäkringskassan samarbetar visserligen och hänvisar till varandras webbplatser. Men för att få hela bilden inför sitt tandvårdsbesök behöver patienten vända sig till såväl TLV:s prisjämförelsetjänst som till Försäkringskassans webbinformation om tandvårdsstöden. Vidare kan odontologisk rådgivning vara nödvändig för att förstå sitt sjukdomstillstånd och lämpliga behandlingar, vilket finns på översiktlig nivå på 1177.

För patienter med sjukdom eller stora omsorgsbehov blir bilden ännu mer splittrad eftersom de kan ha rätt till stöd också från regionen. Staten hanterar STB för vissa sjukdomar, medan regionerna hanterar övriga särskilda tandvårdsstöd. Brukarorganisationer har påpekat att det är extra svårt för dessa patienter att överblicka vilka stöd de har rätt till.¹⁴² Figur 4 visar hur många olika typer av tandvårdsstöd som kan vara aktuella för en sjuk person över 67 år.

Figur 4 Tandvårdsstöd som kan vara aktuella för en sjuk person över 67 år



TLV betonar själva behovet av att samla informationen om tandvård. De vill se att en aktör har det övergripande ansvaret för att samordna informationen till patienterna.¹⁴³

Regeringen tog 2017 initiativ för att stärka tillgången till information, just för att man ansåg att informationen om tandvård var fragmenterad.¹⁴⁴ Resultatet blev huvudsakligen att Försäkringskassan utvecklade sin information på webbplatsen.¹⁴⁵

¹⁴¹ Mejl från Allmänna reklamationsnämnden, 2025-09-22.

¹⁴² SOU 2021:8, s. 210 och Socialstyrelsen, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget, slutrapport*, s. 16–17.

¹⁴³ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Informationsinsats för att stärka tandvårdens patienter. Slutredovisning*, 2024, s. 16–17.

¹⁴⁴ Prop. 2016/17:153, s. 24

¹⁴⁵ Mejl från Försäkringskassan, 2025-09-22.

5 Slutsatser och rekommendationer

Riksrevisionens övergripande slutsats är att tandvårdsstödet inte är effektivt.

Riksrevisionen har identifierat tre områden där förbättringar krävs för att tandvårdsstödet bättre ska bidra till en god tandhälsa, begränsade patientkostnader och kontroll över statens resursanvändning:

- Patienternas ställning behöver stärkas. Om patienterna tar mer välinformerade beslut, kan priskonkurrensen förbättras och patienternas kostnader minska.
- Tandvårdsstödet konstruktion behöver ses över, så att subventionen i högre grad kommer patienterna till del och tandhälsan mer effektivt stärks genom förebyggande tandvård.
- Besluten kring tandvårdsstödet behöver stärkas. Dialogen mellan TLV och branschen behöver förbättras. Nämnden för tandvårdsstöd bör avvecklas då den inte fyller den roll som var tänkt.

5.1 Patientens ställning behöver stärkas

En bärande idé vid tandvårdsstödet införande 2008 var att patientens ställning skulle stärkas, främst genom förbättrad information. Men vi är i dag långt från den verkligheten. Systemet bygger på att patienterna ska vara välinformerade om tandvården, ifrågasätta priser och byta tandläkare. Men patienterna värdesätter snarare kontinuitet och en förtroendefull relation med tandläkaren. De har dålig kunskap om priser och tandvårdsstöden och är dessutom i informationsunderläge. Priskonkurrensen fungerar därmed inte som tänkt och priserna ökar allt mer. Det urholkar tandvårdsstödet effekt.

Riksrevisionen bedömer därför att patientens ställning bör stärkas inom flera områden. Att stärka patientens ställning är en central förutsättning för att systemet ska fungera. Kostnaderna för detta skulle kunna finansieras inom ramen för den översyn av tandvårdsstödet konstruktion vi föreslår i avsnitt 5.2.

Riksrevisionen bedömer samtidigt att informationsinsatser inte är tillräckliga för att stärka patienternas ställning. Granskningen har inte omfattat tillgången till tandvård, men vi konstaterar att patientinformation inte kan få någon reell verkan när det inte finns tandläkare att byta till. Så är fallet i stora delar av landet.

5.1.1 Informationen till patienten behöver förbättras i flera avseenden

Riksrevisionen bedömer att regeringen, TLV och Försäkringskassan kan förbättra informationen till patienterna i flera avseenden.

En myndighet bör ha det samlade informationsansvaret

Regeringen bör utse en myndighet med ett samlat ansvar för att informera patienterna om tandvården. Det konstaterade Riksrevisionen redan i en granskning

2012.¹⁴⁶ Riksdagen angav i ett tillkännagivande att regeringen skulle överväga behovet av en sådan myndighet.¹⁴⁷ Nuvarande granskning visar att behovet kvarstår.

Tandvårdsinformationen är splittrad, vilket gör det onödigt krångligt för patienten i ett system som redan i sig är komplicerat och svårt att förstå. En myndighet med ett samlat ansvar skulle kunna ta ett helhetsgrepp för att se till att nödvändig information finns och att den är lättillgänglig. En sådan myndighet skulle också kunna föra dialog med regionerna, som ofta har bättre förutsättningar att med anpassad information nå personer som har en bredare problematik.

TLV bör utveckla kommunikationen kring prisjämförelsetjänsten

Riksrevisionen bedömer att TLV behöver utveckla kommunikationen om prisjämförelsetjänsten, så att kännedomen i befolkningen ökar om de stora prisskillnader som finns i tandvården. En femtedel av patienterna känner inte alls till att priserna kan variera. Det finns alltså en outnyttjad potential för att fler ska göra ett informerat val av tandläkare när de inser hur mycket priserna kan variera. Ett bra sätt är att lyfta fram konkreta exempel på prisskillnader. Det gjorde TLV i ett pressmeddelande 2025¹⁴⁸, vilket sedan flera nyhetskanaler refererade till.

Prisjämförelsetjänsten behöver kompletterande information

Den prisjämförelsetjänst som TLV tillhandahåller informerar på ett bra sätt om priser. Men Riksrevisionen bedömer att det behövs kompletterande information för att patienten verkligen ska kunna göra ett informerat val. Det behövs till exempel information om vad olika åtgärder innebär. En utredning har föreslagit att TLV ska ta fram en handbok eller motsvarande med patientanpassad information per tillstånd och åtgärd, som ska kunna användas i prisjämförelsetjänsten.¹⁴⁹

Informationen om tandvårdsstöden behöver bli mer individspecifik

Riksrevisionen bedömer att patienterna behöver ha tillgång till individspecifik information om sina inestående tandvårdsstöd och var de befinner sig i högkostnadstrappan. En utredning har föreslagit att denna typ av information ska finnas tillgänglig för patienten via Försäkringskassans webbplats.¹⁵⁰ Efter besöket ska patienten få en uppdatering om tandvårdsbesökets innehåll genom digital myndighetspost. Utredningsförslaget bereds nu och Riksrevisionen ser det som ett steg i rätt riktning för att patienten ska kunna göra ett informerat val. Granskningen visar att Försäkringskassan idag i låg grad informerar patienterna om tandvårdsstöden. Med förslaget får Försäkringskassan bättre förutsättningar att nå ut med informationen.

¹⁴⁶ Riksrevisionen, *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?*, 2012.

¹⁴⁷ Bet. 2012/13:SoU10.

¹⁴⁸ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Tandpriskollen jämför priser på tandvård - skiljer tusenlappar på samma behandling*, 2025.

¹⁴⁹ SOU 2024:70, s. 438.

¹⁵⁰ SOU 2024:70, s. 432 ff.

Idag kan patienten bara få den informationen genom sin vårdgivare. Vårdgivaren har långtgående skyldigheter att informera patienten om exempelvis kostnader och behandlingsalternativ. Men som granskningen visat så fullgör vårdgivarna inte alltid sina skyldigheter och det finns ingen aktör som följer upp bestämmelserna. Vårdgivaren är en viktig aktör för patientinformation eftersom det är vårdgivaren som möter patienten. Men vårdgivaren är inte oberoende, utan har ett informationsöverläge och incitament att framställa sin vård som prissvård.

