

**TLV**

---

TANDVÅRDS- OCH  
LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

---

# **Utveckling av tandvårdsproduktionen inom det statliga tandvårdsstödet**

*Citera gärna Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets rapporter, men glöm inte att uppge källa: Rapportens namn, år och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.*

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, februari, 2023  
Författare: Zara Daghbashyan, Tandvårdsenheten  
Diarienummer: 3672/2022

Postadress: Box 22520, 104 22 Stockholm  
Besöksadress: Fleminggatan 14, Stockholm  
Telefon: 08 568 420 50  
[www.tlv.se](http://www.tlv.se)

## Förord

---

Målen med det statliga tandvårdsstödet är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Tandvårdsstödet ska vidare förbättra befolkningens tandhälsa genom att stimulera människor att regelbundet besöka tandvården. För personer med inga eller små tandvårdsbehov ska tandvårdsstödet bidra till att bevara en god tandhälsa genom ett ekonomiskt stöd till tandvård. För personer med stora tandvårdsbehov ska skyddet mot höga kostnader i det statliga tandvårdsstödet göra det möjligt att få tandvård till en rimlig kostnad.

TLV är den myndighet som beslutar om vilka behandlingar som ska ingå i högkostnadsskyddet för tandvård. Vi beslutar även om referenspriser för de olika tandvårdsåtgärderna. För att säkerställa att förutsättningarna finns att nå de mål som riksdagen har beslutat för tandvården och det statliga tandvårdsstödet följer TLV löpande utvecklingen på tandvårdsmarknaden.

I denna rapport analyseras utvecklingen av tandvårdsproduktionen inom det statliga tandvårdsstödet mellan 2009 och 2019.

Agneta Karlsson  
Generaldirektör, TLV

# Innehåll

---

<b>Förord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>Termer och begrepp</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Bakgrund och syfte</b> .....	<b>8</b>
1.1 Bakgrund .....	8
1.2 Syfte .....	9
<b>2 Metod och data</b> .....	<b>10</b>
2.1 Hur mäts produktionen i studien? .....	10
2.2 Data .....	11
2.3 Metod .....	13
2.3.1 Beräkning av den genomsnittliga produktionen per tandläkare .....	13
2.3.2 Beräkning av tandvårdens totala produktion .....	13
<b>3 Resultat</b> .....	<b>14</b>
3.1 Utveckling av den genomsnittliga årliga produktionen över tid .....	14
3.2 Den genomsnittliga årliga produktionen i olika åldersgrupper .....	15
3.3 Andra faktorer som påverkar den genomsnittliga årliga produktionen .....	16
3.4 Utveckling av tandvårdens totala produktion mellan 2009 och 2019 .....	17
3.5 Utveckling av tandvårdskonsumtion per invånare .....	19
<b>4 Diskussion</b> .....	<b>20</b>
<b>5 Sammanfattning och slutsatser</b> .....	<b>22</b>
<b>Bilagor</b> .....	<b>24</b>
Bilaga 1 .....	24
Bilaga 2 .....	26
Bilaga 3 .....	26

# Sammanfattning

---

Den statliga tandvårdsutredningen konstaterar i sitt betänkande 2021 att antalet besök per tandläkare, som genomförs inom det statliga tandvårdsstödet, har minskat de senaste åren. Utredningen tolkar minskningen som ett tecken på minskad produktivitet hos landets behandlare totalt sett, eftersom det krävs fler behandlare för att ta emot ett visst antal besök.

Samtidigt visar Socialstyrelsens uppgifter att antalet sysselsatta tandläkare ökat med sex procent mellan 2009 och 2019. Tillgången på tandläkare och specialiserade tandläkare per 100 000 invånare har i stort sett varit oförändrad sedan 2009 och minskat något 2019.

För att kunna tolka den observerade minskningen i antalet besök per tandläkare, är det viktigt att förstå de strukturella förändringar som sker på tandvårdsmarknaden, på både utbuds- och efterfrågesidan.

Syftet med denna studie är att analysera utvecklingen av tandvårdsproduktionen inom det statliga tandvårdsstödet genom att ta hänsyn till strukturella förändringar som sker på tandvårdsmarknaden. Fokus ligger på vuxentandvård som utfördes inom ramen för det statliga tandvårdsstödet mellan 2009 och 2019.

Strukturella förändringar som tas hänsyn till i analysen är tandläkarnas ålder, kön, födelseland samt förändringar i befolkningens socioekonomiska egenskaper. För att mäta tandvårdproduktionen används antalet åtgärder utförda inom det statliga tandvårdsstödet, omvandlat till förväntad tidsåtgång per åtgärd enligt TLV:s referensprisberäkningar. Med tidsåtgång menas antalet timmar som behandlaren hade patienter i behandlingsstolen för att utföra en viss behandling.

Minskningen i tandläkarnas årliga vårdproduktion mellan 2009 och 2019 var 16 procent inom den privata sektorn och 19 procent inom folktandvården när ingen hänsyn tagits till tandläkarnas och befolkningens socioekonomiska egenskaper. Efter att hänsyn tagits till strukturella förändringar, kvarstod minskningen hos privata sektorn, men inte hos folktandvården. Enligt resultatet har tandläkarnas årliga vårdproduktion minskat med 17 procent inom den privata sektorn och var oförändrad inom folktandvården. Det innebär att den observerade minskningen i tandläkarnas årliga produktion, som tandvårdsutredningen konstaterade i sitt betänkande, förklaras av strukturella förändringar inom folktandvården, medan minskningen i den privata sektorn beror på andra orsaker.

Minskningen i tandläkarnas årliga produktion inom den privata sektorn och den oförändrade produktionen inom folktandvården, har resulterat i att tandvårdsbranschens totala produktion inom det statliga tandvårdsstödet har

sjunkit, trots att antalet tandläkare har ökat. Vårdtiden per invånare och år har minskat från 47 till 38 minuter mellan 2009–2019.

Det kan finnas flera orsaker till tandläkarnas produktionsminskning inom den privata sektorn. En förbättrad tandhälsa och därigenom ett minskat tandvårdsbehov kan vara en av orsakerna. En annan möjlig förklaring skulle vara att produktionsminskningen inom det statliga tandvårdsstödet ersätts med produktionsökning för andra typer av tandvård eller andra behandlingar. Uppgifterna om utveckling av övrig tandvård stödjer delvis denna hypotes.

En ökad administrativa börda kan kanske också förklara en del. Det finns studier som visar att regelverken har blivit krångligare, men detta avser samtliga företag oavsett vilken bransch de är verksamma inom. Det går därför inte att dra några säkra slutsatser i vilken omfattning regelverken påverkar produktionen för just tandvårdsföretag.

Produktionsminskningen kan även bero på höga tandvårdspriser som leder till att färre patienter tackar ja till behandlingen oavsett behov. Det är svårt att utifrån tillgängliga data förklara varför priserna ökar på tandvårdsmarknaden, men TLV konstaterar att en minskad produktion sker parallellt med stigande priser och ökad lönsamhet.

# Termer och begrepp

---

**Referenspriser för tandvård** – det pris som anger vad ett normalpris för en tandvårdsåtgärd kan vara. Referenspriset är det pris som ersättningen i högkostnadsskyddet för tandvård beräknas utifrån. TLV beslutar om referenspriser för de tandvårdsåtgärder som ingår i det statliga tandvårdsstödet

**Vårdgivarpris** - det pris som vårdgivaren fastställer. Det är fri prissättning på tandvårdsmarknaden.

**Stolstid** - Tiden (antalet minuter) som behandlaren har patienter i behandlingsstolen för att utföra en viss behandling.

