

Hur kan Försäkringskassan bli bättre på att motverka överutnyttjande och bedrägeri med statligt tandvårdsstöd?

Analys och förslag

Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Magnus Arnek
0761-76 52 63
magnus.arnek@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Försäkringskassan betalar varje år ut drygt fem miljarder kronor i statligt tandvårdsstöd. Stödet, som i sin nuvarande form infördes 1 juli år 2008, syftar till att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov samt att individer med stora tandvårdsbehov ska kunna få behandling till rimliga kostnader. Försäkringskassan har de senaste åren haft starka indikationer på att det statliga tandvård missbrukas av vissa vårdgivare, som t.ex. begär ersättning för tandvård som aldrig utförts. Denna rapport redovisar resultatet av en översyn av Försäkringskassans arbete med att motverka överutnyttjande och bedrägeri av det statliga tandvårdsstödet. Syftet med översynen är att identifiera brister i arbetet och föreslå effektiva åtgärder för att motverka felaktiga utbetalningar.

Rapporten har skrivits av Magnus Arnek (analytiker), verksam på avdelningen för Analys och prognos vid Försäkringskassan.

Ann-Marie Begler
Generaldirektör

Innehåll

Inledning	5
Bakgrund	9
Allmänt om den svenska tandvården och tandvårdsmarknaden	9
Kort om det statliga tandvårdsstödet och Försäkringskassans hantering av detta.....	12
Några siffror om tandvårdsstödet utveckling över tid.....	20
Översynens resultat	25
Hur omfattande är i dag problemet med överutnyttjande och bedrägeri med det statliga tandvårdsstödet och hur ser de problem som finns ut?	25
Hur väl har Försäkringskassans arbete med att säkerställa att felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd inte görs fungerat och hur fungerar det i dag?.....	29
Vad beror de brister och problem som finns på och hur kan de åtgärdas?	32
Slutsatser, möjliga åtgärder och vägen framåt	38
Slutsatser	38
Förslag på möjliga åtgärder	42
Vägen framåt – en sammanhållen plan för administrationen av det statliga tandvårdsstödet i syfte att motverka felaktiga utbetalningar.....	44
Referenser	45

Inledning

Försäkringskassan betalar varje år ut drygt fem miljarder kronor i statligt tandvårdsstöd. Stödet syftar till att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov samt att individer med stora tandvårdsbehov ska kunna få behandling till rimliga kostnader. Stödet kommer i grunden i två olika former: dels i form av en ”tandvårdscheck” som kan användas för att betala för undersökningar, behandlingar m.m., dels i form av ett högkostnadsskydd som innebär att patienten efter en viss upparbetad kostnad endast betalar en del av vårdgivarens pris.

Till skillnad från det stora flertalet andra ersättningar och bidrag som Försäkringskassan administrerar är hanteringen av tandvårdsstödet nära nog helt automatiserad och sker via ett för ändamålet särskilt utformat elektroniskt system, kallat Tandén. Vårdgivare anslutna till detta system begär efter utförda undersökningar eller behandlingar ersättning genom att registrera in dessa i systemet. Vilka åtgärder som är ersättningsberättigade och under vilka villkor regleras i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) föreskrift om tandvårdsstödet som omfattar ett drygt 100-tal tillstånd/diagnoser kopplade till knappt 200 olika åtgärder. Dessa regler är inbyggda i det elektroniska systemet som gör ett stort antal automatiska kontroller i samband med att patientbesök registreras in i Tandén. I praktiken sker den absoluta merparten av vårdgivarnas inrapportering via de elektroniska journalsystem som de flesta vårdgivare i dag använder sig av.¹ Den begärda ersättningen betalas sedan ut till ett av vårdgivaren angivet konto, vanligtvis sker detta inom loppet av fem dagar, utan någon vidare manuell hantering eller vidare kontroll. För en liten del av patientbesöken, cirka en procent, krävs dock manuell handläggning från Försäkringskassan innan utbetalning kan ske.

Försäkringskassans primära uppgift rörande det statliga tandvårdsstödet är att tillhandahålla detta elektroniska system så att vårdgivarna på ett smidigt sätt kan rapportera den utförda vården och få ersättningen utbetald. Redan när systemet konstruerades förutsåg lagstiftaren att det trots de inbyggda spärrarna för vilka tillstånds- och åtgärdscombinationer som är möjliga att rapportera in i systemet finns en risk att felaktiga utbetalningar görs. Till exempel till följd av att tandläkaren eller tandhygienisten av misstag eller okunskap råkar rapportera in en annan åtgärd än den som faktiskt utförts. Eller till följd av att behandlaren medvetet felaktigt rapporterar en åtgärd som betingar en högre ersättning än den åtgärd som utförts eller kanske till och med rapporterar in en eller flera åtgärder som aldrig utförs. För att motverka denna risk för felaktiga utbetalningar och bedrägeri skrev lagstiftaren in i det regelverk som reglerar det statliga tandvårdsstödet att

¹ För vårdgivare som saknar elektroniskt journalsystem finns möjlighet att rapportera in utförda åtgärder via Försäkringskassans för ändamålet skapade Tandvårdsportal.

Försäkringskassan i efterhand ska ha möjlighet att kontrollera riktigheten i de inrapporterade åtgärderna genom att begära in dokumentation i form av journalanteckningar, röntgenbilder etc. från vårdgivarna, något som de anslutna vårdgivarna enligt lagstiftningen är tvungna att göra. Genom efterhandskontroller skulle felaktig rapportering kunna upptäckas och korrigeras. Därtill skulle kontrollerna ha en preventiv effekt på risken för överutnyttjande och missbruk av tandvårdsstödet från mindre seriösa vårdgivare.

Försäkringskassan har sedan det statliga tandvårdsstödet infördes för snart tio år sedan genomfört en betydande mängd efterhandskontroller av den inrapporterade tandvården. De efterhandskontroller som gjorts och görs kan delas in i två kategorier, dels riktade kontroller, dels slumpmässiga kontroller. De riktade kontrollerna görs som namnet antyder mot vissa specifika åtgärder, åtgärdscombinationer eller mottagningar/vårdgivare som i regel valts ut med utgångspunkt från bedömd risk för felaktiga utbetalningar. De slumpmässiga kontrollerna inriktas i regel inte mot specifika åtgärder eller mottagningar utan har i stället som mål att så många mottagningar/vårdgivare som möjligt ska träffas av en eller flera efterkontroller och därmed utöva en preventiv effekt. Gemensamt för både de riktade och de slumpmässiga kontrollerna är emellertid att de i flertalet fall bygger på urval av den specifika population åtgärder, vårdgivare m.m. som är föremål för kontrollerna ifråga, vilket har göra med den stora volym åtgärder som rapporteras i det elektroniska systemet varje år.

För att få en uppfattning om hur stora volymer det handlar om kan nämnas att år 2016 registrerade drygt 15 000 utförare av tandvård in knappt 10,1 miljoner patientbesök, vilket motsvarade knappt 17,1 miljoner olika slags åtgärder. Samma år genomfördes cirka 18 000 efterhandskontroller, vilket motsvarade drygt 112 000 patientbesök. Det är alltså endast en liten del av alla rapporterade patientbesök, cirka en procent, som blir föremål för en efterkontroll.