Regeringen bör överväga införandet av en patientenkät

Riksrevisionen bedömer att regeringen bör överväga att ta initiativ för att få en patientenkät på plats. Socialstyrelsen tog fram en sådan enkät 2019. Den bedömdes som svår att införa eftersom det då saknades en bra distributionskanal. Men om den nya informationskanalen via Försäkringskassans webbplats kommer på plats, så skulle man på ett kostnadseffektivt sätt kunna nå patienterna med en enkät. En nationell patientenkät inom hälso- och sjukvården distribueras idag till patienter via 1177.

En viktig aspekt för enkäten är vilken information patienten fått om kostnader och behandlingsalternativ. Som granskningen visat, är det nästan hälften av patienterna som inte fått tillräckligt med information om kostnaderna i förväg. Att för varje klinik mäta i vilken mån patienterna känner att de fått tillräckligt med information, vore ett sätt att synliggöra problemet och ge vårdgivaren incitament att informera.

5.1.2 Även andra insatser behövs om patientens ställning ska stärkas

Ytterligare områden där insatser behövs är dels hur mycket priset får avvika från en tidigare angiven ungefärlig prisuppgift, dels patienternas tillgång till en klagomålsfunktion.

Bestämmelserna i branschöverenskommelsen behöver preciseras

Idag saknas riktlinjer för hur höga priser som kan tas inom tandvården. Tandvårdslagens bestämmelse om att tandvårdspriset ska vara skäligt har fortfarande inte preciserats, 15 år efter tandvårdsreformens införande, eftersom det saknas juridisk praxis. Lagens krav blir därmed i praktiken verkningslöst.

Riksrevisionen bedömer att Konsumentverket bör agera för att förtydliga bestämmelserna i den branschöverenskommelse som finns mellan Konsumentverket och Privattandläkarna. Det skulle kunna preciseras hur mycket priset får avvika från en tidigare angiven ungefärlig prisuppgift. Klagomålen inom tandvården är idag förhållandevis få. Ett skäl till det kan vara att det är svårt för patienten att avgöra om priset faktiskt var orimligt. En precisering skulle göra det tydligare för patienten när denna har rätt att klaga, samtidigt som det gentemot vårdgivaren tydliggör vikten av genomarbetade kostnadsförslag. I konsumenttjänstlagen finns bestämmelser som

innebär att en ungefärlig prisuppgift inte får överskridas med mer än 15 procent.¹⁵¹ Men konsumenttjänstlagen är inte tillämplig för tandvård.

Alla patienter bör kunna vända sig till en särskild funktion med klagomål

Riksrevisionen bedömer att alla vårdgivare bör ha en särskild funktion som stödjer patienter som lämnar klagomål. Ett sådant krav bör framgå av en bestämmelse i lag eller förordning. I dag saknar ungefär en fjärdedel av de privata klinikerna en sådan funktion. Det är rimligt att staten, som delvis finansierar tandvården, också ställer krav på att vårdgivare inom tandvården ska ha ett stöd för patienter som vill lämna klagomål. Det är särskilt viktigt eftersom det inte finns någon aktör som följer upp hur vårdgivarna fullgör sitt informationsansvar.

5.1.3 Prisreglering kan stärka patientens ställning, men det finns risker

En prisreglering kan stärka patientens ställning. Från 2026 införs prisreglering av tandvård till personer över 67 år som omfattas av den nya särskilda tandvårdsersättningen. Vårdgivaren kommer då inte kunna ta mer betalt än referenspriset för denna patientgrupp. Skälet till införandet är bland annat att regeringen vill undvika oskäligt höga priser samt värddrivande effekter. Det har enligt regeringen efter mer än 25 år av fri prissättning inte uppstått tillräckligt priskonkurrens och patientens ställning är, trots olika insatser, fortsatt svag.¹⁵²

Vid en prisreglering behöver patienten till exempel inte längre jämföra priser. Men det finns samtidigt flera risker. En risk är att tillgängligheten försämras och köer uppstår till följd av höjd efterfrågan då patientens egenavgift minskar. Det gäller särskilt områden där det är brist på tandläkare. Den effekten förstärks om tandläkare väljer att lägga ned till följd av minskade inkomster. Det finns också en risk för att vårdgivare höjer priserna för 20–66-åringarna för att kompensera för det intäktsbortfall som prisregleringen för de äldre innebär.

Riksrevisionen bedömer att den nya prisregleringen behöver följas upp noggrant. Regeringen har också avisat att en eller flera myndigheter bör få i uppdrag att utvärdera reformens konsekvenser och effekter.¹⁵³ När en prisreglering införs enbart för en del av befolkningen, innebär det en unik möjlighet att göra effektstudier.

5.2 Tandvårdsstödet konstruktion behöver ses över

Riksrevisionen bedömer att tandvårdsstödet konstruktion behöver ses över. Att högkostnadsskyddet lett till högre priser gör att stödet inte på ett effektivt sätt kommer patienten till del. Tandvårdsstöden uppmuntrar idag heller inte tillräckligt personer med stora tandvårdsbehov att besöka tandvården förebyggande.

¹⁵¹ 36 § konsumenttjänstlagen (1985:716).

¹⁵² Prop. 2025/26:27, s. 49–50.

¹⁵³ Prop. 2025/26:27, s. 81 ff.

En översyn bör utgå från att systemet ska vara så enkelt som möjligt att förstå och tillämpa. Idag är det mycket svårt för en patient att förstå systemet och förutse sina kostnader, sett till de olika tandvårdsstöd och ersättningsregler som finns. Komplexiteten ökar ytterligare när den särskilda tandvårdsersättningen för äldre införs 2026.

5.2.1 Tandvårdsstödet bör mer effektivt komma patienten till del

Staten lyckas genom högkostnadsskyddet relativt väl med att begränsa patienternas kostnader. Patienten får vid större behandlingar en betydande subvention.

Men tandvårdsstödet bidrar till att försämra priskonkurrensen. Ju högre statens subvention är, desto mer tycks vårdgivarna höja sina priser. Det innebär att subventionen i praktiken delvis hamnar hos vårdgivaren i stället för hos patienten. Dessutom har TLV visat att produktionen i privat sektor minskat med 17 procent sedan tandvårdsstödet infördes, samtidigt som lönsamheten legat på samma nivå.¹⁵⁴ Det hade sannolikt inte varit möjligt utan en generös subvention i kombination med fri prissättning.

Riksrevisionen bedömer därför att tandvårdsstödet konstruktion bör ses över så att det mer effektivt kommer patienten till del. Vi ser två huvudsakliga alternativ för att åtgärda dessa negativa effekter. Det ena alternativet är att prisreglera, men det finns risker med det (se avsnitt 5.1.3).

Det andra alternativet är att minska ersättningsgraden på 85 procent över 15 000 kronor. De pengarna går i hög grad till dyra, reparativa åtgärder som implantat. En höjd egenavgift för de dyraste åtgärderna har potential att förbättra priskonkurrensen. På så sätt kan en större andel av subventionen gå till patienten. Pengarna som då frigörs skulle kunna finansiera andra angelägna satsningar.

En minskad subvention skulle dock kunna missgynna dem med högst tandvårdskostnader, som i högre grad tillhör ekonomiskt svaga grupper. För de vars munhälsa redan blivit dålig, innebär dagens utformning en god ekonomisk hjälp. Det är inte sannolikt att den minskade ersättningsgraden fullt ut kompenseras av förbättrad priskonkurrens.