**Högkostnadsskydd** – en statlig subvention för tandvårdskostnader som överstiger 3 000 kronor enligt referensprislistan.

- 50 procent subvention av kostnader som överstiger 3 000 kronor enligt referensprislistan
- 85 procent subvention av kostnader som överstiger 15 000 kronor enligt referensprislistan

# 1 Bakgrund och syfte

---

## 1.1 Bakgrund

Den statliga tandvårdsutredningen konstaterar i sitt betänkande 2021 att antalet besök per tandläkare, som genomförs inom det statliga tandvårdsstödet, har minskat de senaste åren. ”Detta gäller såväl de behandlare som tar emot högst respektive minst antal besök under ett år”, skriver de i betänkandet<sup>1</sup>. Utredningen tolkar minskningen som ett tecken på minskad produktivitet hos landets behandlare totalt sett eftersom det krävs fler behandlare för att ta emot ett visst antal besök.

Samtidigt visar Socialstyrelsens uppgifter att antalet sysselsätta tandläkare ökat med sex procent mellan 2009 och 2019. Tillgången på tandläkare och specialiserade tandläkare per 100 000 invånare har i stort sett varit oförändrad sedan 2009 och minskad något 2019.

För att kunna tolka den observerade minskningen i antalet besök per tandläkare som en produktivitetssänkning är det viktigt att förstå de förändringar som sker på tandvårdsmarknaden, på både utbuds- och efterfrågesidan.

Det har till exempel skett en förskjutning i tandläkarnas åldersfördelning. Enligt Socialstyrelsens statistik över hälso- och sjukvårdspersonal var, år 2009, cirka 70 procent av tandläkarna mellan 40 och 65 år, medan andelen tandläkare i samma ålder sjönk till 53 procent år 2019. I en tidigare analys<sup>2</sup> har TLV konstaterat att tandläkarnas genomsnittliga produktion inom det statliga tandvårdsstödet ändras med åldern och att unga tandläkare producerar mindre tandvård jämfört med den mest produktiva åldersgruppen, som är 45–55. Det finns även studier som visar produktionskillnader bland män och kvinnor som motiveras av att kvinnor ofta har kortare arbetsdagar<sup>3</sup>. Det innebär att strukturella förändringar spelar en viktig roll för beräkningen av den genomsnittliga produktionen i landet och att minskningen i antalet besök per tandläkare bland annat kan bero på dessa förändringar som sker i branschen.

En annan faktor som kan påverka är behandlingarnas vårdtyngd. Även om det utförs färre besök per behandlare, kan dessa besök vara mer omfattande och därmed kräva en större arbetsinsats. I en tidigare analys<sup>4</sup> har TLV visat att tandvårdsprofilen, det vill säga vilken tandvård som utförs, har förändrats under de senaste åren. Fler patienter behandlas exempelvis med implantatprotetik, som kräver mycket större arbetsinsats än exempelvis en avtagbar protes.

---

<sup>1</sup> När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa, SoU 2021:8, sida 330.

<sup>2</sup> Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009–2019, TLV:s rapport 2409/2020

<sup>3</sup> Produktivitet i privat och offentlig tandvård, B. Jönsson, 1983. Ekonomisk Debatt 1/84

<sup>4</sup> Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009–2019, TLV:s rapport 2409/2020.



Dessutom kan statistiken även påverkas av genomförda förändringar i tandvårdsstöds regelverk. Åldersgränsen för vuxentandvård höjdes från 21 till 23 år mellan 2017 och 2019, vilket troligtvis påverkade antalet besök och patienter per behandlare inom det statliga tandvårdsödet.

Bland de faktorer på efterfrågesidan som skulle kunna påverka den observerade minskningen, kan man nämna tandhälsan som har förbättrats väsentligt. Enligt Socialstyrelsens statistik har medianantalet intakta tänder ökat från 12 till 18 mellan 2009 och 2020. Efterfrågan skulle även kunnat minska på grund av andra orsaker, till exempel ökade priser, försämrad tillgänglighet till tandvården eller andra faktorer.

## 1.2 Syfte

Syftet med denna studie är att utvärdera utvecklingen av tandvårdsproduktionen inom det statliga tandvårdsstödet genom att särskilja påverkan av strukturella förändringar på tandvårdsmarknaden såsom tandläkarnas ålder, kön, födelseland samt förändringar i befolkningens socioekonomiska egenskaper.

Genom att mäta tandläkarnas årliga produktion med ett produktionsmått som tar hänsyn till både behandlingarnas kvantitet och karaktär, och samtidigt kontrollera för tandläkarens och befolkningens egenskaper utvärderas

- utvecklingen av tandvårdproduktionen hos en enskild tandläkare och
- utvecklingen av tandvårdens totala produktion inom det statliga tandvårdsstödet givet strukturella förändringar i tandläkarkåren.

## 2 Metod och data

---

### 2.1 Hur mäts produktionen i studien?

Tandvården som produceras i Sverige kan delas in i fyra grupper:

- Tandvård till barn och unga vuxna
- Tandvård till patienter med särskilda behov som finansieras av regionerna
- Vuxentandvård inom det statliga tandvårdsstödet
- Annan tandvård, exempelvis estetisk, som inte omfattas av tandvårdsstöden

För att beskriva den totala produktionen behövs uppgifter om all tandvård som tandläkaren utför under sin arbetstid.

I studien ligger fokus på produktion av tandvård inom det statliga tandvårdsstödet och därmed bortses från all annan tandvård. Det görs av två skäl. För det första har TLV inga detaljerade uppgifter om tandvård utanför det statliga tandvårdsstödet och för det andra är det behandlingar inom det statliga tandvårdsstödet som TLV reglerar. Det innebär att det inte är den totala produktionen som utvärderas. Produktionsminskning inom en grupp av tandvård kan ersättas genom produktionsökning inom en annan grupp av tandvård och därmed kan den totala produktionen vara oförändrad.

Det vanligaste produktionsmättet inom tandvården är antal besök, antal patienter eller antal åtgärder som en tandläkare utför per år. Dessa mått tar dock ingen hänsyn till behandlingens karaktär. Det krävs exempelvis mycket mer tid för att genomföra en komplicerad implantatbehandling än en vanlig undersökning. Ett sätt att ta hänsyn till både kvantiteten och karaktären av producerade behandlingar, är att mäta produktionen genom att beräkna tandläkarens arbetsinsats som behövdes för att producera dessa behandlingar.

Ett naturligt sätt att mäta arbetsinsatsen är att räkna tidsåtgången per behandling. Den totala tidsinsatsen som krävdes för utförda behandlingar under en viss period, skulle då beskriva tandläkarens produktion. Det mest rättvisande skulle vara att använda uppgifter om tidsinsatsen specifikt för varje tandläkare eftersom tidsinsatsen på en och samma behandling kan variera beroende på tandläkarnas erfarenhet, effektivitet och produktivitet men även på grund av patienternas egenskaper. Det är dock inte möjligt då det saknas statistik på en sådan detaljerad nivå.

För att beräkna referenspriser för tandvårdsåtgärder gör TLV en uppskattning av den genomsnittliga tiden som krävs för att utföra en viss åtgärd. Till grund för många av tiderna ligger tidigare tidsstudier och enkäter. Tiden (antalet minuter) som behandlaren har patienter i behandlingsstolen kallas för ”stolstid”.

Uppskattningen av stolstiden är specifik för varje åtgärd och varierar från några minuter till några timmar.

I studien använts TLV:s uppskattning av tidsåtgång per åtgärd för att beräkna hur många stolstimmar som har behövts för de åtgärder som tandläkaren har producerat under ett år. Med andra ord mäts tandläkarens produktion genom att antalet utförda åtgärder omvandlas till tidsåtgång i enlighet med TLV:s antagande.