Generellt kan man säga att inriktningen på efterhandskontrollerna över tid mer och mer kommit att fokusera på riktade och fördjupade insatser, mot områden där risken för fel bedöms som relativt stor. En konsekvens av denna inriktningsförskjutning är att antalet efterhandskontroller har minskat de senaste åren. År 2014 genomfördes t.ex. över 40 000 efterhandskontroller inkluderande drygt 285 000 patientbesök, vilket kan jämföras med förra årets siffror som redovisades i det föregående.

I vilken utsträckning har då Försäkringskassan, genom framför allt arbetet med efterhandskontroller av den inrapporterade tandvården, lyckats förebygga och förhindra att felaktiga utbetalningar från det statliga tandvårdsstödet görs? Och hur ser det ut i dag? Det är frågor som det har varit svårt att entydigt besvara. Flera studier från Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har tidigare pekat på ett möjligt betydande överutnyttjande av tandvårdsstödet. I en granskning från år 2011 "Kontrollen av tandvårdsstödet" (Rapport 2011:18) resonerade till exempel ISF på basis av Försäkrings-

kassans egna rapporterade uppgifter om förekomsten av felaktiga utbetalningar att mellan 5 procent och 25 procent av Försäkringskassans utbetalningar avseende tandvårdsstöd för år 2010 kunde vara felaktiga, vilket i monetära termer skulle motsvara felaktiga utbetalningar på mellan 200 miljoner kronor och 1,2 miljarder kronor. Vidare konstaterade ISF i rapporten att det förelåg en betydande risk för bedrägeri med tandvårdsstödet, vilket man ansåg hade att göra med en kombination av en stor potential för ekonomisk vinning vid överutnyttjande samtidigt som konsekvenserna vid upptäckt dittills varit små – något som gjort det närmast riskfritt, enligt ISF, att missbruka tandvårdsstödet. Det senare hade i sin tur att göra med att Försäkringskassan, enligt ISF, inte använder de möjligheter till sanktioner mot fuskande vårdgivare som finns.

En annan bild av de felaktiga utbetalningarnas möjliga omfattning gavs i en rapport från Försäkringskassan år 2015, som var ett svar på ett regeringsuppdrag att kontrollera omfattningen av felaktiga utbetalningar inom tandvårdsstödet.² I svaret till regeringen konstaterade Försäkringskassan att de farhågor som funnits, framför allt baserat på ISF:s tidigare granskningar, om att det förekommer felaktiga utbetalningar från tandvårdsstödet i en stor omfattning med största sannolikhet kan avfärdas. I rapporten uppskattades andelen felaktiga utbetalningar ligga i intervallet 2,02 till 3,47 procent, motsvarande mellan 104 och 178 miljoner kronor per år. Denna slutsats innebär dock inte att Försäkringskassan anser att problem med bedrägeri och överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet inte finns. Eller tas som intäkt för att myndigheten inte kan och behöver utveckla och effektivisera arbetet med att förebygga felaktiga utbetalningar inom den aktuella förmånen. Tvärtom finns det flera omständigheter som talar för att det förekommer betydande problem med felaktiga utbetalningar av stödet.

För det första innebär felaktiga utbetalningar i storleksordningen 104–178 miljoner kronor per år att betydande summor rinner ur socialförsäkrings-systemet: målet är att felaktiga utbetalningar över huvud taget inte ska förekomma. För det andra har myndigheten en längre tid haft starka indikationer på att tandvårdsstödet överutnyttjas av vissa vårdgivare. Det rör sig både om opportunister, dvs. vårdgivare som tar tillfället i akt att ”överrapportera” när kombinationen av ekonomisk vinning och bristande alternativt utnyttjade kontrollmöjligheter/sanktioner skapar incitament att kunna erhålla extra ersättning från systemet, och aktörer som systematiskt är ute efter att mjölka detsamma på pengar, aktörer som dessutom i vissa fall bedöms ha kopplingar till organiserad brottslighet. Det finns på myndigheten i dag en oro att den organiserade brottsligheten håller på att bita sig fast i tandvårdsstödet och att denna problematik ska öka i framtiden. För det tredje finns det kopplat till ovanstående problemområden en osäkerhet rörande om Försäkringskassan arbetar på det mest effektiva och verkningsfulla sättet för att säkerställa att felaktiga utbetalningar tandvårdsstöd inte görs. Denna fråga har flera bottnar och kopplar bland annat till spörsmålet om vilka konsekvenser en automatisering av en förmåns handläggning får i kontrollhänseende och hur dessa

² Efterhandskontroller inom tandvården – svar på regeringsuppdrag.

bäst kan hanteras. För det fjärde finns det en osäkerhet rörande om myndigheten på egen hand förfogar över de verktyg som behövs för att på ett effektivt och verkningsfullt sätt kunna förhindra felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd.

Mot denna bakgrund initierade Försäkringskassans generaldirektör sommaren 2016 en översyn av Försäkringskassans nuvarande arbete med att motverka felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd och förutsättningarna för detta. Syftet med översynen är att kasta ljus över följande frågor:

- hur omfattande är i dag problemet med överutnyttjande och bedrägeri med det statliga tandvårdsstödet och hur ser de problem som finns ut?
- hur väl fungerar Försäkringskassans arbete med att säkerställa att felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd inte görs?
- vad beror de eventuella brister och problem som finns på och vad behöver göras för åtgärda dessa?

I den här rapporten redovisas översynens svar på dessa frågor.³

Resten av rapporten är disponerad enligt följande. Kapitel 2, som har karaktär av bakgrundskapitel beskriver översiktligt hur systemet med det statliga tandvårdsstödet ser ut och fungerar. Det beskriver också hur Försäkringskassans administration av stödet, i synnerhet gällande uppdraget att motverka felaktiga utbetalningar, ser ut. I kapitel 3 redovisas översynens resultat i form av svar på de tre frågorna ovan. I kapitel 4 återfinns översynens övergripande slutsatser samt de åtgärder som Försäkringskassan avser att vidta för att komma till rätta med de problem och brister som har identifierats.

³ Rapporten är en kortversion av en väsentligt längre myndighetsintern rapport med arbetsnamnet ”En översyn av Försäkringskassans arbete med att motverka överutnyttjande och fusk med statligt tandvårdsstöd – analys och förslag”.

Bakgrund

I det här kapitlet beskrivs översiktligt hur det statliga tandvårdsstödet ser ut och fungerar, hur Försäkringskassans administration av stödet går till samt hur användningen av stödet har utvecklats över tid. Kapitlet inleds dock med en kortfattad beskrivning av den svenska tandvården och den svenska tandvårdsmarknaden.

Allmänt om den svenska tandvården och tandvårdsmarknaden⁴

I det följande görs ett försök att sammanfatta de viktigaste dragen i den svenska tandvården och den svenska tandvårdsmarknaden.

Tandvård har subventionerats i Sverige sedan i början av 1970-talet

År 1974 infördes en allmän tandvårdsförsäkring i Sverige som syftade till att göra tandvård ekonomiskt tillgänglig för hela befolkningen. Försäkringen omfattade i stort sett alla typer av behandlingar och de priser som vårdgivarna fick ta ut reglerades genom en statlig tandvårdstaxa. Reformen innebar också att landstingen genom Folktandvården fick ett utpekat ansvar för tandvård, bland annat genom att gratis tillhandahålla tandvård för barn och ungdomar.

Över tid medförde reformen att statens utgifter för tandvård ökade markant. För att motverka detta kom patientavgifterna att successivt höjas, vilket medförde att patienterna efter hand fick betala en allt större del av tandvårdskostnaderna.