Men svenska statens tandvårdsstöd är ovanligt generöst i jämförelse med andra länder sett till subventioner av reparativ vård som implantat.¹⁵⁵ Användningen av implantat har ökat kraftigt på tio år. Ett viktigt skäl är sannolikt att en implantatbehandling ger vårdgivaren bättre betalt än att rotbehandla och bevara tanden. Detta trots att det utifrån ett odontologiskt perspektiv generellt sett är bättre

¹⁵⁴ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Utveckling av tandvårdsproduktionen inom det statliga tandvårdsstödet*, 2022.

¹⁵⁵ Se artikel Vesterhus-Strand, "Tandvårdssystemen i Norden – stora skillnader för socioekonomiskt utsatta grupper", 2021. Se även webbsidor från myndigheterna i Norden: helfo.no – Tilstander som kan gi rett til stønad til tannbehandling; borger.dk – Tilskud til behandling og kela.fi – Ersättning för privat tandvård (alla hämtade 2025-08-18).

att behålla tänderna när det är möjligt. Hälsoekonomiska studier indikerar att vårdgivare tenderar att styra patienter mot den typ av vård som ger bäst betalt.¹⁵⁶

För att nå grupperna med allra sämst tandhälsa är högkostnadsskyddet sannolikt inte rätt typ av insats. Det handlar ofta om personer som också har en större social problematik. I dessa fall krävs mer uppsökande verksamhet samt att fler aktörer samverkar, som till exempel svenska för invandrare (sfi), vårdcentraler och skola. De regionala tandvårdsstöden spelar också en viktig roll för dessa grupper.

5.2.2 Prioritera förebyggande tandvård för dem med stora tandvårdsbehov

Riksrevisionen bedömer att tandvårdsstödet även bör ses över så att det i högre grad ersätter förebyggande tandvård för dem med stora tandvårdsbehov. De har särskilt stora behov av förebyggande insatser, i jämförelse med den friska gruppen som ATB riktar mot. Idag nyttjar exempelvis patienter med svårare tandlossning och karies inte förebyggande tandvård i den utsträckning de skulle behöva. Det handlar exempelvis om information om egenvård, rengöring vid pågående infektion och undersökningar.

Den typen av regelbunden förebyggande tandvård ersätts i låg grad av tandvårdsstödet idag. Tandvårdsstödet tyngdpunkt flyttas dessutom än mer från det förebyggande arbetet, i och med att den nya särskilda tandvårdsersättningen för äldre inte omfattar undersökningar och förebyggande tandvård.

När förebyggande tandvård uteblir, kan små problem som enkelt kunde ha åtgärdats tidigt, utvecklas till omfattande behov som kräver dyra behandlingar. Det är kostsamt för både patienten och samhället och innebär därtill onödigt lidande. Som regeringen konstaterade i propositionen 2008: förebyggande tandvård minimerar framtida vårdbehov och ger det bästa skyddet mot höga kostnader på sikt.¹⁵⁷

Ett sätt att ringa in denna grupp är att inrikta stödet mot vissa förebyggande tandvårdsåtgärder eller patienter med vissa diagnoser, till exempel tandlossningssjukdom som alltså är vanligt och underbehandlat.

En annan möjlighet vore att använda Socialstyrelsens kommande riskbedömningsmodell för att identifiera patienter med ökad risk för tandvårdsproblem. Men det förutsätter att modellen blir tillförlitlig. Erfarenheter från andra länder har visat att det är svårt att göra korrekta riskbedömningar.¹⁵⁸

Satsningen kan finansieras genom att avskaffa ATB helt eller delvis

Riksrevisionens granskning visar att allmänna tandvårdsbidraget (ATB) inte på ett effektivt sätt stimulerar till regelbundna tandläkarbesök. Det gäller särskilt det bidrag

¹⁵⁶ Se till exempel Moutakis, *Empirical studies on reference pricing*, 2024 och Grytten J. *Payment systems and incentives in dentistry*, 2017.

¹⁵⁷ Prop. 2007/08:49, s. 48.

¹⁵⁸ Sundhedsstyrelsen, *Evaluering af National Klinisk Retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen*, 2017, s. 5–7.

på endast 300 kronor per år som majoriteten av befolkningen får. Den delen av bidraget motsvarar drygt en miljard kronor per år. Riksrevisionen bedömer att de pengarna kan användas mer effektivt, genom att riktas just till förebyggande tandvård för dem med stora tandvårdsbehov. På så sätt kan tandvårdsstödet ge mer tandhälsa för pengarna. Det skulle även kunna ge ekonomiskt utrymme för välbehövliga satsningar på att förbättra informationen till patienterna.

Det är förstås viktigt att den goda tandhälsan bibehålls hos den stora gruppen med inga eller små tandvårdsbehov. Riksrevisionen bedömer att ett avskaffande av det lägre ATB på 300 kronor sannolikt inte skulle påverka besöksfrekvensen nämnvärt för denna grupp. I dagsläget tenderar många friska patienter snarare att besöka tandvården oftare än vad som är odontologiskt motiverat.

Stödet bör nå fler personer med sjukdom eller funktionshinder

Många personer som har ett ökat behov av tandvård på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning nås inte av det särskilda tandvårdsbidraget (STB). Endast en tredjedel av målgruppen tar del av bidraget. Det beror bland annat på att kännedomen om STB är låg.

Riksrevisionens förslag som rör patientinformation kan bidra till att öka kännedomen om STB (se avsnitt 5.1). En viktig uppgift för en myndighet med ett samlat informationsansvar blir att utveckla samarbetet med regionerna och hälso- och sjukvården för att bland annat stärka kännedomen om STB. Ett sätt kan vara att informera om STB i nationella vårdprogram, som man exempelvis gör i vårdprogrammet för inflammatoriska tarmsjukdomar.¹⁵⁹

Det är också viktigt att regeringen ser till att ett rimligt urval av patientgrupper omfattas av STB. Det finns patientgrupper med stora tandvårdsbehov som inte täcks av STB. Riksrevisionens anser att dessa patientgrupper bör identifieras och också ingå i den översyn vi föreslår över tandvårdsstödet konstruktion.

5.3 Stärk besluten kring tandvårdsstödet

Riksrevisionen bedömer att beslutsstrukturen kring tandvårdsstödet kan bli mer effektiv och bättre säkerställa kostnadskontroll om följande förändringar genomförs.

5.3.1 Dialogen mellan TLV och branschen behöver förbättras

Förtroendet mellan TLV och branschen är lågt. TLV får inte tillgång till viktiga underlag för beräkningen av referenspriserna. Samtidigt har referenspriserna ett lågt förtroende i branschen. Att dialogen förbättras är särskilt viktigt nu när priserna för personer över 67 år ska regleras.

¹⁵⁹ Nationellt programområde mag- och tarmsjukdomar, *Nationellt vårdprogram för vuxna med inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)*, 2023.

Riksrevisionen har identifierat två viktiga faktorer som kan bidra till att dialogen ska kunna bli bättre. Dels att branschen rapporterar in det underlag TLV behöver för att beräkna referenspriserna. Dels att TLV utvecklar strukturerade samarbetsformer för dialog med branschen.

Krav bör ställas på branschen att rapportera uppgifter till TLV

Granskningen visar att TLV saknar viktiga underlag från branschen för att kvalitetssäkra referenspriserna. Riksrevisionen bedömer att det bör ställas krav på branschen att rapportera in de uppgifter som TLV behöver för sina beräkningar av referenspriserna. Det gäller till exempel löneuppgifter från branschen. Det är rimligt att staten ställer krav på att alla vårdgivare som väljer att ansluta sig till systemet för statligt tandvårdsstöd också lämnar de uppgifter som krävs för att handlägga stödet. Liknande krav finns inom andra offentliga system som privata utförare väljer att ansluta sig till. Exempelvis behöver privata utförare inom vård och omsorg tillhandahålla den information som kommunen behöver för att kunna följa upp kvalitet i verksamheten.