Måttet fångar inte kvalitets- och produktivitetsskillnader som kan uppstå beroende på tandläkarens erfarenhet, effektivitet och arbetssätt samt patientens egenskaper, men möjliggör jämförelsen mellan olika behandlingar.

## 2.2 Data

Uppgifterna om genomförd tandvård per tandläkare hämtades från Försäkringskassans tandvårdsregister. Uppgifterna har sedan matchats med tandläkarnas egenskaper såsom ålder, kön, födelseland, arbetsregion med flera som hämtades från SCB:s register om befolkningens socioekonomiska egenskaper, LISA.

Av drygt 8 000 tandläkare som var verksamma i Sverige år 2019, hade cirka 15 procent mer än en arbetsplats (behandlarnummer hos Försäkringskassan). Dessa tandläkare har valts bort från analysen för att kunna särskilja mellan tandläkare som arbetar inom den offentliga sektorn och privat. Efter ytterligare bearbetning av uppgifterna återstår cirka 3 000 tandläkare som arbetar inom folktandvården och 3 000 som arbetar privat.

Cirka 86 procent av barntandvården och 60 procent av den regionfinansierade vuxentandvården som ingår i hälso- och sjukvårdsavgiften utförs inom den offentliga sektorn<sup>5</sup>. Det innebär att folktandvårdens tandläkare har mindre tid och resurser för vuxentandvård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet än tandläkare som arbetar inom den privata sektorn. Eftersom denna analys avser förändring av produktionen inom det statliga tandvårdsstödet och inte tandläkarnas produktion i absoluta tal har TLV valt att inkludera även folktandvårdens tandläkare i analysen.

Den årliga produktionen per tandläkare i form av antal stolstimmar, antal besök, antal patienter samt utförd tandvård i fasta referenspriser redovisas i tabell 1 för år 2009 och 2019.

---

<sup>5</sup> Enligt SKL:s uppgifter, år 2019 (SOU 2021:8, sida 287, 292).

**Tabell 1.** Den genomsnittliga årliga produktionen per tandläkare (procentuell minskning mellan år 2009 och 2019 visas i parentes)

Genomsnittlig produktion	Privat		Folktandvården	
	År 2009	År 2019	År 2009	År 2019
Stolstid (timmar)	1 130	950 (-16%)	513	417 (-19%)
Tandvård i fasta referenspriser i mkr	2,6	2,3 (-13%)	1,2	1,0 (-16%)
Antal besök	1 400	1 200 (-14%)	770	610 (-20%)
Antal patienter	730	680 (-7%)	480	430 (-12%)

År 2019 var den genomsnittliga årliga produktionen av tandläkare som arbetade privat, 1 200 besök, 680 patienter, 2,3 miljoner kronor och 950 stolstimmar. Det är en minskning med 7–16 procent jämfört med 2009. Minskningen i den årliga produktionen mellan 2009 och 2019 är större inom folktandvården än inom den privata sektorn och ligger på cirka 12–20 procent.

Inom det statliga tandvårdsstödet producerar folktandvårdens tandläkare knappt hälften så mycket tandvård som privata tandläkare. Skillnaden mellan folktandvården och den privata sektorn i antal patienter per tandläkare är dock inte lika stor som skillnaden i exempelvis stolstid. Detta innebär att patienterna som vårdas privat får mer vård beräknad i stolstid jämfört med folktandvårdens patienter.

Om antalet arbetsdagar per år är cirka 210 (252 arbetsdagar - 30 semesterdagar - 12 dagars sjukfrånvaro) innebär statistiken ovan att antalet stolstimmar per arbetsdag inom det statliga tandvårdsstödet var ca 4,6 inom den privata sektorn och cirka 2 inom folktandvården 2019. Tandläkarnas tidsinsatser för administration och journalföring är inte medräknade. Det antas i TLV:s beräkningar av referenspriser att 72 procent av den totala arbetstiden avser stolstid, vilket innebär att 4,6 stolstimmar motsvarar en arbetsdag på 6,4 timmar. Det bör noteras att statistiken ovan visar den årliga produktionen av en tandläkare i genomsnitt. Den årliga produktionen av en heltidsarbetande tandläkare kan vara något högre om man korrigerar för tandläkarnas tjänsteomfattning och administrativa ansvar.

Uppgifterna om den årliga produktionen inom det statliga tandvårdsstödet har matchats sedan med tandläkarens demografiska uppgifter såsom ålder, kön, födelseland samt geografiskt läge. En jämförelse av statistiken mellan 2009 och 2019 (se tabell 2) visar tydligt att det har skett en reell strukturell förändring i båda sektorerna. Andelen unga tandläkare har fördubblats i den privata sektorn, och ökat från 36 till 52 procent inom folktandvården. Tabellen visar en förändring även i könsfördelningen – andelen män har minskad inom både folktandvården och den privata sektorn. En ytterligare observation är att sektorerna skiljer sig väsentligt i fördelning mellan ålder, kön, tandläkarnas etniska bakgrund och även avseende andelen som jobbar i storstadsregioner.

**Tabell 2.** Förändring i tandläkarnas demografiska karakteristika

Demografiska variabler	Privat		Folktandvården	
	2009	2019	2009	2019
<i>Åldersgrupper i %</i>				
Under 40	11%	24%	36%	52%
40–65	85%	65%	62%	42%
Över 65	4%	11%	3%	6%
Andel män	64%	55%	36%	32%
Andel utrikesfödda	2%	3%	7%	8%
Andel i storstadsregioner	62%	65%	48%	48%

Tabell 3 visar förändringar som skett hos den vuxna befolkningen på kommunnivå. Den största förändringen är en förbättrad tandhälsa mätt i antal intakta tänder samt en ökad andel av invånare med utländsk bakgrund. Även antalet invånare per tandläkare har ökat något.

**Tabell 3.** Förändring i befolkningens demografiska karakteristika på kommunnivå.

	2009	2019
Median antal intakta tänder (SoS)	13	18
Andel med hög ekonomisk standard (SCB)	7%	8%
Andel med utländsk bakgrund (SCB)	21%	28%
Andel i storstäder (Stockholm, Göteborg, Malmö)	32%	31%
Antal invånare per tandläkare	1290	1380

## 2.3 Metod

### 2.3.1 Beräkning av den genomsnittliga produktionen per tandläkare

Minskningen i den genomsnittliga tandvårdsproduktionen som har konstaterats i tabell 1 ovan kan bland annat bero på strukturella förändringar på tandvårdsmarknaden. För att särskilja påverkan av strukturella förändringar från andra möjliga faktorer används regressionsanalys. Det möjliggör korrigerig för tandläkarens egenskaper såsom kön, födelseland, åldersgrupp samt geografiskt läge. För att kontrollera för förändringar i befolkningens egenskaper har hänsyn tagits till skillnader i befolkningens tandhälsa, inkomstnivå, etnisk bakgrund samt antalet invånare per tandläkare. Skattningsmetoden och modellen beskrivs i bilaga 1.