Införandet av den allmänna tandvårdsförsäkringen bidrog positivt till den svenska tandhälsan, dels genom att göra den mer ekonomiskt tillgänglig, dels genom landstingens insatser på förebyggande tandvård för barn och unga.

Prisregleringen avskaffades år 1999, vilket fick till följd att vårdgivarnas priser snabbt steg

Den prisreglering som den statliga tandvårdstaxan innebar upphörde år 1999 då prissättningen på tandvård släpptes fri. Åren efter prisregleringens upphörande präglades av snabbt ökade priser på tandvård – prisutvecklingen översteg klart konsumentprisindex (KPI) en bra bit in på 2000-talet. Utvecklingen bedöms ha två huvudförklaringar. Dels att priserna innan avregleringen varit konstlat låga – det fanns ett uppdämt behov av att öka dem. Dels att kostnaderna på vissa förbrukningsmaterial inom tandvården

⁴ Detta avsnitt bygger till stor del på SOU (2007:19) Friskare tänder till rimliga kostnader och SOU (2015:76), Ett starkare tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter.

ökade under den aktuella perioden, vilket gjorde att patientpriserna också ökade. I dag råder således sedan många år fri prissättning på tandvård. Detta skapar tillsammans med de subventioner som finns i form av det statliga tandvårdssystemets högkostnadsskydd speciella marknadsförutsättningar.

Målet för den svenska tandvården är god tandhälsa

Tandvården och det offentliga stöd till denna regleras i ett flertal olika författningar. I tandvårdslagen (1985:125) anges bestämmelser om hur tandvården i Sverige ska utformas och grundläggande regler om landstingens ansvar för tandvården. I lagen definieras också målet för en god tandvård, vilket lyder *en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen* och de krav som detta ställer, nämligen att tandvården ska

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder
- tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen
- vara lätt tillgänglig
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

Tandvårdslagen anger också att vårdgivarna får ta ut en skälig ersättning för undersökning och behandling men att de innan en undersökning eller viss behandling påbörjas ska upplysa patienten om kostnaden för åtgärden ifråga. Vidare, om en följd av behandlingar behövs, så ska vårdgivaren upplysa patienten om de beräknade sammanlagda kostnaderna för behandlingarna. Lagen anger också att Folk tandvården, den tandvård som utförs av landstingen i egen regi, ska svara för att barn och ungdomar (till och med det år de fyller 22 år) kostnadsfritt erhåller regelbunden och fullständig tandvård.

Tandhälsan blir allt bättre

Det uppställda målet om en god tandhälsa kan anses vara uppfyllt i den meningen att tandhälsan i Sverige generellt sett bedöms vara god och därtill fortsätter att utvecklas positivt. Ett exempel är att Sverige i en internationell jämförelse har en hög andel kariesfria barn, en andel som därtill har ökat stadigt över tid. Även vuxna svenskars tandhälsa är god i ett internationellt perspektiv och utvecklas även den positivt. Den goda tandhälsan anses hänga ihop med att de flesta människor på regelbunden basis går till tandläkaren. Sedan det nuvarande tandvårdsstödet infördes år 2008 har t.ex. över 6 miljoner människor, 20 år eller äldre, besökt tandvården minst en gång, vilket innebär att 80 procent av befolkningen i den åldersgruppen har besökt tandvården under den aktuella perioden.

Drygt 2 000 vårdgivare, offentliga och privata, verkar på en marknad som årligen omsätter ungefär 25 miljarder kronor och sysselsätter cirka 25 000 personer

Tandvård tillhandahålls i dag av ett stort antal vårdgivare, såväl offentliga – Folk tandvården som är verksamma i varje landsting – som privata. Antalet

vårdgivare uppgick år 2015 till drygt 2 000 varav det stora flertalet är privata. Folk tandvården har totalt cirka 880 mottagningar. Privattandvården består av cirka 2000 vårdgivare med cirka 3 550 mottagningar. Många är småföretag men det har även skett en etablering av större tandvårdskedjor. Ungefär 58 procent av patientbesöken gjordes år 2016 hos privat vårdgivare och 42 procent hos Folk tandvården.

Tandvårdsmarknaden i vid mening omsätter årligen ungefär 25 miljarder kronor. Av dessa finansierar staten drygt fem miljarder kronor i form av det statliga tandvårdsstödet med sina tre komponenter allmänt tandvårdsbidrag, särskilt tandvårdsbidrag och högkostnadsskyddet. Landstingen finansierar cirka fyra miljarder kronor i form av barntandvård, sjukhustandvård och äldre tandvård. Resterande del av omsättningen – cirka 16 miljarder kronor, utgörs av patientavgifter.

Sammanlagt arbetar 25 000 personer inom den svenska tandvården. Det är framför allt tandläkare, tandhygienister, tandsköterskor och tandtekniker. Under de senaste 10–15 åren har det skett en kraftig ökning av tandhygienister.

En marknad karaktäriserad av informationsasymmetrier med ett relativt svagt konsumentskydd

Som nämndes i det föregående är tandvårdsmarknaden speciell i vissa avseenden. Generellt kan man säga att den tillhör en form av marknader som karaktäriseras av informationsasymmetrier. De yttrar sig framför allt i form av att patienterna tenderar att befinna sig i ett informationsmässigt underläge gentemot vårdgivaren rörande vilken eller vilka behandling som behöver vidtas givet en viss diagnos. Detta är förstås en helt naturlig konsekvens av att vårdgivarna är experter inom sitt område och att det är just denna expertis som patienterna efterfrågar. Samtidigt betyder det att patienten kan ha svårt att bedöma om vårdgivarens diagnos eller åtgärdsförslag är adekvata. Men informationsasymmetrin yttrar sig också i form av att patienten kan ha svårt att bedöma om vårdgivarens pris för en föreslagen behandling är rimlig.

I den statliga utredningen ”Ett starkare tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter”, (SOU 2015:76) konstateras att många människor är relativt okunniga om vilka villkor som gäller på tandvårdsmarknaden och vilket ekonomiskt stöd som samhället erbjuder rörande tandvård. Specifikt konstateras att kunskapen om de s.k. referenspriser som gäller för olika behandlingar eller åtgärder är låg⁵. Detsamma gäller den fria prissättningen. Vidare konstateras att ingen myndighet eller organisation har det övergripande ansvaret för information till allmänheten om tandvård och olika tandvårdsstöd. Slutligen konstateras att tandvårdspatienter har ett svagt konsumentskydd och det inte finns bestämmelser som reglerar när ett fel kan anses ha uppstått eller hur det kan reklameras.

⁵ Med referenspris avses de priser som TLV bestämmer för olika åtgärder.

För att få arbeta i tandvården krävs legitimation, vilket utfärdas av Socialstyrelsen

De som arbetar inom den svenska tandvården måste som huvudregel vara legitimerade behandlare, vilket ansöks om och utfärdas av Socialstyrelsen. Som legitimerade behandlare är de skyldiga att utöva yrket enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, föra patientjournal, rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Det finns dock undantag från denna huvudregel som innebär att vårdgivare i vissa bestämda fall kan anställa tandläkare utan legitimation.

Ett flertal myndigheter är på olika sätt involverade i tandvården

Ett flertal myndigheter är på olika sätt verksamma inom tandvårdsområdet utifrån olika ansvarsförhållanden och roller.