TLV bör utveckla samarbetet med branschen

Riksrevisionen bedömer att TLV behöver utveckla samarbetsformer för regelbunden och strukturerad dialog med branschen, för att inför beslut inhämta synpunkter och därefter förklara besluten. Det ingår inte i TLV:s roll att förhandla om referenspriserna, men myndigheten bör återkommande stämma av den modell för referensprisberäkningar som används. TLV bör också överväga att mer transparent än i dag redovisa referensprisernas innehåll på myndighetens webbplats, eftersom det i branschen idag finns utbredda missuppfattningar om referensprisernas funktion samt om att underlagen skulle vara sekretessbelagda.

5.3.2 TLV behöver utveckla metoder för att uppskatta tidsåtgång för referenspriserna

Granskningen har visat att TLV arbetar på ett bra sätt med de delar av beräkningen av referenspriserna som de har möjlighet att kontrollera underlagen för. Riksrevisionens generella bild är att TLV:s underlag till stora delar håller hög kvalitet och att personalen har hög kompetens inom tandvården. Men osäkerheterna kring underlagen om åtgärdernas tidsåtgång gör det svårt att validera om referenspriserna ligger på en bra nivå. Det är problematiskt, sett till de stora summor som utbetalas baserat på referenspriserna. Det gäller särskilt nu när en prisreglering införs för personer över 67 år.

TLV behöver därför utveckla metoder för att uppskatta hur lång tid olika åtgärder tar att genomföra. Att satsa pengar på det är rimligt sett till de miljarder som betalas ut baserat på referenspriserna. Det är också viktigt för att stärka branschens förtroende för beräkningarna.

5.3.3 Nämnden bör avvecklas då den inte fyller den roll som var tänkt

Riksrevisionen bedömer att Nämnden för statligt tandvårdsstöd bör avskaffas.

När regeringen från 2026 indexerar beloppsgränserna inom högkostnadsskyddet förlorar nämnden sitt viktigaste verktyg för att kontrollera kostnaderna. Det uppdrag som då återstår för nämnden är att besluta om vilka åtgärder som ska ingå i tandvårdsstödet. Där har vår granskning visat att nämnden inte gör de tydliga prioriteringar och överväganden som man sett framför sig att den skulle göra.

När tandvårdsstöden infördes betonades att nämnden för statligt tandvårdsstöd skulle kunna få en viktig roll i att föra dialog med berörda parter. Ett vanligt skäl till att inrätta särskilda organ är att de kan legitimera verksamheten genom förankring hos viktiga grupper.¹⁶⁰ Granskningen visar att så inte har blivit fallet med nämnden.

Riksrevisionen bedömer inte heller att nämnden bidrar med någon särskild kompetens som behövs för besluten, till exempel sett till odontologi eller hälsoekonomi. Under 2025 har dessutom de två ledamöter som kommer från branschen på grund av jäv inte deltagit i beslut om TLV:s tandvårdsföreskrift, eftersom de nu får ett tydligare eget ekonomiskt intresse i och med prisregleringen av tandvård för personer över 67 år.

Riksrevisionen bedömer att besluten i stället bör fattas av generaldirektören för TLV. Det kan leda till att myndigheten tydligare prioriterar dialogen med branschen, när ansvaret för hela beslutsprocessen ligger på generaldirektören. Dialogen bör i högre grad än idag ske *innan* beslutet tas, snarare än i efterhand när beslutet redan är fattat. Detta för att uppnå ett så bra beslutsunderlag som möjligt. Riksrevisionen bedömer att en sådan förskjutning i perspektiv skulle vara givande för dialogen med branschen och myndighetens arbete med referenspriserna.

5.3.4 Det behöver regelbundet göras en samlad analys av tandvårdsstödet

När Nämnden för statligt tandvårdsstöd bildades var intentionen att den skulle stå för samlade överväganden kring tandvårdsstödet, sett till faktorer som statsfinansiellt utrymme, hälsoekonomiska aspekter och samhällsekonomisk effektivitet. Att nämnden inte tagit denna roll kan bero på att det är svårt att samla all den kompetens som behövs i en nämnd. Det har fått följden att den samlade analysen kring tandvårdsstödet brustit.

Idag finns nödvändig analyskompetens för tandvårdsstödet spridd på olika myndigheter. Försäkringskassan gör utgiftsprognoser och bedömer faktorer som styr kostnadsutvecklingen. Socialstyrelsen definierar vad som är vetenskap och beprövad

¹⁶⁰ Statskontoret, *Myndigheternas särskilda organ – Vad, hur och varför*, 2023.

erfarenhet och bedömer tandvårdsåtgärdernas kostnadseffektivitet. TLV har kunskap om hur tandvårdsmarknaden fungerar och beräknar referenspriser.

Framtida beslut om tandvårdsstödet bör tas utifrån en samlad analys

Regeringen bör se till att TLV (eller den aktör som framöver tar besluten om tandvårdsstödet) också har ett ansvar för att inför framtida beslut göra en samlad analys av tandvårdsstödet kostnadsutveckling och måluppfyllelse. Varje liten förändring av tandvårdsstödet kan vid det aktuella tillfället bedömas som lämplig. Men för att avgöra om tandvårdsstödet i sin helhet är effektivt och förenligt med de ursprungliga intentionerna krävs ett helhetsgrepp.

Analysen bör omfatta prognoser för hur utgifterna för tandvårdsstödet utvecklas, innehålla bedömningar av vilka åtgärder som är kostnadseffektiva och odontologiskt motiverade samt innehålla en värdering av vilka samhällsekonomiska effekter beloppsgränserna och ersättningsgraderna får. Analysen behöver ta hänsyn till förändringar i beteendemönster på tandvårdsmarknaden samt teknisk och odontologisk utveckling.

Riksrevisionen vill betona behovet av kostnadskontroll eftersom tandvårdsstödet har en kostnadsdrivande tendens. TLV (eller den aktör som framöver tar besluten om tandvårdsstödet) behöver därför noggrant följa utvecklingen. Beslut som får eller kan få utfgiftskonsekvenser bör tydligt uppmärksammas och följas upp.

Den samlade analysen ska kunna fungera som ett beslutsunderlag för regeringen och tydliggöra när det krävs ett politiskt beslut för att avgöra hur stödet ska utvecklas. Analysen kan också utgöra ett planeringsunderlag för de berörda myndigheternas verksamheter, i syfte att främja en gemensam riktning.

5.4 Rekommendationer

Riksrevisionen lämnar följande rekommendationer:

Till regeringen

- Ta initiativ för att stärka patientens ställning på tandvårdsmarknaden. Ansvaret för patientinformation bör samlas under en myndighet. Överväg även att införa en patientenkät samt att reglera så att tandvårdens alla vårdgivare blir skyldiga att ansluta sig till en klagomålsfunktion.
- Se till att tandvårdsstödet i högre grad kommer patienterna till del och att subventionen mer effektivt stimulerar till förebyggande tandvård.
- Ta initiativ till en reglering som ställer krav på att branschen rapporterar in de uppgifter till TLV som de behöver för att beräkna referenspriserna.
- Avveckla Nämnden för statligt tandvårdsstöd och flytta besluten till generaldirektören för TLV. Beslutsansvaret bör åtföljas av ett ansvar att göra en samlad analys av tandvårdsstödet utveckling.

Till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

- Utveckla kommunikationen kring prisjämförelsetjänsten för att öka genomslaget och medvetandegöra patienter om de prisskillnader som finns, till exempel genom att ge konkreta exempel på lokala prisskillnader.
- Verka för en förbättrad dialog med branschen.
- Utveckla metoder för att uppskatta tidsåtgången för olika tandvårdsåtgärder när referenspriserna beräknas.

Till Konsumentverket

- Verka för att i branschöverenskommelsen med Privattandläkarna precisera hur mycket priset får avvika från en tidigare angiven ungefärlig prisuppgift.

Referenslista

Förordningar

Förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

Förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

Förordning (2014:570) om regeringens medgivande till beslut om vissa föreskrifter (upphävd maj 2024).

Förordning (2015:739) med instruktion för Allmänna reklamationsnämnden.