### 2.3.2 Beräkning av tandvårdens totala produktion

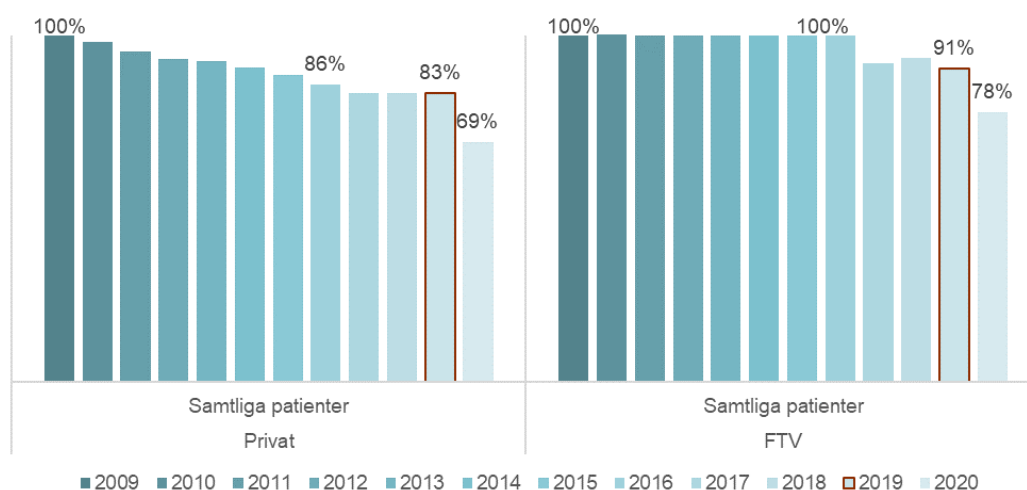
För att utvärdera tandvårdens totala produktion och dess utveckling från 2009 och framåt har det faktiska antalet tandläkare i varje åldersgrupp per kön och den skattade genomsnittliga årliga produktionen per åldersgrupp och kön använts.

## 3 Resultat

### 3.1 Utveckling av den genomsnittliga årliga produktionen över tid

Den skattade förändringen i årlig produktion, korrigerad för tandläkarens och befolkningens egenskaper redovisas i figur 1 för både folktandvården och den privata sektorn.

Inom den privata sektorn har den årliga produktionen per tandläkare minskat med två till tre procentenheter varje år till 2017, varit oförändrad mellan 2017 och 2019 och minskat kraftigt 2020. Inom folktandvården visar bilden en oförändrad produktionsnivå till 2017, cirka nio procent minskning mellan 2017 och 2019 och en kraftig minskning 2020. Minskningen 2020, som syns i både den privata sektorn och folktandvården, förklaras av bland annat covid-19-pandemin som ledde till minskning av besök till tandvården. Minskningen från 2017 skulle kunna förklaras med stegvis höjning av åldersgränsen för vuxentandvård inom det statliga tandvårdsstödet mellan 2017 och 2019<sup>6</sup>.

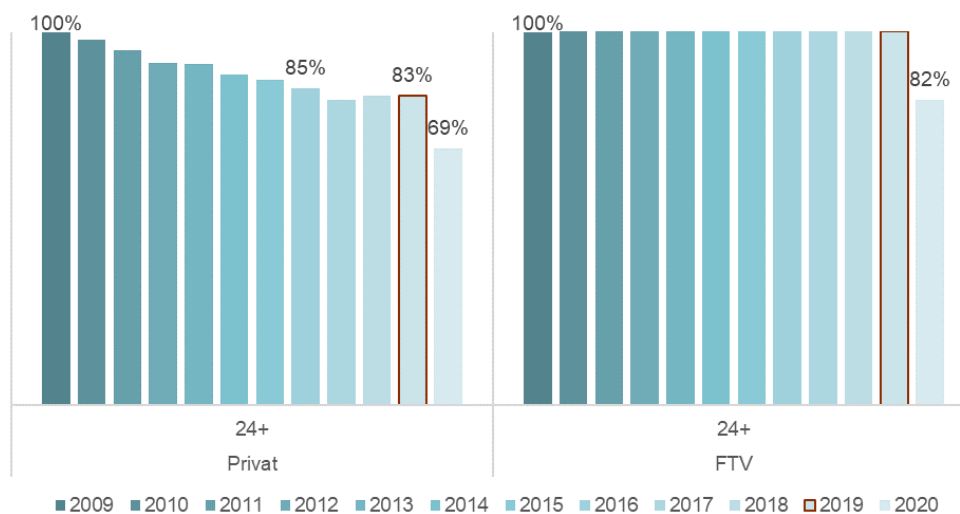


**Figur 1.** Förändring i årlig produktion mätt i stolstimmar för samtliga patienter.

För att ta hänsyn till påverkan av höjningen av åldersgränsen har samma analys med begränsning till patienter över 24 år genomförts (se figur 2). Bilden är nästan oförändrad för den privata sektorn - det har skett en minskning om 17 procent mellan 2009 och 2017 som därefter har stabiliserats. Bilden har dock ändrats markant inom folktandvården - enligt resultatet har det inte skett någon förändring i tandläkarnas årliga produktion mätt i stolstimmar mellan 2009 och 2019. Detta innebär att minskningen mellan 2016 och 2019 som syns på figur 1 förklaras av förhöjd åldersgräns för tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. En förklaring

<sup>6</sup> Åldersgränsen höjdes år 2017 från 19 till 21 år, år 2018 till 22 år och år 2019 till och med 23 år.

till att den höjda åldersgränsen inte har påverkat den privata sektorn, är att de flesta unga patienter söker vård hos folktandvården.



**Figur 2.** Förändring i årlig produktion mätt i stolstimmar för patienter över 24 år.

De andra relativt stora förändringarna inom det statliga tandvårdsstödet, som genomfördes efter 2009, är införandet av priser för specialisttandvård 2013 samt dubbling av beloppet för allmänt tandvårdsbidrag i april 2018. Varken den första eller den andra förändringen kan dock förklara minskningen i årlig produktion i den privata sektorn<sup>7</sup>, tvärtom borde förändringarna leda till en ökning av antalet vårdtimmar.

Analysen har genomförts även med andra produktionsmått – tandvård i fasta referenspriser, antalet besök samt antalet patienter. Inom den privata sektorn har resultaten visat en minskning i alla dessa dimensioner. Minskningen är dock något lägre mätt i antalet besök och patienter (cirka 11 procent mellan 2009 och 2019). Ingen statistiskt säkerställd förändring har konstaterats inom folktandvården när produktionen har mätts i referenspriser eller antalet besök. Det har dock varit en viss nedgående trend 2018 och 2019 i antalet patienter (se tabell 1, bilaga 1).

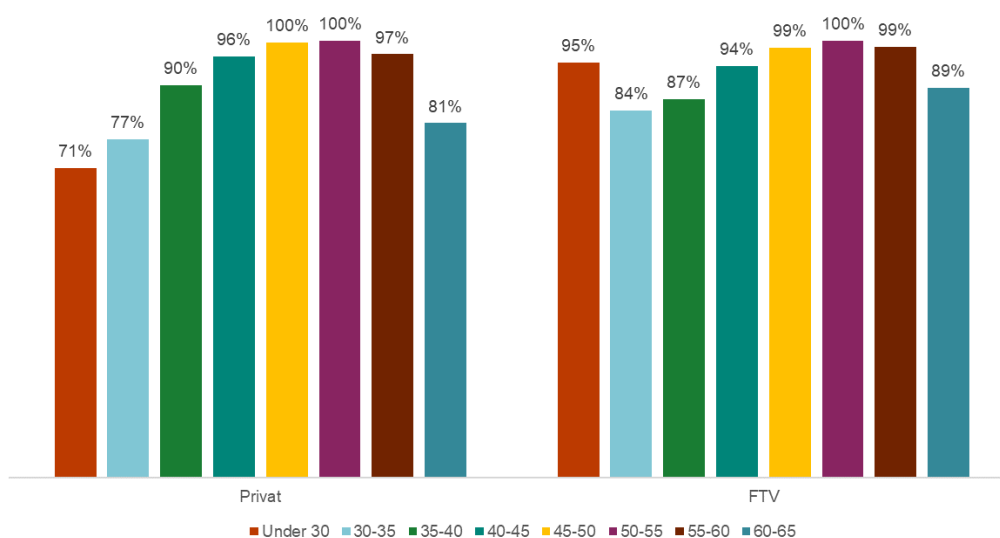
### 3.2 Den genomsnittliga årliga produktionen i olika åldersgrupper

Skillnaden i årlig produktion av stolstid per åldersgrupp och sektor visas i figur 3. Som framgår av figuren är sambandet mellan åldern och årlig produktion inte linjär, den ökar med åldern till en viss punkt och avtar därefter. Att den årliga produktionen ökar med åldern förklaras framför allt av ökad erfarenhet och ökad effektivitet, medan minskningen efter en viss ålder skulle kunna bero på en begränsad tjänsteomfattning. Höjdpunkten uppnås vid 45–55 års ålder inom både folktandvården och den privata sektorn. Skillnaden är inte stor i de närliggande

<sup>7</sup> Både allmäntandvård och specialisttandvård ingår i beräkningarna.