Socialstyrelsen är nationell expertmyndighet för hälso- och sjukvården och ska i egenskap av denna funktion verka för att tandvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Myndigheten utfärdar förutom legitimationer nationella riktlinjer för den tandvård som bedrivs. Vidare ansvarar man för kunskapsutveckling inom sitt verksamhetsområde genom att bl.a. ta fram statistik och genomföra uppföljningar och utvärderingar. Sist men inte minst ansvarar Socialstyrelsen för det s.k. tandhälsoregistret.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO), har till uppgift att bedriva tillsyn över verksamheter inom bl.a. hälso- och sjukvårdsområdet, något som också inbegriper sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning. IVO tar vidare emot anmälningar mot enskilda behandlare och kan vid allvarliga brister verka för att legitimationen dras tillbaka, ett beslut som i så fall fattas av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. IVO har också möjlighet att utfärda föreläggande om vite och i vissa fall förbjuda fortsatt verksamhet.

Strålsäkerhetsmyndigheten har gällande tandvårdsområdet i uppdrag att utöva tillsyn över verksamhet med odontologisk röntgendiagnostik.

Försäkringskassan betalar ut statligt tandvårdsstöd och ansvarar för att informera tandläkarna om de regler som gäller.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), ansvarar för utformningen av det statliga tandvårdsstödet rörande ersättningsberättigad tandvård. TLV beslutar bland annat vilka tandvårdsåtgärder som ska ingå i högkostnads-skyddet för tandvård och fastställer referenspriser för dessa.

Kort om det statliga tandvårdsstödet och Försäkringskassans hantering av detta

Som redan nämnts har det i Sverige under ganska många år existerat någon form av offentligt stöd avseende tandvård. År 1999, dvs. 25 år efter införandet av det första stödet, den allmänna tandvårdsförsäkringen, trädde en ny tandvårdsreform i kraft. Avsikten med denna var bland annat att tandvårdsstödet, som då omfattade alla från 20 års ålder, skulle ge ett

ekonomiskt stöd för den så kallade bastandvården och ett visst, men mycket begränsat, stöd för protetiska åtgärder (kronor, broar, implantat m.m.). Syftet med det reformerade stödet var framför allt förebyggande. Denna utformning av stödet innebar emellertid höga kostnader för personer med behov av omfattande protetiska åtgärder, vilket inte minst gällde äldre personer. Detta var bakgrunden till att regelverket återigen ändrades den 1 juli 2002, vilket innebar att ersättningsnivåerna för bastandvården höjdes och att ett bättre högkostnadsskydd för protetiska behandlingar infördes

Det nuvarande stödet består av tre komponenter⁶

Det nuvarande statliga tandvårdsstödet infördes 1 juli 2008 och hade föregåtts av en utredning med uppdrag att se över det befintliga stödet och komma med förbättringar. Utredningen föreslog att ett nytt statligt tandvårdsstöd bestående av ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB) i form av en ”tandvårdscheck” för alla medborgare över 20 år och ett skydd mot höga kostnader skulle införas.

Det förstnämnda stödet – checken – skulle få användas för betalning av ersättningsberättigade åtgärder under en period av högst två år från och med den 1 juli varje år och motiverades framför allt av ett behov att uppmuntra vuxna personer till regelbundna tandvårdsbesök. I dag uppgår det allmänna tandvårdsbidraget till 150 kronor per person och år för personer i åldrarna 30 till 74 år. Motsvarande summa för personer under 30 respektive äldre än 74 år är 300 kronor. Detta stöd kan sparas i maximalt två år.

Den andra komponenten i det nya tandvårdsstödet – högkostnadsskyddet – motiverades just av att ge individer med omfattande tandvårdsbehov ett skydd mot höga kostnader. Förslaget innebar att en tandvårdsersättning skulle lämnas när patientens sammanlagda kostnad översteg 3 000 kronor. För den del av kostnaderna som översteg 3 000 kronor men inte 15 000 kronor skulle ersättning lämnas med 50 procent och för den del som överstiger 15 000 kronor skulle ersättning lämnas med 85 procent av kostnaderna. Dessa beloppsgränser och subventionsgrader gäller än i dag.

Sedan år 2012 har en tredje komponent i det statliga tandvårdsstödet tillkommit, nämligen det särskilda tandvårdsbidraget (STB) som vänder sig till personer som på grund av vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar bedöms ha särskilt stora tandvårdsbehov. Socialstyrelsen tar fram föreskrifter gällande vilka regler som gäller för att få ta del av det särskilda tandvårdsbidraget. Det särskilda tandvårdsbidraget uppgår för närvarande till 600 kronor per år och person och kan i motsats till det allmänna tandvårdsbidraget inte sparas.

Generellt kan man säga att det stöd som infördes 2008 innebar en markant ambitionshöjning rent monetärt av det statliga stödet till en förbättrad tand-

⁶ Det statliga tandvårdsstödet regleras i lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, som kompletteras med förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

hälsa i befolkningen. Noterbart är dock att de totala utbetalningarna av statligt tandvårdsstöd i regel understiger det anslag som regeringen årligen fastställer.

Tandvårdsstödet utgår för merparten av all tandvård och till alla som är bosatta i Sverige

Lagen om tandvårdsstöd stadgar att ersättning lämnas för tandvård som patienten behöver och som syftar till att ge frihet från smärta och sjukdomar, ge förmåga att äta, tugga, och tala utan större hinder eller ge ett utseendemässigt godtagbart resultat. De som omfattas av stödet är alla individer över 22 år som enligt socialförsäkringsbalken anses vara bosatta i Sverige.⁷ Det gäller även personer som har rätt till förmåner enligt Europaparlamentets och rådets förordning EG nr883/2004.

Det är TLV som närmare bestämmer vilka tandvårdsåtgärder som berättigar till ersättning och med hur mycket

Lagen specificerar inte närmare vilken tandvård som omfattas av det statliga tandvårdsstödet utan det är delegerat till TLV att besluta om vilka tandvårdsåtgärder som berättigar till ersättning och vilka referenspriser som ska gälla för dessa. I TLV:s gällande föreskrift (TLVFS 2008:1) beskrivs för närvarande ett cirka 100-tal tillstånd som patienterna kan ha och knappt 200 olika tandvårdsåtgärder som är kopplade till dessa tillstånd. Det åligger behandlaren (tandläkaren eller tandhygienisten) att alltid först fastställa vilket eller vilka tillstånd patienten har och på basis av denna bedömning avgöra vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning och under vilka förutsättningar. I föreskriften framgår vidare vad som ingår i respektive åtgärd och referenspriset för åtgärden. Det sker kontinuerligt revideringar av föreskriften, bland annat föranlett av att Försäkringskassan genom arbetet med efterhandskontrollerna av utbetald ersättning uppmärksammar oklarheter som leder till misstag i inrapporteringen av åtgärder från vårdgivarna med mera.

Försäkringskassan tillhandahåller ett elektroniskt system i vilket vårdgivaren rapporterar tillstånd och åtgärder

En av grundpelarna i det tandvårdsstödet som trädde i kraft år 2008 var att kommunikationen mellan Försäkringskassan och vårdgivare skulle ske elektroniskt, via det system, Tandem, som Försäkringskassan utvecklat och driver. Som nämndes inledningsvis innehåller detta system en regelmotor uppbyggd kring alla de tillstånds- och åtgärds-kombinationer som anges i TLV:s föreskrift. I korthet fungerar systemet så att vårdgivarna rapporterar in de tillstånd hos patienterna som konstaterats och de åtgärder som utförts med anledning av dessa tillstånd. Denna inrapportering i systemet kan ske på två olika sätt. Dels via de särskilda elektroniska journalsystem som det stora flertalet behandlare i dag använder sig av och som kommunicerar med Tandem. Dels genom den Tandvårdsportal som Försäkringskassan tillhandahåller för behandlare som av någon anledning inte har tillgång till ett

⁷ Åldersgränsen höjdes från årsskiftet 2016/2017 från 20 till 22 år.

elektroniskt journalsystemen. Om de rapporterade tillstånden och åtgärderna är i enlighet med regelverket – vilket säkerställs genom att det för varje inrapportering i systemet görs cirka 15 000 automatiska kontroller – så genereras ett utbetalningsuppdrag som innebär att Försäkringskassan inom loppet av fem dagar betalar ut den ersättning som den angivna vården berättigar till ett av vårdgivaren angivet bankkonto.