Förordning (2024:183) om konsekvensutredningar.

Förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Konsumenttjänstlag (1985:716).

Lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Tandvårdslag (1985:125).

Försäkringskassans föreskrifter (2008:6) om statligt tandvårdsstöd.

Socialstyrelsens föreskrifter om särskilt tandvårdsbidrag (SOSFS 2012:16).

Forskning

Grytten J. "Payment systems and incentives in dentistry", *Community Dent Oral Epidemiol* 2017; vol. 45, 2016.

Moutakis, M., *Empirical studies on reference pricing*, licentiatavhandling, Göteborgs universitet, 2024.

Moutakis, M., *Examining Heterogeneity in Healthcare Provider Responses to Reference Pricing Through a Synthetic Control Study*, 2024.

Gustafsson, A., Norhammar, A., Klinge, B. och Rydén, L., "Parodontit – en ofta förbisedd riskfaktor för en rad sjukdomar", *Läkartidningen*, nr 11–12, 2024.

Norhammar, A., Gustafsson, A., Rydén, L. och Brismar, K., "Diabetes och parodontit – viktig aspekt av diabetesvården", *Läkartidningen*, nr 11–12, 2024.

Vesterhus-Strand, G., "Tandvårdssystemen i Norden – stora skillnader för socioekonomiskt utsatta grupper", *Tandläkartidningen*, nr 4, 2021.

Rapporter

Folkhälsomyndigheten, *Jämlig tandhälsa. En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning*, 2019.

Försäkringskassan, *Felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd*. PM 2023:5, rapport FK 2022/00, 2023.

Försäkringskassan, *Försäkringskassans efterhandskontroller av det statliga tandvårdsstödet – påverkar de behandlarnas beteende?*, rapport 2025:1, 2025.

Inspektionen för socialförsäkringen, *Utmanningar i kontrollen av tandvårdsstödet. En granskning av Försäkringskassans arbete för att motverka felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd*, rapport 2024:6, 2024.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Tala om tänder. Patienters erfarenheter och behov av information om tandvården*, rapport PM 2022:6, 2022.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre. International Health Policy Survey (IHP) 2021*, rapport 2022:2, 2022.

Nationellt programområde mag- och tarmsjukdomar, *Nationellt vårdprogram för vuxna med inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)*, Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, Sveriges regioner i samverkan, 2023.

Riksrevisionen, *Tandvårdsstöd för äldre*, rapport RiR 2006:9, 2006.

Riksrevisionen, *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?*, rapport 2012:12, 2012.

Socialstyrelsen, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Slutrapport*, rapport 2018-12-53, 2018.

Socialstyrelsen, *Pilotenkät till tandvårdspatienter*, rapport 2019-10-64, 2019.

Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2023*, rapport 2023-2-8352, 2023.

Socialstyrelsen, *Företsättningar för en nationell modell för riskbedömning inom tandvården*, rapport 2024-4-900, 2024.

Socialstyrelsen, *Statistik om tandhälsa 2023*, rapport 2024-05-91, 2024.

Socialstyrelsen, *Utvärdering av tandvården. Följsamheten till nationella riktlinjer*, rapport 2024-6-964, 2024.

Statskontoret, *Myndigheternas särskilda organ – Vad, hur och varför*, 2023.

Sundhedsstyrelsen, *Evaluering af National Klinisk Retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen*, rapport 20.11.2017, 2017.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), *Förslag till ändring av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd till den 1 januari 2013*, 2013.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), *Uppdrag att säkerställa tillgång till en prisjämförelsetjänst för tandvård – delredovisning 1 oktober 2015 med förtydliganden den 9*

oktober, 2015.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), *Effekten av 2008 års tandvårdsreform på vårdgivarpriser*, 2015.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), *Konsekvenserna av höjningen av det allmänna tandvårdsbidraget i april 2018*, rapport 2896/2019, 2018.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), *Motsvarar referenspriset den normala tandvårdskostnaden?*, rapport 2018-08–31, 2018.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), *Utveckling av tandvårdsproduktionen inom det statliga tandvårdsstödet*, rapport 3672/2022, 2022.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), *Uppföljning av tandvårdsmarknaden mellan 2019 och 2022*, rapport 2970/2023, 2022.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), *Riskbedömning i tandvården– En nationell modell baserad på historisk tandvårdskonsumtion*, rapport 00763/2024, 2024.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), *Informationsinsats för att stärka tandvårdens patienter. Slutredovisning*, rapport 02129/2023, 2024.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), *PM om Tandvårdsenkät 2025*, rapport 688/2025, 2025.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), *Tandpriskollen jämför priser på tandvård – skiljer tusenlappar på samma behandling*, 2025.

Riksdagstryck, regeringsbeslut och utredningar

Bet. 2012/13:SoU10. Riksrevisionens rapport om det statliga tandvårdsstödet.

Regeringsbeslut S2015/3800/FS, *Uppdrag att säkerställa tillgång till en prisjämförelsetjänst för tandvård*.

Regeringsbeslut S2023/01524, *Uppdrag att bedöma förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården*.

Regeringsbeslut S2023/01926, *Uppdrag att stödja arbetet med att bedöma förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården, SBU*.

Regeringsbeslut S2023/01927, *Uppdrag att stödja arbetet med att bedöma förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården, TLV*.

Regeringsbeslut S2025/00205, *Uppdrag till Inspektionen för vård och omsorg att förbereda införandet av tillståndsplikt samt tillhörande tillsyn i den privata tandvårdssektorn*.

Regeringsbeslut S2025/00206, *Uppdrag till Socialstyrelsen att påbörja arbetet med att öka kontrollen inom tandvårdssektorn*.

Promemoria S2025/01575, *Förordningsförslag med anledning av kommande tandvårdsreformer*, Socialdepartementet, 2025.

Prop. 2007/08:49, *Statligt tandvårdsstöd*, 2002.

Prop. 2011/12:7, *Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar*, 2011.

Prop. 2025/26:1, *Budgetpropositionen 2026. Utgiftsområde 9. Hälsovård, sjukvård och social omsorg*, 2025.

Prop. 2025/26:27, *Ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård*, 2025.

SOU 2021:8, *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa*, 2021.

SOU 2023:82, *Ökad kontroll över tandvårdssektorn*, 2023.

SOU 2024:70, *Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård*, 2024.

Webbsidor

Försäkringskassan, "Vilka nyttjar statligt tandvårdsstöd?", <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistik-om-tandvardsstod/vilka-nyttjar-statligt-tandvardsstod>, hämtad 2025-08-20.

Helfo, "Regelverk for stønad til tannbehandling", <https://www.helfo.no/tannlege/regelverk-og-takster-for-tannlege/tilstander-som-kan-gi-rett-til-st%C3%B8nad-til-tannbehandling>, hämtad 2025-08-18.

Borger, "Tilskud til behandling", <https://www.borger.dk/sundhed-og-sygdom/dine-rettigheder-som-patient/Tilskud-til-behandling>, hämtad 2025-08-18.

Kela, "Ersättning för privat tandvård", <https://www.kela.fi/ersattning-for-privat-tandvard>, hämtad 2025-08-18.

Statistik

Folkhälsomyndigheten. Statistikdatabasen.

Försäkringskassan. Statistikdatabasen tandvårdsstöd.

Socialstyrelsen. Statistikdatabas för tandhälsa.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Sammanställd statistik om implantat.

Riksrevisionens egna beräkningar baserade på data från Försäkringskassan.

Statistiska centralbyrån (SCB). "Kostnader per verksamhetsområde för regioner 2020–2024", <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/pong/tabell-och-diagram/kommun--och-regionsektorn-2024/kostnader-per-verksamhetsomrade-for-regioner-20202024/>, hämtad 2025-10-10.

Svenskt kvalitetsindex tandvård 2024.

Svenskt kvalitetsindex tandvård 2025.