åldersgrupperna - tandläkare i åldersgruppen 40–45 producerar endast fyra till sex procentenheter mindre tandvård jämfört med den mest produktiva gruppen. Samtidigt har unga tandläkare betydligt lägre produktion, till exempel har tandläkarna i ålderskategorin 30–35, 23 procent lägre produktion inom den privata sektorn och 16 procent lägre produktion inom folktandvården jämfört med den mest produktiva åldersgruppen i respektive sektor.

Det bör noteras att det är mindre skillnad mellan åldersgrupperna inom folktandvården. Dessutom, som det framgår av figur 3, har folktandvårdens yngsta tandläkare mer stoltid än nästkommande åldersgrupper. Deras årliga produktion mätt i stoltid är endast fem procentenheter lägre jämfört med de mest erfarna. En förklaring till detta kan vara att inom folktandvården mottar unga tandläkare betydligt fler besök och patienter än de andra åldersgrupperna (se tabell 1, bilaga 2). Dessa patienter behöver sannolikt inte komplicerad vård, medan patienter med mer komplicerade behov ofta vårdas av de mer erfarna tandläkarna. Dessutom är det mer sannolikt att det är de erfarna tandläkarna som tar hand om mer komplicerade fall av regionfinansierad tandvård och därmed har mindre engagemang i vuxentandvård inom statliga tandvårdsstödet.



**Figur 3.** Skillnaden i årlig produktion i stoltid per åldersgrupp och sektor.

### 3.3 Andra faktorer som påverkar den genomsnittliga årliga produktionen

I studien har även produktionsskillnader mellan män och kvinnor samt inrikes och utrikesfödda tandläkare utvärderats (se tabell 1, bilaga 1). Det konstaterades att män producerar ca 20–30 procent mer tandvård än kvinnor. En förklaring kan vara att kvinnor har mer frånvaro, både på grund av vård av barn och egen sjukfrånvaro<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Under år 2019 betalades det ut tillfällig föräldrapenning för vård av barn till 270 000 män och 400 000 kvinnor (FK). Andelen av sjukpenningbetalningar som gick till kvinnor var 62 procent.



En annan möjlig förklaring är skillnader i tjänsteomfattningen som vi inte har kunnat ta hänsyn till i analysen.

När det gäller skillnaden mellan inrikes- och utrikesfödda tandläkare, visar analysen en marginell skillnad bland tandläkare som arbetar inom folktandvården. Däremot är skillnaden cirka 20 procent bland de som arbetar privat. En möjlig förklaring kan vara att utrikesfödda tandläkare som arbetar privat utför mer tandvård utanför det statliga tandvårdsstödet än inrikesfödda eller producerar mindre på grund av svårigheter med språk, annat sätt att ge vård med mera.

Vidare visar analysen en stor regional variation i den årliga tandvårdsproduktionen per behandlare inom både privata sektorn och folktandvården (se tabell 2, bilaga 1). Inom den privata sektorn är det Stockholm som har lägst antal stolstimmar per behandlare, medan Norrbotten har högst, med cirka 40 procent skillnad. Inom folktandvården är det Västerbotten som har lägst produktion per tandläkare och Gävleborgs region som har högst. Den konstaterade regionala variationen i tandläkarnas årliga produktion skulle kunna bero på skillnader i tillgängligheten till privat respektive offentlig tandvård. Exempelvis visar Socialstyrelsens statistik att antalet privata tandläkare per 100 000 invånare är störst i Stockholm (54) och lägst i Norrbotten (20) och att jämfört med Norrbotten har Stockholm en mycket hög andel av tandvård som utförs privat (80 procent jämfört med 50 procent)<sup>9</sup>. Folktandvården i Gävleborg har däremot landets största andel av tandvård som utförs inom folktandvården (cirka 50 procent).

Ett annat resultat är det negativa sambandet mellan prisnivån och den årliga produktionen. Detta tyder på att tandläkarna som sätter höga priser har en låg produktionsnivå inom det statliga tandvårdsstödet. Det är dock oklart om den låga produktionen beror på det höga priset eller tvärtom. Det negativa sambandet kvarstår, även om hänsyn tas till skillnader i kostnadsnivån mätt som lokalhyra.

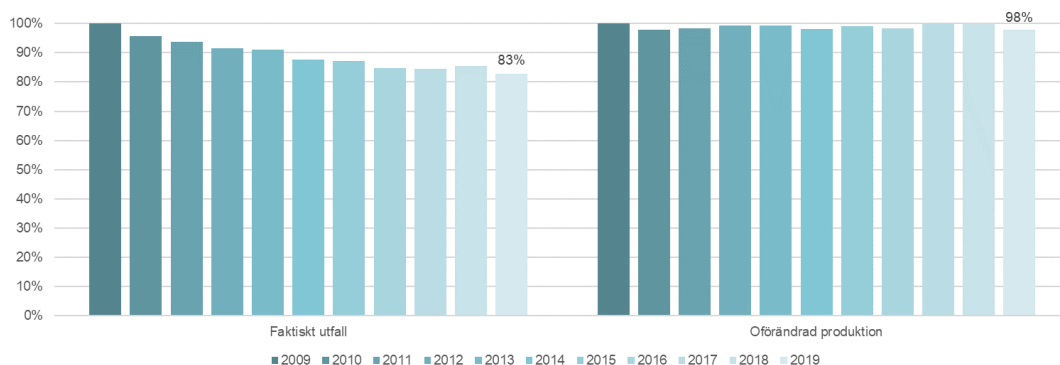
### 3.4 Utveckling av tandvårdens totala produktion mellan 2009 och 2019

För att utvärdera utvecklingen av tandvårdens totala produktion inom det statliga tandvårdsstödet givet strukturella förändringar i tandläkarkåren, har TLV utgått från den skattade genomsnittliga produktionsnivån i respektive åldersgrupp, kön och sektor och dess förändring över tid. Med strukturella förändringar avses den faktiska förskjutningen i åldersfördelningen av tandläkarkåren med en viss ökning i det totala antalet tandläkare samt förändring i könsfördelningen (se tabell 2). Resultaten visas i figur 4 för den privata sektorn. Enligt den första delen, som visar det faktiska utfallet som skett på grund av både produktions- och strukturella förändringar, har den totala produktionen minskat med 17 procent mellan 2009 och 2019.

---

<sup>9</sup> Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009–2019, TLV:s rapport 2409/2020.