Systemet med tandvårdsersättning är med andra ord konstruerat så att det är vårdgivaren som erhåller ersättningen från Försäkringskassan och inte som vid nästan alla andra socialförsäkringsförmåner den försäkrade, i det här fallet patienten. Tandvårdsstödet kommer i stället patienterna till del genom att de får ett subventionerat pris för den vård som utförs om den totala kostnaden för den utförda vården överstiger 3 000 kronor, givet att vården ifråga är ersättningsberättigad. Konkret betalar patienten i detta fall mellanskillnaden mellan behandlarens pris för en viss utförd vård (ett specifikt antal utförda åtgärder) och summan av referenspriserna för de aktuella åtgärderna.

För att kunna erhålla ersättning från det statliga tandvårdsstödet måste en vårdgivare vara ansluten till det elektroniska systemet

För att kunna få ersättning från det statliga tandvårdsstödet måste en vårdgivare vara ansluten till det elektroniska systemet, vilket kräver att en skriftlig ansökan från vårdgivaren görs till Försäkringskassan. Lagen stipulerar att vårdgivaren ska uppfylla följande krav för att kunna bli ansluten: vårdgivaren ska antingen vara legitimerad tandläkare eller tandhygienist eller genom anställning eller på annat sätt, anlita sådan personal. Vidare ska vårdgivare i enskilt bedriven verksamhet vara godkänd för F-skatt.

Vårdgivaren har en betydande valfrihet gällande hur vederbörandes mottagning eller mottagningar ska anslutas till det elektroniska systemet. Det är möjligt att anmäla flera mottagningar som kopplas till systemet. Men vårdgivarna kan också välja att låta varje anställd behandlare vara ansluten till systemet som en egen mottagning. Försäkringskassan fattar efter att ha kontrollerat om de lagstadgade kraven för anslutning är uppfyllda beslut om en vårdgivare ska bli ansluten eller inte.

Regelverket stipulerar också under vilka förutsättningar som Försäkringskassan får besluta att anslutningen till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd ska upphöra. Dessa är i korthet:

- om vårdgivaren skriftligen begär att anslutningen ska upphöra
- om vårdgivaren har upphört att bedriva tandvård
- inte längre uppfyller de krav formella kraven för anslutning
- eller inte har påbörjat verksamheten senast sex månader efter det att Försäkringskassan meddelat beslut om anslutning.

Slutligen kan nämnas att förordningen om statligt tandvårdsstöd bemyndigar Försäkringskassan att bland annat meddela föreskrifter, dvs. mer detaljerade regler, om anslutning till det elektroniska systemet för tandvårdsstödet.

Vårdgivaren är skyldig att rapportera till Försäkringskassan senast 14 dagar efter utförd vård och ska även på uppmaning kunna styrka att vården utförts

Genom anslutningen till det elektroniska systemet förbinder sig vårdgivaren att upprätta ett underlag för uppföljning och statistik samt för beräkning av statligt tandvårdsstöd för samtliga ersättningsberättigade tandvårdsåtgärder som vårdgivaren har utfört på en patient, oavsett om dessa leder till att ersättning betalas ut eller inte. I praktiken framställs detta underlag genom vårdgivarens inrapportering av utförd vård, vilket ska göras inom 14 dagar från det att respektive tandvårdsåtgärd har slutförts. Av rapporteringen ska det framgå behandlande tandläkares eller tandhygienists namn och personnummer, patientens namn och personnummer, datum när åtgärden slutfördes, tillstånds- och åtgärdskod för den åtgärd som är ersättningsberättigade i det enskilda fallet, tillstånds- och åtgärdskod för den faktiskt utförda åtgärden, om denna inte är ersättningsberättigade i det enskilda fallet, tandnummer och tandposition samt vårdgivarens pris för utförd åtgärd för den aktuella patienten. Även om det ska framgå vem som utfört tandvården finns det inget krav att samma person också rapporterar till systemet. Vårdgivaren har möjlighet att utse en särskild person i verksamheten som svarar för rapporteringen in i systemet – det är alltså inte så att varje behandlare svarar för att rapportera in den tandvård han eller hon har utfört. Vårdgivaren ansvarar för att de rapporterade uppgifterna är korrekta, vilket också ska kunna styrkas. Försäkringskassan eller domstol kan nämligen anmoda vårdgivaren att uppvisa journal eller övriga material som rör utförda behandlingar/undersökningar.

Det elektroniska systemet motverkar felaktiga utbetalningar genom inbyggda spärrar

Av Försäkringskassans instruktion framgår att myndigheten ska säkerställa att felaktiga utbetalningar från socialförsäkringssystemet inte görs och motverka bidragsbrott. Detta gäller även det statliga tandvårdsstödet även om aktuell brottsrubricering inte är bidragsbrott utan bedrägeri eftersom vårdgivarna inte omfattas av bidragsbrott enligt Socialförsäkringsbalken. Felaktiga utbetalningar inom tandvårdsstödet motverkas i dag på i princip två olika sätt. Dels genom de spärrar som finns inbyggda i det elektroniska systemet, vilka i sin tur bygger på TLV:s föreskrift. Dels genom att Försäkringskassan i efterhand kontrollerar att rapporteringen överensstämmer med den vård som faktiskt utförts.

Kärnan i de förstnämnda kontrollerna är det elektroniska systemets s.k. regelmotor, dvs. det mycket stora antal regler som finns programmerade i systemet och som bestämmer vad som är möjligt att rapportera till systemet och generar beslut om utbetalning. Regelmotorn baseras i grunden på den aktuella föreskriftens cirka 100 olika tillstånd och knappt 200 åtgärder, vilka av dessa som är möjliga att kombinera och framför allt vilka krav som måste

vara uppfyllda för att en åtgärd ska kunna ge ersättning. Även inom varje åtgärd finns det inbyggda begränsningar. Det vanligaste är att en åtgärd endast får göras en gång per patient, dag och behandlare. Ibland finns det striktare kravet att åtgärden endast får göras en gång per patient, dag och mottagning. För vissa åtgärder gäller begränsningen på till exempel tandnivå. I andra fall kan det vara att en åtgärd endast får göras ett visst antal gånger under en ersättningsperiod på en patient, oavsett vilka behandlare som utfört åtgärderna. Det kan också finnas en tidsaspekt inblandad, att en behandling ska pågå en viss tid för att åtgärden ska vara giltig, annars får man välja en mindre omfattande åtgärd. Dessa regler ser sammantaget till att endast tandvård som överensstämmer med regelverket går att rapportera i systemet, dvs. att det är korrekt vård enligt regelverket som rapporteras in.