Övriga källor

Mejl från Försäkringskassan, 2025-02-24.

Mejl från Försäkringskassan, 2025-09-22.

Mejl från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), 2025-09-15.

Mejl från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), 2025-10-09.

Mejl från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), 2025-10-27.

Mejl från Allmänna reklamationsnämnden (ARN), 2025-09-22.

Underlag från genomförandet av tandvårdsstödsreformen 2008.

Intervjuförteckning

Följande intervjuer hänvisas till i rapporten:

- Fyra gruppintervjuer med tandläkare från Folktandvården och privat tandvård i storstad och glesbygd under perioden 2025-03-11–2025-05-02.
- Sju intervjuer med företrädare för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) under perioden 2024-11-06–2025-09-02.
- Intervju med företrädare för Försäkringskassan, 2024-11-21.
- Intervju samt telefonsamtal med företrädare för Nämnden för statligt tandvårdsstöd, 2025-02-04 och 2025-03-04.
- Fyra intervjuer med företrädare för Folktandvårdsföreningen, Privattandläkarna, Tandläkarförbundet, Tandhygienistförbundet och Praktikertjänst under perioden 2025-02-14–2025-04-01.

EN GRANSKNINGSRAPPORT FRÅN RIKSREVISIONEN

Tandvårdsstödet – en konstruktion med hål (RiR 2025:33)

Riksrevisionen har granskat statens tandvårdsstöd. Den övergripande slutsatsen är att det kan bli mer effektivt.

Tandvårdsstödsystemet bygger på att patienterna är välinformerade och ifrågasätter priser, så att en marknadssituation med priskonkurrens kan uppstå. Men patienterna har dålig kunskap om priser och tandvårdsstöd. Fri prissättning i kombination med en hög subvention har därför bidragit till högre priser.

Riksrevisionen bedömer att patientens ställning på tandvårdsmarknaden behöver stärkas, och att regeringen bland annat bör samla ansvaret för patientinformation under en myndighet.

Regeringen rekommenderas även att se till att tandvårdsstödet i högre grad kommer patienten till del. Till exempel genom att sänka subventionen och höja egenavgiften för de mest kostsamma åtgärderna, eller genom att reglera priserna.

Tandvårdsstödet skulle också kunna ge mer tandhälsa för pengarna om det bättre stimulerade till förebyggande tandvård för personer med stora tandvårdsbehov, som idag går till tandvården för sällan. En sådan satsning kan bekostas genom att omfördela pengar från det allmänna tandvårdsbidraget (ATB), som enligt granskningen inte effektivt stimulerar till regelbundna besök.

Granskningen belyser även flera åtgärder som kan effektivisera besluten inom tandvårdsstödet. Riksrevisionen rekommenderar regeringen bland annat att avveckla Nämnden för statligt tandvårdsstöd, som inte fyller sin avsedda funktion. Dialogen mellan Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och tandvårdsbranschen behöver också förbättras.



Riksrevisionen

www.riksrevisionen.se

S:t Eriksgatan 117

Box 6181, 102 33 Stockholm

08-5171 40 00



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 kommundyper använder vi Tillväxtverkets indelning i sex kommundyper: 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 Folk tandvården 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 kommundyp.

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.

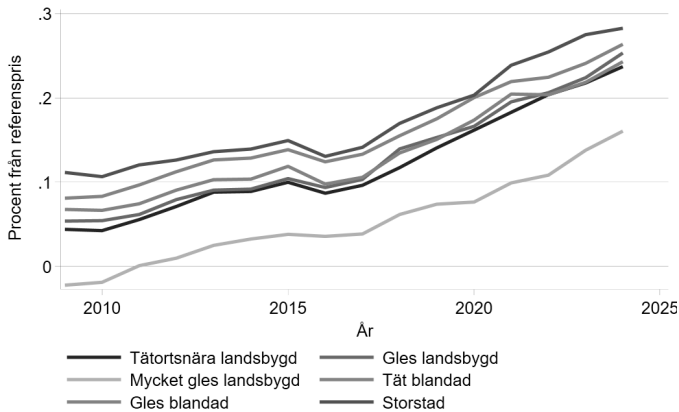
2.2.2 Prisutvecklingen i olika kommuner och områden

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 tät 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



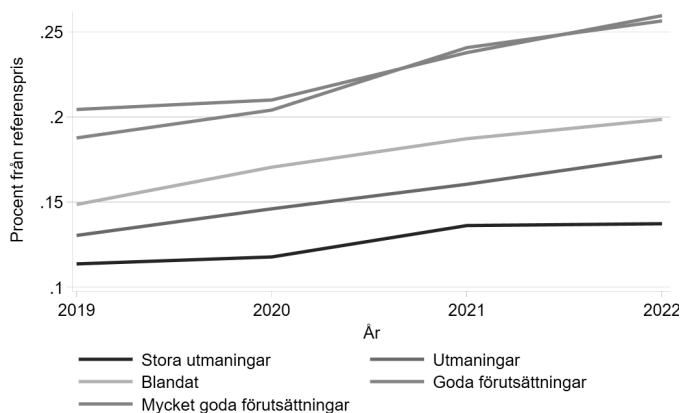
Anm.: Priset mäts som procentuell avvikelse från referenspriset i ett viktat snitt av alla typer av tandvårdsåtgärder utom undersökningsåtgärder.

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

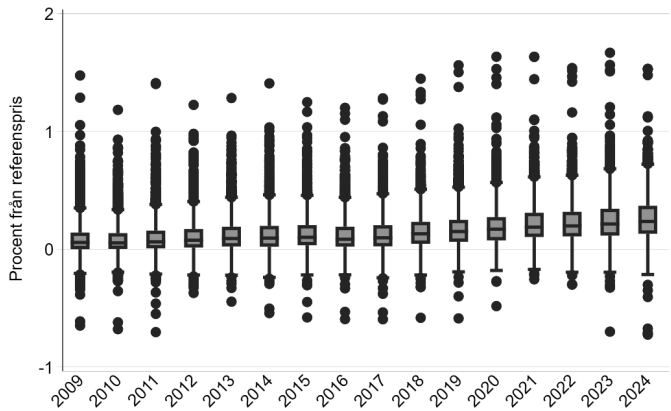
I rapporten presenterar vi prisutvecklingen totalt sett för storstäderna (Stockholm, Göteborg och Malmö) och två kommuner som sticker ut med högre priser (Borlänge och Härnösand). Vi har även tittat på prisutvecklingen för kommunerna per åtgärdsgrupp, och då framkommer samma mönster. Till exempel har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

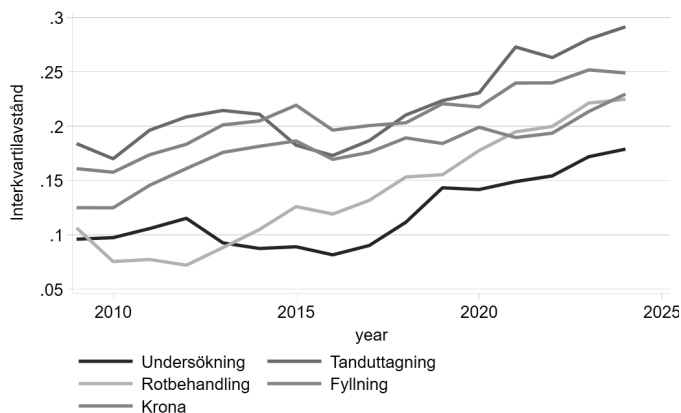
Vi har undersökt prisspridningen över tid genom att ta fram lådogram samt interkvartilavstånd. Både lådogrammen och interkvartilavstånden visar att prisspridningen mellan kliniker har ökat. Det gäller både när vi tittar totalt sett och för respektive åtgärdsgrupp separat. Diagram 3 visar årsvisa lådogram 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.