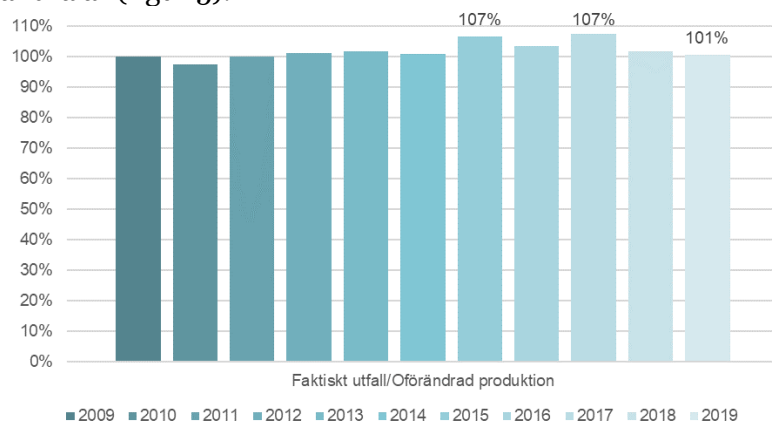
Staplarna i den högra delen av figur 4 visar hur bilden skulle se ut med de faktiska strukturella förändringarna, men med en oförändrad produktionsnivå. Här ser man ett nästan oförändrat utfall, vilket innebär att påverkan av strukturella förändringar skulle vara marginell för privata sektorns produktion om samma produktionsnivå behölls. Detta förklaras av ökat antal tandläkare i den privata sektorn samt att åldersförskjutningen inte är så dramatisk i den privata sektorn. Antalet tandläkare i den privata sektorn har ökat med 11 procent från 3 660 år 2009 till 4 070 år 2018 och har minskat något 2019. Andelen tandläkare under 40 år har ökat från 12 till 25 procent mellan 2009 och 2019.



**Figur 4.** Utveckling av tandvårdens totala produktion inom det statliga tandvårdsstödet. Privat sektor.

I den privata sektorn beror således minskningen av den totala produktionen framför allt på minskad produktion av tandläkarna och inte strukturella förändringar.

Bilden ser annorlunda ut för folktandvårdens totala produktion inom det statliga tandvårdsstödet, där ingen produktionsförändring konstaterades per behandlare. Som framgår av figur 5 har den totala produktionen legat på ungefär samma nivå mellan 2009 och 2019, med ett något högre utfall 2015 och 2017. Det höga utfallet år 2015 och 2017 förklaras av ett ökat antal tandläkare under dessa år jämfört med andra år (figur 5).

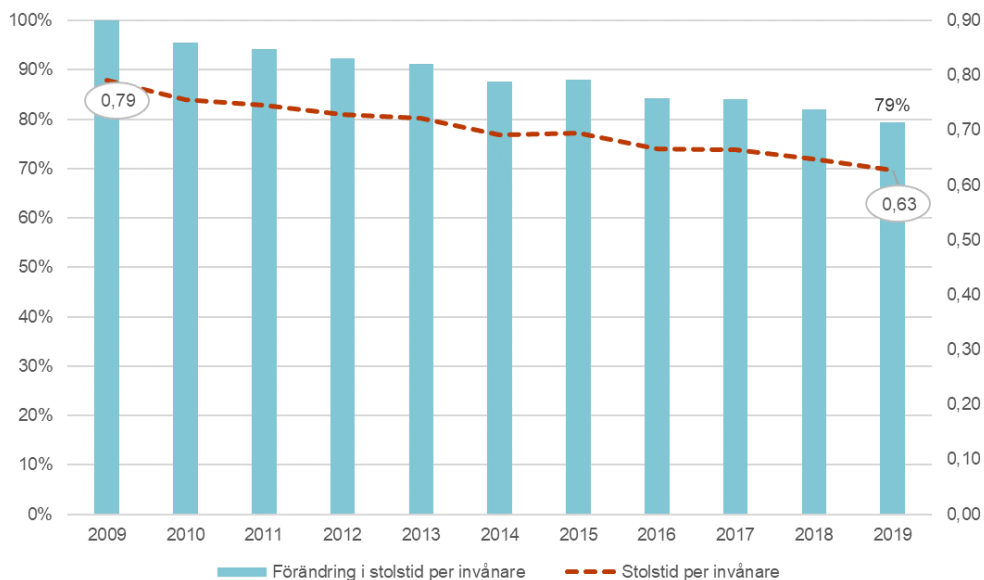


**Figur 5.** Utveckling av tandvårdens totala produktion inom det statliga tandvårdsstödet. Folktandvård.

Att effekten av strukturella förändringar inte är så stor trots den markanta förskjutningen i ålders- och könsfördelning (se tabell 2) kan bero på att folktandvårdens yngsta tandläkare producerar nästan lika mycket vård i stolstid räknat som erfarna tandläkare inom det statliga tandvårdsstödet (se figur 3).

### 3.5 Utveckling av tandvårdskonsumtion per invånare

Enligt SCB:s uppgifter har antalet invånare över 24 år ökat med 13 procent mellan 2009 och 2019. Detta innebär en minskning i tandvårdskonsumtionen per invånare givet att varken den privata eller offentliga sektorn har visat en utökad kapacitet i antal producerade vårdtimmar under samma tid. Utvecklingen av tandvårdskonsumtionen per invånare visas i figur 6. År 2009 fick en genomsnittspatient 0,79 vårdtimmar under ett år, siffran sjönk till 0,63 år 2019, det vill säga en minskning med 21 procent.



**Figur 6.** Utveckling av tandvård per invånare inom det statliga tandvårdsstödet.

## 4 Diskussion

---

Analysen visade ingen förändring i årlig produktion per tandläkare inom folktandvården, men en 17-procentig minskning inom den privata sektorn. Detta efter att hänsyn tagits till strukturella förändringar och ändringar inom det statliga tandvårdsstödet.

Att det inte har skett någon produktionsminskning inom folktandvården tyder på att minskningen som konstaterades i tabell 1 var orsakad av strukturella förändringar. Tandläkarna som arbetar där utför lika mycket vård som tidigare. Att den årliga produktionen per tandläkare sjönk inom den privata sektorn, även om hänsyn togs till strukturella förändringar, kan ha flera förklaringar.

För det första kan det bero på minskad efterfrågan för tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. I en tidigare analys<sup>10</sup> har TLV visat att den årliga konsumtionen per patient, räknad i fasta referenspriser har minskat i de flesta åldersgrupperna. Detta kan i sin tur bero på positiva förändringar som exempelvis förbättrad tandhälsa eller en mer avancerad och förbättrad vård som kräver mindre uppföljningar än förr. Samtidigt bör man notera att även om tandhälsan har blivit bättre, har antalet invånare som är berättigad till tandvård inom det statliga tandvårdsstödet ökat, vilket troligtvis påverkade efterfrågan i en motsatt riktning.

Bland de negativa förändringar som skulle kunna förklara en minskad konsumtion kan nämnas stigande priser för tandvård. Mellan 2009 och 2019 har priserna inom den privata sektorn ökat med cirka 35 procent vilket är åtta procentenheter mer än ökningen av de referenspriser som TLV fastställer (+27 procent)<sup>11</sup> samtidigt som KPI har ökat med cirka 12 procent under samma tid. En förklaring till stigande priser kan vara att det har blivit dyrare att producera tandvård. Det förklarar dock inte varför lönsamheten (EBITA marginalen) samtidigt ökat från 11,2 till 13,8 procent mellan 2014 och 2019<sup>12</sup> i den privata sektorn<sup>13</sup>. Tandvårdsutredningen<sup>14</sup> konstaterar i sitt betänkande att EBITA marginalen är högre inom tandvården jämfört med övrig primärvård och noterar samtidigt att det delvis kan bero på att ägare av små företag i högre utsträckning tillämpar vinstutdelning och tar ut lägre lön. Värt att notera är att regelverket för vinstutdelning för fåmansföretag inte har ändrats sedan 2014<sup>15</sup>, vilket möjliggör jämförelsen av EBITA marginalen mellan

---

<sup>10</sup> Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009–2019, TLV:s rapport 2409/2020.