Detta förutsätter dock att behandlaren inte av misstag eller medvetet rapporterar in åtgärder som betingar en annan ersättning än den åtgärd som faktiskt utförts på patienten. Till exempel är det möjligt för en behandlare att konsekvent använda sig av den sjukdomsbehandlande åtgärden 303 (som är en dyrare och mer omfattande variant av åtgärderna 301 och 302) på samtliga sina patienter, även om det bara skulle vara befogat med åtgärd 301 eller 302⁸. Det är också fullt möjligt att rapportera in en dyrare åtgärd, t.ex. 303, än vad som faktiskt utförts, t.ex. 301. Slutligen är det fullt möjligt att rapportera in vård som aldrig utförts.

Även efterhandskontroller används för att motverka felaktiga utbetalningar

Det andra steget i Försäkringskassans kontrollarbete utgörs av efterhandskontrollerna. I förarbetena till det nuvarande tandvårdsstödet slogs fast att tonvikten i Försäkringskassans kontrollarbete skulle vara efterhandskontroller, dvs. kontroller efter det att behandlaren utfört den ersättningsberättigade tandvården. I det äldre tandvårdsstödet gjordes merparten av kontrollerna innan behandling genom att Försäkringskassan i förväg skulle godkänna den föreslagna tandvården. Vid en efterhandskontroll utreder Försäkringskassan om vårdgivarens rapportering av tillstånd och åtgärder uppfyller villkoren om statligt tandvårdsstöd enligt lagstiftningen och om rätt tandvårdsersättning betalats ut. Mer precist kontrollerar Försäkringskassan att

- den rapporterade tandvården stämmer med tillgänglig dokumentation
- att tandvården ifråga är ersättningsberättigade
- att den rapporterade tandvården verkligen har utförts
- att patientens tillstånd, som grund för den ersättningsberättigade åtgärden, var korrekt angiven samt att det finns underlag för patienter som erhållit särskilt tandvårdsbidrag.

⁸ Mer precist avser åtgärderna 301–303 avses sjukdomsbehandlande åtgärder av olika omfattning.

För att kunna utföra dessa kontroller begär Försäkringskassan in underlag från vårdgivarna, vilket dessa enligt uppgiftsskyldigheten i gällande lagstiftning är tvungna att skicka in. Underlaget ska styrka att de inrapporterade tillstånden och åtgärderna är ersättningsberättigade enligt det statliga tandvårdsstödet regelverk och utförda.

Återkrav av felaktigt utbetalt tandvårdsstöd

Om Försäkringskassan vid en efterhandskontroll eller på annat sätt upptäcker att en rapporterad åtgärd inte berättigar ersättning enligt regelverket får myndigheten besluta om att kräva tillbaka den utbetalda ersättningen från vårdgivaren. I stället för att kräva att vårdgivaren ska betala tillbaka den ersättning som felaktigt betalats ut kan Försäkringskassan använda sig av ett kvittningsförfarande, som innebär att ett belopp motsvarande den felaktiga ersättningen dras av från framtida utbetalningar till vårdgivaren.

Här bör också nämnas att myndigheten sedan oktober 2013 tillämpar en ordning vid efterhandskontroller som innebär att det är upp till den utredare som utför efterhandskontrollen att bedöma om ett återkrav ska göras eller inte. I det fall ett mindre fel upptäcks i en efterhandskontroll kan Försäkringskassan enligt den nya ordningen nöja sig med att enbart informera vårdgivaren om att denne gjort fel och beskriva hur det i stället borde vara gjort. Något återkrav görs alltså inte.

Noterbart i detta sammanhang är också att Försäkringskassan för närvarande inte alltid vidtar någon åtgärd för att informera patienten i det fall en felaktig utbetalning kan ha medfört att en för hög patientavgift tagits ut. I det fall det handlar om en efterhandskontroll i en avslutad ersättningsperiod notifieras typiskt sett inte patienten, vilket däremot görs om kontrollen sker i en öppen ersättningsperiod.

Försäkringskassan kan använda två olika sanktioner – innehållande av ersättning respektive förhandsprövning av vården – mot vårdgivare som inte fullgör sina skyldigheter

I händelse av att en vårdgivare inte lever upp till de krav som ställs i tandvårdsstödet lagstiftning har Försäkringskassan två olika typer av sanktioner att tillgå.

Dels har Försäkringskassan enligt lagen om statligt tandvårdsstöd möjlighet att hålla inne utbetalning av ersättning i avvaktan på att vårdgivaren fullgör sin uppgiftsskyldighet rörande utförd tandvård, med mera. Denna möjlighet innebär praktiskt att Försäkringskassan manuellt kontrollerar att de lämnade uppgifterna är korrekta innan ersättning betalas ut. Försäkringskassan kan välja att innehålla ersättning för all behandling som vårdgivaren rapporterar in, eller enbart för vissa specifika åtgärder. Beslutet om att hålla inne ersättning till en vårdgivare kan inte överklagas eftersom det är att betrakta som ett beslut under handläggning, vilket inte går att klaga på enligt förvaltningslagen.

Dels får Försäkringskassans i det fall en vårdgivare i väsentlig utsträckning har åsidosatt de bestämmelser som behandlar dennes skyldigheter eller förutsättningarna för ersättning, och det finns skäl att anta att vårdgivaren kommer att fortsätta att i väsentlig utsträckning åsidosätta sina skyldigheter, besluta att vårdgivaren, för att kunna få ersättning ska begära förhandsprövning hos Försäkringskassan. Ett sådant beslut får gälla högst ett år. Ett föreläggande om förhandsprövning innebär att Försäkringskassan först fattar beslut om den behandling som vårdgivaren planerar kan ge rätt till ersättning. Därefter utför vårdgivaren behandlingen, begär ersättning och får sedan ersättningen utbetald på vanligt sätt.

Vid misstanke om brott genomför Försäkringskassan kontrollutredningar, som kan resultera i polisanmälningar

I fall Försäkringskassan misstänker att en vårdgivare eller behandlare medvetet försökt tillskansa sig ersättning på felaktiga grunder kan en s.k. kontrollutredning genomföras. Tabell 1 visar hur många kontrollutredningar som Försäkringskassan genomfört och avslutat per år sedan år 2012 och hur många polisanmälningar som gjorts med anledning av resultatet av dessa utredningar. Som framgår har antalet kontrollutredningar som avslutats minskat de två senaste åren. Orsaken till detta är inte helt klarlagt men det beror sannolikt på att de utredningar som görs numera är mer omfattande och djuplodande och därmed tar större resurser i anspråk.

Vidare framgår av tabellen att Försäkringskassan typiskt polisanmäler cirka en handfull vårdgivare eller mottagningar varje år. En majoritet av de polisanmälda mottagningarna har varit små eller medelstora och varit verksamma i någon av de tre storstadsregionerna, Stockholm, Göteborg och Malmö. Polisanmälningarna har i regel handlat om misstankar om inrapporterad vård som inte utförts, att patienten inte har betalt för vården samt att vårdgivaren rapporterat in vård som tidigare Försäkringskassan nekat ersättning för.

Resultatet av de totalt 25 polisanmälningar som gjorts under perioden 2013–2016 är att nio stycken är nedlagda utan åtgärd, i 14 fall pågår förundersökning och i ett fall har ärendet gått vidare till rättslig prövning i domstol samt fällande domar. I de nedlagda ärendena har orsaken genomgående varit att brott inte kunnat styrkas.