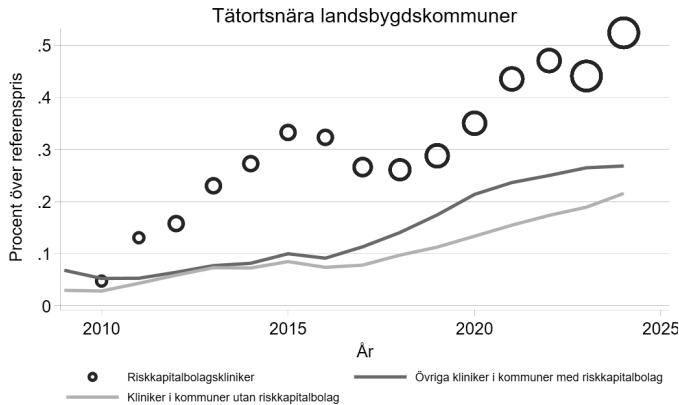
⁵ Se tredje kolumnen med skattningar i tabell 3 samt diagram 5b.

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

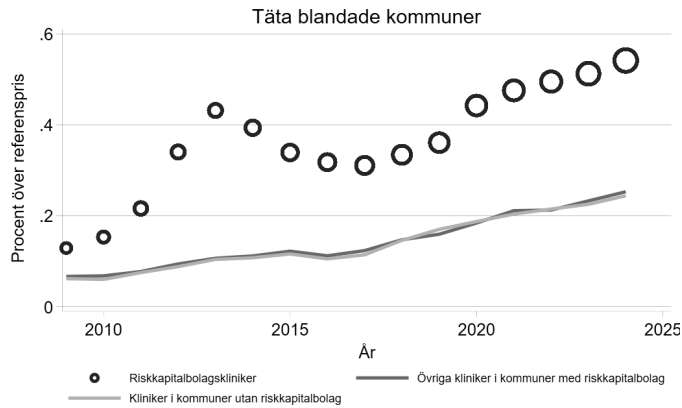
Kommentar: Priset mäts som procentuell avvikelse från referenspriset i ett viktat snitt av alla typer av tandvårdsåtgärder utom undersökningsåtgärder, men vi ser samma mönster även för de separata åtgärdsgrupperna. Prisförändringar är skattade med den så kallade Callaway & Sant’Anna difference-in-differences-metoden (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 täta 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.

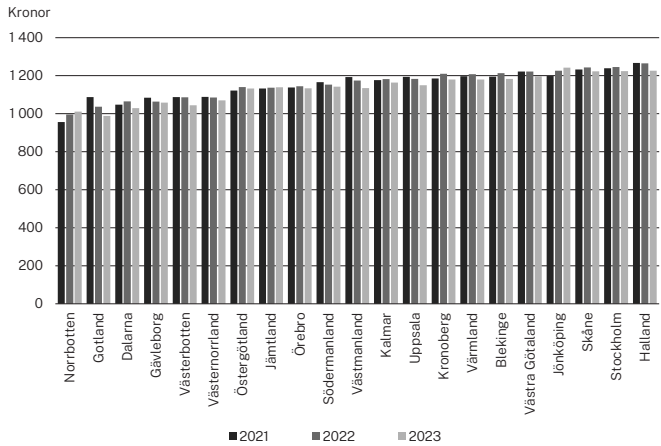
2.3 Tandvårdsstödens fördelning (avsnitt 2.4)

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 fördelning 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.

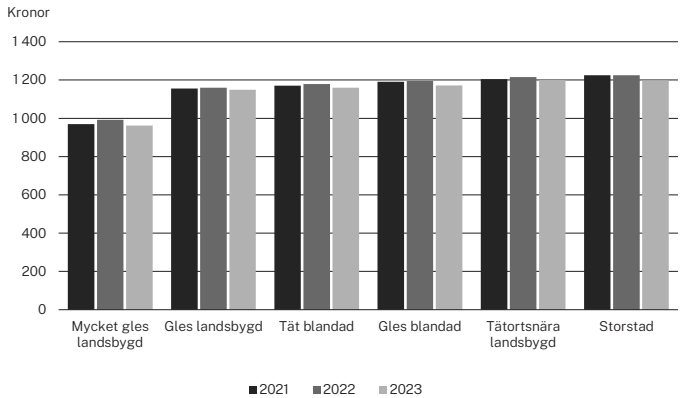
Diagram 6 Nyttjande av tandvårdsstöd per region; utbetalda belopp per invånare



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)

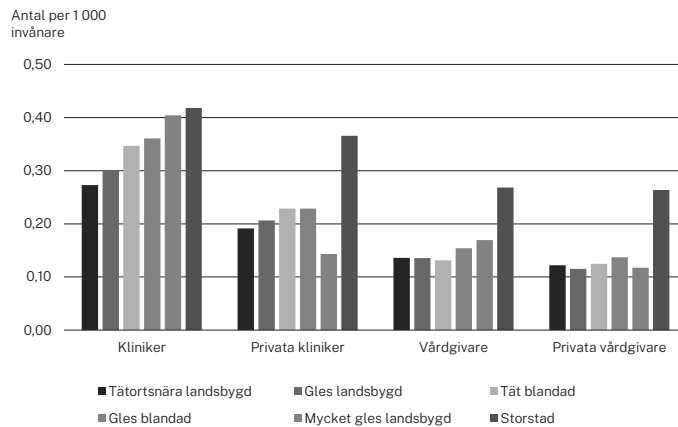
Avsnittet beskriver vår analys av antalet kliniker och antalet vårdgivare per invånare i olika kommuntyper respektive olika socioekonomiska områdestyper. Dessa analyser är inte med i rapporten, eftersom tillgången till tandvård låg utanför ramen för granskningen. För att några säkra slutsatser ska kunna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

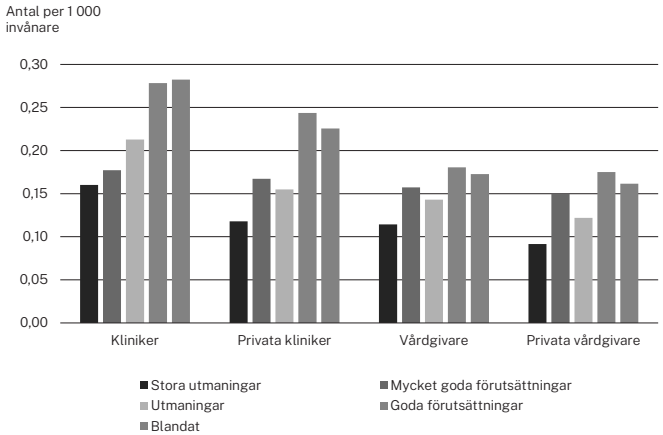
Ett skäl till att socioekonomiskt utsatta grupper nyttjar mindre tandvårdsstöd är att de avstår tandvård av ekonomiska skäl, som vi beskriver i avsnitt 2.1 i rapporten. Våra analyser indikerar att ett annat skäl kan vara att utbudet av tandvårdgivare är sämre i socioekonomiskt utsatta områden. Vi ser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



Datum: 2025-11-25

Diarienummer: 2024/0948

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

Bilaga 2. Analys av förändrade beloppsgränser och ersättningsgrader med Fasit

Innehåll

1	Förutsättningar	3
1.1	Gemensamma inställningar	3
1.2	Definition av scenarier	3
2	Resultat	4
2.1	Statens finanser och antal individer med stöd	4
2.2	Genomsnittlig ersättning och andelen individer med stöd i olika grupper	5

1 Förutsättningar

1.1 Gemensamma inställningar

Grundår (registerdata): 2023 version 1

Modellår (framskrivning av pris och volym): 2025

Regelår: samma som modellår

Urval: MSTAR

1.2 Definition av scenarier

Indexering

Indexerar undre och övre gräns för högkostnadsskydd.

Gränserna fastslagna sedan 2008. Indexerar med KPI i juni föregående år, vilket är vanligt vid indexering av bland annat skattegränser. Avrundar gränserna till närmaste hundratal, också vanligt, för att få realistiska värden 2025.