<sup>11</sup> Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009–2019, TLV:s rapport 2409/2020.

<sup>12</sup> Grand Thornton, Vårdrapport 2021.

<sup>13</sup> Lönsamheten av större företag (omsättning över 10 miljoner kronor) var mellan fem-sex procent under samma period. Det är dock svårt att avgöra om den endast avser tandvården inom det statliga tandvårdsstödet eftersom stora vårdgivare ofta driver även andra typer av verksamhet.

<sup>14</sup> När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa, SoU 2021:8, sida 294.

<sup>15</sup> Dir. 2022:44, Regeringen

2014 och 2019. Det är därför inte dessa regler i sig som förklarar ökningen under den period som studeras.

En annan förklaring kan vara ökad efterfrågan på övrig tandvård som inte ingår i det statliga tandvårdsstödet. Enligt Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) statistik har privata tandläkarnas engagemang i regionfinansierad tandvård ökat något under de senaste åren (se tabell 2, bilaga 3). Till exempel har antalet barn och unga vuxna som behandlats privat ökat från 179 000 till 237 000 mellan 2012 och 2019. Detta är dock en marginell förändring givet att antalet barn och unga vuxna som behandlades i landet var ca 1,5 miljoner 2019. För att få en uppfattning om tandvård utanför tandvårdsstöden, har TLV utgått från SCB:s statistik om hushållens utgifter för tandvård. Enligt TLV:s beräkningar har hushållens utgifter för tandvård utanför tandvårdsstöden ökat från 4,6 till 6,1 miljarder kronor mellan 2009 och 2019. Det framgår inte av statistiken vilken tandvård som dessa siffror avser, men eftersom nästan all tandvård ingår i antingen statligt eller regionalt tandvårdsstöd, kan man anta att dessa siffror avser estetisk tandvård. Om intresset för estetisk tandvård ökar och den dessutom är mer lönsam, kan det skapa undanträngningseffekter.

Den konstaterade minskningen skulle även kunna bero på att tandläkarnas administrativa börda, det vill säga tiden som går åt till administration och journalföring, har ökat. Om det är fallet skulle tandläkarna ha mindre tid kvar för själva behandlingen, därav produktionsminskning. Enligt rapport Lätta på regelbördan från Svenskt Näringsliv<sup>16</sup> upplever företag generellt att regelverken har blivit krångligare. Upplevelsen ligger på i stort sett likartad hög nivå oavsett företagets storlek. Detta avser företag sammantaget oavsett vilken bransch de är verksamma inom. Det går därför inte att dra några säkra slutsatser i vilken omfattning regelverken påverkar produktionen för just tandvårdsföretag och varför de endast skulle påverka den privata sektorn. När det gäller tandvårdsföretag kan noteras att regelverket för statlig tandvårdsersättning avseende vuxna patienter möjliggör överföring av cirka sju miljarder kronor årligen från staten till företagen.

---

<sup>16</sup> "Lätta på regelbördan – Så kan lägre regelkostnader för företagen ge ökad tillväxt och lägre arbetslöshet", Svenskt Näringsliv. 2022

## 5 Sammanfattning och slutsatser

---

Syftet med denna studie är att analysera utvecklingen av tandvårdsproduktionen inom det statliga tandvårdsstödet genom att ta hänsyn till förändringar som sker på tandvårdsmarknaden. Fokus ligger på vuxentandvård som utfördes inom ramen för det statliga tandvårdsstödet mellan 2009 och 2019.

För att mäta tandvårdproduktionen används antalet åtgärder utförda inom det statliga tandvårdsstödet, omvandlat till förväntad tidsåtgång per åtgärd. Med tidsåtgång menas antalet timmar som behandlaren hade patienter i behandlingsstolen för att utföra en viss behandling. Utveckling av tandvårdsproduktionen utvärderas genom att särskilja påverkan av strukturella förändringar på tandvårdsmarknaden såsom tandläkarnas ålder, kön, födelseland samt förändringar i befolkningens socioekonomiska egenskaper.

Enligt resultatet har tandläkarnas årliga vårdproduktion minskat med 17 procent inom den privata sektorn och var oförändrad inom folktandvården efter att hänsyn tagits till strukturella skillnader på tandvårdsmarknaden. Detta innebär att minskningen i tandvårdsproduktionen som tandvårdsutredningen konstaterat i sitt betänkande beror på strukturella förändringar inom folktandvården, medan minskningen i den privata sektorn beror på andra orsaker.

Minskning i tandläkarnas årliga produktion inom den privata sektorn och oförändrad produktion inom folktandvården resulterade i att tandvårdsbranschens totala produktion inom det statliga tandvårdsstödet, har sjunkit trots att antalet tandläkare har ökat. Vårdtiden per invånare och år har minskat från 47 till 38 minuter.

Det kan finnas flera orsaker till tandläkarnas produktionsminskning i den privata sektorn. En förbättrad tandhälsa och därigenom ett minskat tandvårdsbehov kan vara en av orsakerna. En annan möjlig förklaring skulle vara att produktionsminskningen inom det statliga tandvårdsstödet ersätts med produktionsökning för andra typer av tandvård eller andra behandlingar. Uppgifterna om utveckling av övrig tandvård stödjer delvis denna hypotes.

En ökad administrativa börda kan kanske också förklara en del. Det finns studier som visar att regelverken har blivit krångligare, men detta avser samtliga företag oavsett vilken bransch de är verksamma inom. Det går därför inte att dra några säkra slutsatser i vilken omfattning regelverken påverkar produktionen för just tandvårdsföretag.

Produktionsminskningen kan även bero på höga tandvårdspriser som leder till att färre patienter tackar ja till behandlingen oavsett behov. Det är svårt att utifrån tillgängliga data förklara varför priserna ökar på tandvårdsmarknaden men TLV

konstaterar att en minskad produktion sker parallellt med stigande priser och ökad lönsamhet.

Oavsett orsaker kan en minskad produktion inom den privata sektorn medföra en del konsekvenser för tandvårdsbranschen. Det finns exempelvis en risk för bortfall av färdigheter för tandvård inom det statliga tandvårdsstödet, vilket i sin tur kan leda till att fler patienter skulle behöva remitteras till specialisttandvård som har resursbrist redan idag. Den minskade produktionen per tandläkare i kombination med den brist på tandläkare som råder på tandvårdsmarknaden kan resultera i en obalans mellan efterfrågan och utbud om antalet invånare fortsätter att öka i landet. Även den åldrande befolkningens tandvårdsbehov kan bidra till ett ökat behov av tandvård. Obalansen mellan utbud och efterfrågan kan leda till att priserna stiger ännu mer.

# Bilagor

## Bilaga 1

Random effects modell har använts för att skatta den följande regressionsmodellen (1).

$$\ln\_Produktion_{ikt} = b_0 + b_1\text{ÅrsDummy} + B_1\text{Tandläkarens\_Åldersgrupp}_{it} + b_2\text{Tandläkarens\_Kön}_{it} + b_3\text{Tandläkarens\_FödelseLand}_{it} + b_4\text{Tandläkarens\_Prisnivå}_{it} + b_4\text{Befolkningens\_Tandhälsa}_{kt} + b_5\text{Befolkningens\_Inkosmt}_{kt} + b_6\text{Befolkningens\_Etnisk\_Bakgrund}_{kt} + b_7\text{Antal\_invånare\_per\_tandläkare}_{kt} + b_8\text{RegionDummy}_{it} + b_9\text{StorstadDummy}_{it} + a_i + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

Den beroende variabeln är tandläkarnas årliga produktion som påverkas av tandläkarens egenskaper samt befolkningens egenskaper på kommunnivå. Produktionen mätts i stolstimmar men även i intäkter i fasta referenspriser, antal besök och antal patienter.