Tabell 1 Antalet kontrollutredningar och polisanmälningar perioden 2012–2016

År	2012	2013	2014	2015	2016
Antal efterhandskontroller som avser kontrollutredning (antal fördjupande utredningar)	1 076	1 104	1 302	1 037 (412)	631 (188)
Antal avslutade kontrollutredningar	153	188	167	141	120
Antal polisanmälningar (misstanke om brott)	7	8	5	5	7

Några siffror om tandvårdsstödet utveckling över tid

Hur har då användningen av det statliga tandvårdsstödet sett ut sedan det infördes i sin nuvarande form år 2008? Hur många patienter har t.ex. fått del av stödet och i vilken omfattning? Hur har den ersättning som Försäkringskassan betalar ut utvecklats över tid, totalt och fördelat på högkostnads-skyddet olika nivåer m.m.? Och hur har antalet vårdgivare, mottagningar och behandlare som är anslutna till det elektroniska systemet utvecklats? Hur ser deras rapportering av åtgärder ut och har den förändrats över tid? Finns det några skillnader mellan de offentliga och de privata vårdgivarna? Översiktliga svar på dessa frågor ges i det följande.

Såväl antalet personer som varje år går till tandläkaren som antalet patientbesök har ökat något sedan det nuvarande tandvårdsstödet i infördes

Tabell 2 visar att antalet personer över 20 år som varje år besöker tandvården uppgår till drygt fyra miljoner. Tillsammans genererar dessa drygt fyra miljoner personer ungefär 10 miljoner patientbesök. Som framgår av tabellen har det skett liten ökning av såväl antalet patienter som antalet patientbesök men inte mer än vad som är att förvänta givet den befolkningsökning som skett under den aktuella tidsperioden. Det stora flertalet som besöker tandläkaren under ett år gör mellan ett och tre besök.

Tabell 2 **Antal besök och patienter per år samt fördelat på kön**

År	Besök	Patienter	Män	Kvinnor
2009	9 674 995	4 147 452	47,0	53,0
2010	9 920 826	4 246 288	47,0	53,0
2011	10 052 060	4 303 970	47,0	53,0
2012	10 105 593	4 348 088	47,1	52,9
2013	10 117 322	4 350 335	47,0	53,0
2014	10 080 258	4 330 893	47,0	53,0
2015	10 178 775	4 379 961	46,9	53,1
2016	10 066 248	4 355 601	46,9	53,1

De totala utbetalningarna av statligt tandvårdsstöd har i reala termer endast ökat marginellt över tid

Tabell 3 redovisar utvecklingen av det statliga tandvårdsstödet som betalats ut sedan år 2009. År 2009 uppgick de totala utbetalningar till knappt 4,5 miljarder kronor. Motsvarande siffra för år 2016 var 5,5 miljarder kronor. Korregerar vi för den allmänna prisutvecklingen (KPI) kan det konstateras att de totala utbetalningarna knappt ökat alls sedan år 2009.

Av de 5,5 miljarder kronor som år 2016 betalades ut i form av statligt tandvårdsstöd utgjordes ungefär 18 procent av det allmänna tandvårdsbidrag (ATB) som varje vuxen svensk erhåller årligen. Som framgår har andelen av utbetalningarna som avser ATB minskat något över tid.

Samma år svarade högkostnadsskyddet (HCP) för 80 procent av de totala utbetalningarna från tandvårdsstödet. Som framgick i det föregående kan högkostnadsskyddet beloppsmässigt delas upp i två delar. Den lägre procentsatsen, där patienterna ersätts med 50 procent av kostnaden i intervallet 3 000–15 000 kronor under en tolv månadersperiod, utgör ungefär 50 procent av det totala utbetalda tandvårdsstödet. Den högre procentsatsen, där patienterna ersätts med 85 procent av kostnaden för vård överstigande 15 000 kronor utgör drygt 30 procent av de totala utbetalningarna.

Slutligen visar tabellen utvecklingen av den tredje komponenten i det statliga tandvårdsstödet, det särskilda tandvårdsbidraget som infördes år 2013. Denna tredje komponent utgör mindre än en procent av det totala tandvårdsstödet men har ökat över tid.

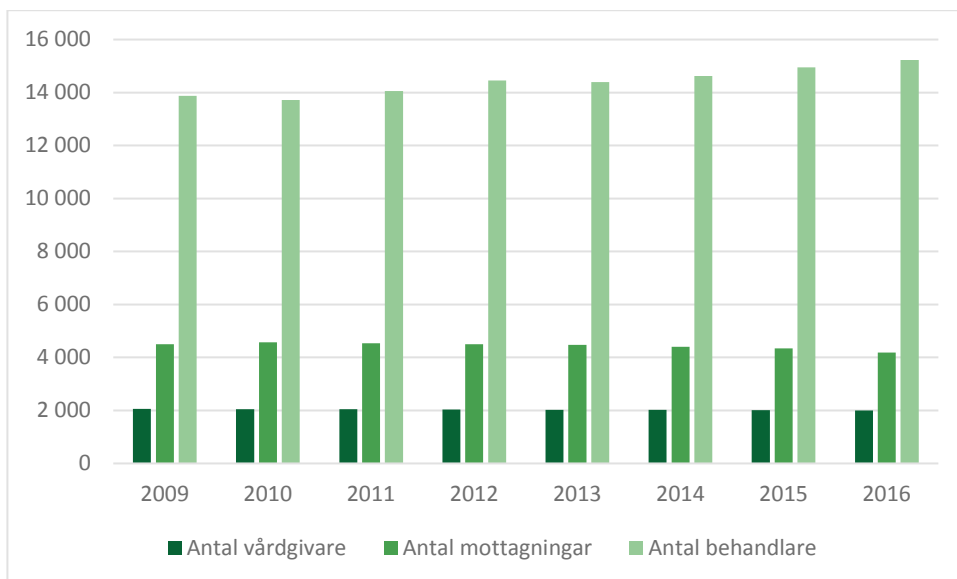
Tabell 3 Totalt utbetalt tandvårdsstöd (i miljoner kronor) samt fördelning utifrån ersättningstyp

År	Summa	ATB	STB	HCP50	HCP85
2009	4 584	18,8	–	47,8	33,4
2010	4 919	20,2	–	46,4	33,3
2011	4 863	19,4	–	48,2	32,5
2012	4 856	18,9	–	48,7	32,4
2013	5 184	19,1	0,3	47,4	33,2
2014	5 244	18,8	0,5	48,3	32,4
2015	5 273	19,0	0,7	49,5	30,8
2016	5 549	18,0	0,8	48,4	32,8

Såväl antalet vårdgivare och mottagningar har minskat något över tid medan antalet behandlare ökat

Figur 1 redovisar utvecklingen av antalet vårdgivare, mottagningar samt behandlare som rapporterat in tandvård i det elektroniska systemet perioden 2009–2016. År 2016 rapporterades vård in för 2 000 vårdgivare, drygt 4 000 mottagningar samt drygt 15 000 behandlare (tandläkare, tandhygienister och specialister). Som framgår av figuren har antalet behandlare ökat något de senaste åren medan såväl antalet vårdgivare som antalet mottagningar har minskat något. Två anledningar till den sistnämnda utvecklingen är att vårdgivare köpts upp och slagits samman samt att vissa rationaliseringar ägt rum inom landstingen som inneburit en förskjutning mot något färre men större mottagningar.