KPI, juni 2007 = 289,95

KPI, juni 2024 = 415,86

Ger en uppräkningsfaktor med 43 procent ($415,86/289,95 - 1 = 0,43$).

Innebär att gränserna 2025 hade varit

4 300 ($415,86/289,95 \times 3000$) respektive

21 500 ($415,86/289,95 \times 15000$).

Lägre nedre gräns, finansierad med lägre ersättning

Sänker nedre gränsen för högkostnadsskydd från 3 000 till 1 450 kronor, vilket ska motsvara gränsen i sjukvård. Den statiska effekten på statens finanser kompenseras helt med en sänkning av ersättningen från 50 till 35 procent (35,2).

Högre nedre gräns, finansierad med högre ersättning

Höjer nedre gränsen för högkostnadsskydd från 3 000 till 4 550 kronor (symmetriskt mot sänkningen med 1 550 kronor). Den statiska effekten på statens finanser kompenseras helt med en höjning av ersättningen från 50 till 69 procent (68,85).

2 Resultat

2.1 Statens finanser och antal individer med stöd

Med indexering av nedre gränsen för högstkostnadsskyddet från 2008 hade statens utgifter för tandvårdsstödet 2025 minskat med 1,1 miljarder kronor, eller 13 procent, se tabell 1. Antal personer med högstkostnadsskydd hade minskat med 413 000 eller 26 procent. Antalet personer med någon form av tandvårdssubvention hade minskat med 64 000, eller 1,5 procent. Med lägre/högre nedre gräns hade antalet personer med högstkostnadsskydd ökat/minskat.

Tabell 1 Statens utgifter 2025 för tandvårdsstöd och antal individer som tar del av stödet, enligt nuvarande regler (2025) och tre olika regelförändringar, statiska effekter

Miljoner kronor	2025	Indexering	Lägre gräns, lägre ers.	Högre gräns, högre ers.
Summa tandvårdssubventioner	8 763	7 620	8 762	8 763
--Allmänt tandvårdsbidrag	2 297	2 297	2 297	2 297
--Särskilt tandvårdsbidrag	80	80	80	80
--Högstkostnadsskydd	6 386	5 243	6 385	6 386

Antal tusental	2025	Indexering	Lägre gräns, lägre ers.	Högre gräns, högre ers.
Summa tandvårdssubventioner	4 287	4 223	4 407	4 212
--Allmänt tandvårdsbidrag	3 906	3 906	3 906	3 906
--Särskilt tandvårdsbidrag	92	92	92	92
--Högstkostnadsskydd	1 580	1 167	2 534	1 102

Anm.: Regelförändringarna är indexering av gränserna för högstkostnadsskydd 2008-2025, lägre nedre gräns för högstkostnadsskydd (finansierad med lägre ersättningsnivå) respektive högre nedre gräns för högstkostnadsskydd (finansierad med högre ersättningsnivå). Antal avser alla individer som erhåller tandvårdsstöd 2025 med respektive regelsystem, enligt Fasit.
Källa: Riksrevisionens beräkningar i SCB:s modell Fasit.

2.2 Genomsnittlig ersättning och andelen individer med stöd i olika grupper

Tabell 2 visar genomsnittlig ersättning i olika delar av populationen, givet de olika reglerna. Genomsnitt avser populationen i gruppen innan en regelförändring.

Tabell 2 Genomsnittligt tandvårdsstöd (inklusive allmänt och särskilt tandvårdsbidrag) i olika grupper enligt nuvarande regler (2025) och tre olika regelförändringar, kronor i 2025 års prisnivå

Delgrupp	Andel av populationen (procent)	2025	Indexering	Lägre gräns, lägre ers.	Högre gräns, högre ers.
Individer	100	2 051	1 784	2 051	2 051
Kön					
Kvinnor	53	2 007	1 745	2 006	2 009
Män	47	2 102	1 829	2 103	2 100
Åldersgrupp					
0–19	0				
20–24	4	1 081	994	1 123	1 051
25–34	14	1 070	953	1 103	1 047
35–44	14	1 413	1 228	1 442	1 397
45–54	15	1 805	1 558	1 814	1 805
55–64	18	2 163	1 835	2 149	2 172
65–74	17	2 990	2 625	2 955	3 011
75–	17	2 826	2 460	2 803	2 835
Boende (Tillväxtanalys indelning)					
Stockholm	27	2 370	2 065	2 356	2 381
Malmö–Lund	12	2 298	2 004	2 286	2 309
Göteborg	13	1 774	1 545	1 787	1 767
Tät region nära en större stad	35	1 877	1 634	1 884	1 870
Tät region avlägset belägen	6	1 774	1 527	1 782	1 759
Landsbygdsregion nära större stad	2	1 952	1 691	1 981	1 942
Landsbygdsregion avlägset belägen	4	1 975	1 670	1 962	1 980
Landsbygdsregion mycket avlägset belägen	0	3 129	2 798	3 112	3 147

Anm.: Regelförändringarna är indexering av gränserna för högkostnadsskydd 2008–2025, lägre nedre gräns för högkostnadsskydd (finansierad med lägre ersättningsnivå) respektive högre nedre gräns för högkostnadsskydd (finansierad med högre ersättningsnivå). Populationen avser alla individer som erhåller tandvårdsstöd 2025 med nuvarande regler, enligt Fasit.

Källa: Riksrevisionens beräkningar i SCB:s modell Fasit.

Tabell 3 visar hur många procent av populationen i respektive grupp som berörs av regelförändringarna.

Tabell 3 Antal individer i populationen i respektive delgrupp och andel av populationen som berörs av tre olika regelförändringar, procent

Delgrupp	Antal 2025 (tusental)	Indexering	Lägre gräns, lägre ers.	Högre gräns, högre ers.
Individer	4 233	33,8	58,0	36,1
Kön				
Kvinnor	2 254	32,9	57,5	35,3
Män	1 980	34,7	58,6	37,1
Åldersgrupp				
0–19				
20–24	0			
25–34	173	13,7	31,1	14,4
35–44	606	18,6	37,5	19,9
45–54	613	24,9	46,2	26,2
55–64	648	31,1	56,9	33,3
65–74	753	40,7	67,9	43,8
75–	700	44,1	69,7	47,5
Boende (Tillväxtanalys indelning)				
Stockholm	1 132	37,3	61,7	40,1
Malmö–Lund	504	34,8	58,8	36,5
Göteborg	561	30,3	53,9	32,2
Tät region nära en större stad	1 497	31,9	56,7	34,4
Tät region avlägset belägen	250	32,1	53,5	33,8
Landsbygdsregion nära större stad	99	34,7	62,0	36,7
Landsbygdsregion avlägset belägen	168	36,7	60,7	39,3
Landsbygdsregion mycket avlägset belägen	21	32,7	57,0	36,7

Anm.: Regelförändringarna är indexering av gränserna för högkostnadsskydd 2008–2025, lägre nedre gräns för högkostnadsskydd (finansierad med lägre ersättningsnivå) respektive högre nedre gräns för högkostnadsskydd (finansierad med högre ersättningsnivå). Populationen avser alla individer som erhåller tandvårdsstöd 2025 med nuvarande regler, enligt Fasit. Antal avser här individer med en ersättning respektive förändring i ersättningen som är större än 10 kronor per år; totalen är därför lägre än i tabell 1.
Källa: Riksrevisionens beräkningar i SCB:s modell Fasit.

Socialdepartementet

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 1 april 2026

Närvarande: statsrådet Svantesson, ordförande, och statsråden Edholm, Waltersson Grönvall, Jonson, Strömmer, Forssmed, Tenje, Forssell, Wykman, Kullgren, Liljestränd, Bohlin, Carlson, Rosencrantz, Dousa, Larsson, Britz, Lann

Föredragande: statsrådet Forssmed

Regeringen beslutar skrivelse Riksrevisionens rapport om tandvårdsstödet