Genom att använda denna modell tas hänsyn till tandläkarspecifika ej observerbara faktorer som inte ändras över tid. Som en tandläkarspecifik faktor kan man till exempel nämna tandläkarens skicklighet, organisationsform, klinikens etableringsår med flera. Det antas att tandläkarspecifika faktorerna inte är korrelerade med andra variabler som ingår i modellen. Resultatet från skattningen redovisas i tabell 1 nedan.

**Tabell 1.** Resultat av skattning med random effects modell\*

	Privat				Folktandvården			
	Stolstid	Intäkter, fasta priser	Antal besök	Antal patienter	Stolstid	Intäkter, fasta priser	Antal besök	Antal patienter
Ålderseffekt (jmf med under 30)								
Åldersgrupp 30-35	0,096***	0,120***	0,056**	0,074**	-0,114***	-0,113***	-0,180***	-0,190***
Åldersgrupp 35-40	0,246***	0,267***	0,185***	0,208***	-0,082***	-0,072***	-0,206***	-0,261***
Åldersgrupp 40-45	0,319***	0,343***	0,250***	0,278***	0,003	0,029	-0,135***	-0,200***
Åldersgrupp 45-50	0,351***	0,365***	0,294***	0,337***	0,052***	0,090***	-0,098***	-0,165***
Åldersgrupp 50-55	0,357***	0,360***	0,299***	0,346***	0,072***	0,104***	-0,072***	-0,120***
Åldersgrupp 55-60	0,328***	0,320***	0,284***	0,348***	0,057***	0,089***	-0,072***	-0,110***
Åldersgrupp 60-65	0,151***	0,137***	0,130***	0,232***	-0,040**	-0,015	-0,138***	-0,129***
Åldersgrupp 65-70	-0,238***	-0,248***	-0,237***	-0,095***	-0,467***	-0,454***	-0,545***	-0,481***
Åldersgrupp 70+	-0,611***	-0,617***	-0,591***	-0,418***	-0,757***	-0,762***	-0,806***	-0,702***
Män jmf med kvinnor	0,288***	0,354***	0,186***	0,164***	0,225***	0,253***	0,158***	0,110***
Utlandsfödd jmf med svenskfödd	-0,223***	-0,208***	-0,239***	-0,280***	-0,031*	-0,034*	0,017	0,004
Prisnivå	-0,313***	-0,096**	-0,218***	-0,433***	-0,097	0,144**	-0,486***	-0,689***
Årseffekt (jmf med 2009)								
2010 år	-0,021**	-0,020**	-0,013	-0,011	-0,002	0,006	-0,002	-0,016
2011 år	-0,049***	-0,059***	-0,033***	-0,026*	-0,014	-0,007	-0,019	-0,044***



2012 år	-0,081***	-0,099***	-0,050***	-0,037*	0,004	0,007	0,009	-0,024
2013 år	-0,085***	-0,112***	-0,074***	-0,068**	0,013	0,019	0,017	-0,019
2014 år	-0,114***	-0,106***	-0,076***	-0,078**	-0,017	0,015	-0,009	-0,049*
2015 år	-0,128***	-0,087**	-0,068**	-0,072*	-0,018	0,036	0,012	-0,030
2016 år	-0,150***	-0,111**	-0,090**	-0,108**	-0,021	0,035	-0,009	-0,061
2017 år	-0,180***	-0,145***	-0,125***	-0,134**	-0,059	-0,006	-0,053	-0,096**
2018 år	-0,171***	-0,144***	-0,117**	-0,126**	-0,031	0,013	-0,034	-0,088*
2019 år	-0,169***	-0,146**	-0,111*	-0,116*	-0,048	-0,006	-0,047	-0,086
2020 år	-0,310***	-0,292***	-0,267***	-0,191***	-0,180***	-0,151***	-0,175***	-0,085
Antal invånare per tdl	0,071***	0,085***	0,072***	0,036	0,193***	0,192***	0,223***	0,210***
Antal intakta tänder	0,002	0,003	-0,001	-0,005	0,002	0,004	-0,007*	-0,023***
Hög ekonomisk standard (%)	-0,002	-0,002	-0,002	-0,003	0,009***	0,009***	0,008***	0,009***
Utländsk bakgrund (%)	-0,291**	-0,260*	-0,388***	-0,351**	-0,229**	-0,233**	-0,330***	-0,212*
Storstäder	-0,017	-0,019	-0,030	-0,066**	0,053**	0,050**	0,077***	0,103***
Konstant	9,840***	13,137***	6,200***	4,702***	10,826***	14,237***	7,368***	5,703***

\*Kontroll för region ingår. Skattningen avser patienter söm är över 24 år. \*p<0,1 \*\*p<0,05 \*\*\*p<0,01.

**Tabell 2.** Den genomsnittliga tandvårdsproduktionen per tandläkare i stolstimmar per region i stigande ordning. Resultat från skattningen enligt ekvation 1.

Region	Privat	Region	Folk tandvården
Stockholm	674	Västerbotten	325
Gotland	810	Dalarna	345
Skåne	852	Värmland	348
Södermanland	866	Jämtland	351
Västerbotten	870	Västra Götaland	351
Uppsala	873	Blekinge	356
Västra Götaland	876	Västernorrland	359
Halland	876	Kronoberg	364
Västmanland	929	Örebro	368
Kronoberg	937	Skåne	373
Värmland	945	Stockholm	375
Kalmar	981	Halland	376
Gävleborg	983	Västmanland	379
Östergötland	983	Norrbottn	381
Jämtland	985	Gotland	390
Örebro	985	Östergötland	392
Dalarna	999	Södermanland	400
Jönköping	1 035	Jönköping	405
Blekinge	1 039	Uppsala	424
Västernorrland	1 072	Kalmar	428
Norrbottn	1 126	Gävleborg	521

## Bilaga 2

**Tabell 1.** Skillnad i årlig produktion per åldersgrupp jämfört med 50–55 åringar. År 2009–2019.

	Privat				FTV			
	Patient-timmar	Intäkter i fasta priser	Antal besök	Antal patienter	Patient-timmar	Intäkter i fasta priser	Antal besök	Antal patienter
<b>Under 30</b>	71%	71%	75%	79%	95%	93%	109%	114%
<b>30-35</b>	77%	79%	79%	82%	84%	82%	90%	95%
<b>35-40</b>	90%	92%	90%	91%	87%	85%	88%	90%
<b>40-45</b>	96%	98%	96%	97%	94%	94%	95%	96%
<b>45-50</b>	100%	101%	100%	100%	99%	99%	98%	98%
<b>50-55</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>55-60</b>	97%	96%	98%	99%	99%	99%	100%	100%
<b>60-65</b>	81%	80%	84%	87%	89%	89%	94%	95%
<b>65-70</b>	55%	55%	58%	63%	58%	57%	62%	66%
<b>70+</b>	38%	37%	41%	45%	44%	42%	48%	54%

## Bilaga 3

**Tabell 1.** Antal patienter som får regionfinansierad tandvård inom den privata sektorn, i tusentals. Källa: SKR verksamhetsstatistik

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Allmäntandvård barn och ungdomar, behandlade	179	144	144	184	182	208	214	237	211
Nödvändig tandvård	51	52	57	57	60	59	62	64	51
Specialisttandvård	15	14	16	22	23	27	28	34	38
Tandvård som ett led i sjukdomsbehandling	9	7	8	8	9	10	8	8	6
Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning			4	4	6	8	8	9	8
Uppsökande verksamhet, munhälsobedömning	54	45	39	32	29	27	31	31	12