Figur 1 Antal vårdgivare, mottagningar och behandlare per år



Totalt sett har antalet rapporterade åtgärder ökat med sex procent sedan år 2009 medan antalet åtgärder per patient i stort sett är konstant

År 2016 rapporterades det totalt in knappt 17,1 miljoner åtgärder i Tandén. Motsvarande siffra år 2009 var drygt 16,1 miljoner åtgärder, vilket innebär att en procentuell ökning av antalet rapporterade åtgärder motsvarande sex procent har ägt rum. Antalet rapporterade åtgärder per patient har dock varit mer eller mindre konstant: 3,89 år 2009 respektive 3,91 år 2016.

Som framgår av tabell 4 erhåller kvinnor en något större andel av de rapporterade åtgärderna, drygt 52 procent jämfört med knappt 48 procent för männen. Beaktar vi det faktum att andelen av patienterna som är kvinnor är 53 procent erhålls dock att män i genomsnitt får något fler åtgärder utförda än kvinnor.

Tabell 4 Antal åtgärder som utförts per år samt andel som utförts på män respektive kvinnor

År	Antal	Män	Kvinnor
2009	16 113 570	47,7	52,3
2010	16 655 410	47,8	52,2
2011	16 982 225	47,8	52,2
2012	17 224 294	47,8	52,2
2013	16 858 250	47,8	52,2
2014	16 988 712	47,7	52,3
2015	17 216 118	47,6	52,4
2016	17 070 058	47,6	52,4

De vanligast förekommande åtgärderna är undersökningar, riskbedömningar och hälsofrämjande åtgärder

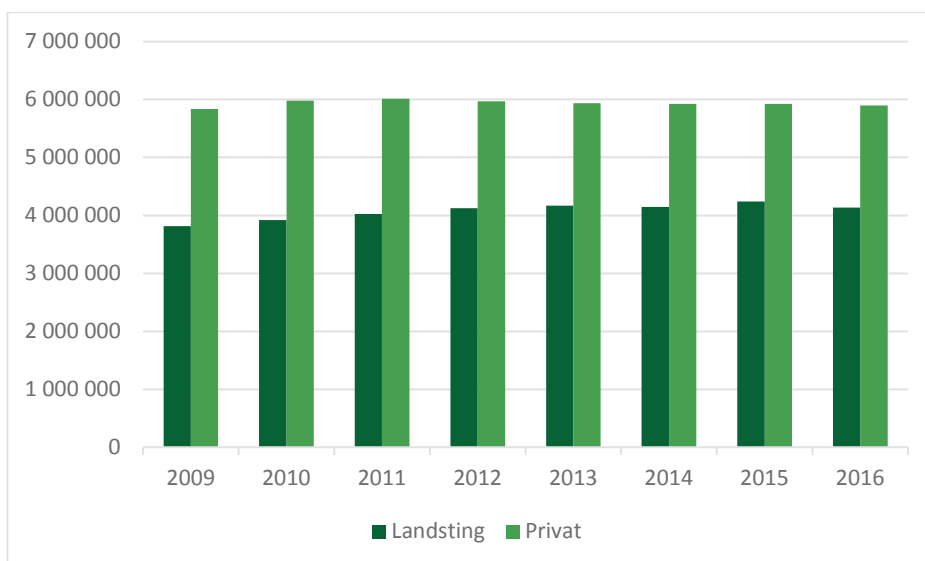
Som framgår av tabell 5 är de vanligaste åtgärderna undersökning, riskbedömning samt hälsofrämjande åtgärder. Ungefär 40 procent av alla åtgärder kan klassas dit, en andel som därtill har ökat över tid. Den näst största gruppen är sjukdomsbehandlande åtgärder som år 2016 svarade för drygt 24 procent av de totala rapporterade åtgärderna. Noterbart är att mellan åren 2012 och 2013 ökade denna typ av åtgärder markant, cirka 4 procentenheter, samtidigt som kategorin sjukdomsförebyggande åtgärder minskade med lika mycket. Den huvudsakliga förklaringen till dessa skiften är förändringar i TLV:s föreskrift.

Tabell 5 Andel av varje åtgärdskategori som utförts per år

Kategori	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Annat	2,4	2,6	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
Kirurgiska åtgärder	4,5	4,5	4,5	4,3	4,3	4,3	4,4	4,5
Protetiska åtgärder	7,4	6,8	6,1	5,8	5,4	5,4	5,5	5,5
Reparativa åtgärder	21,0	20,6	19,9	19,3	19,2	18,5	17,8	17,4
Sjukdomsbehandlande åtgärder	17,2	17,7	18,2	18,7	23,1	23,9	24,1	24,1
Sjukdomsförebyggande åtgärder	8,9	8,6	8,6	8,4	3,1	2,9	2,8	2,6
Undersökning, riskbedömning och hälsofrämjande åtgärder	38,6	39,1	40,0	40,6	42,2	42,3	42,6	43,1

De privata vårdgivarna har en större men dock krympande marknadsandel

Figur 3 visar hur det totala antalet patienter fördelats på privata respektive offentliga vårdgivare avseende perioden 2009–2012. År 2016 valde ungefär 56 procent av alla patienter att gå till en privat mottagning, en andel som dock har minskat över tid. Motsvarande bild och utveckling gäller för utvecklingen av antalet patientbesök, figur 4. Ungefär 58 procent av alla besök görs på privata mottagningar men också denna andel har minskat över tid.

Figur 2 Antal unika patienter per år som besökt respektive vårdgivarkategori**Figur 3** Antal besök som gjorts på respektive vårdgivarkategori

En allt större del av det statliga tandvårdsstödet går till de privata vårdgivarna

I det föregående visades att de privata vårdgivarna tappar marknadsandelar mätt i termer av antalet patienter. En motsatt bild ges om vi i stället studerar utvecklingen av utbetalt tandvårdsstöd. Figur 5 visar hur utbetalningarna av statligt tandvårdsstöd fördelats mellan privata och offentliga vårdgivare sedan år 2009. Som framgår går drygt 70 procent av det utbetalade tandvårdsstödet till de privata vårdgivarna, vilket således är en väsentligt större andel än vad som gäller för antalet patienter eller patientbesök. Denna andel har också ökat över tid. Den primära förklaringen till dessa olika bilder står sannolikt att finna i det faktum att de privata vårdgivarna i genomsnitt har äldre och därmed mer vårdkrävande patienter.

Översynens resultat

I det här kapitlet redovisas resultatet av översynen av Försäkringskassans arbete med att motverka felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstödet. Detta görs genom att besvara tre centrala frågor, nämligen:

- hur omfattande är i dag problemet med överutnyttjande och bedrägeri med det statliga tandvårdsstödet och hur ser de problem som finns ut?
- hur väl har Försäkringskassans arbete med att säkerställa att felaktiga utbetalningar inte görs fungerat, i synnerhet gällande överutnyttjande och bedrägeri av det statliga tandvårdsstödet, och hur fungerar det i dag?
- vad beror de brister och problem som finns på och vad behöver göras för åtgärda dessa?

Hur omfattande är i dag problemet med överutnyttjande och bedrägeri med det statliga tandvårdsstödet och hur ser de problem som finns ut?

Ursprunget till föreliggande översyn av Försäkringskassans arbete med att motverka felaktiga utbetalningar av det statliga tandvårdsstödet är tydliga indikationer i sen tid på att stödet systematiskt kommit att missbrukas av vissa vårdgivare, en omständighet som väcker frågan om Försäkringskassan arbetat och arbetar på ett tillräckligt verkningsfullt sätt med att förhindra detta missbruk. Att det finns en problematik kring vissa vårdgivare förefaller klart. Likaså att Försäkringskassan arbetar med att komma till rätta med problemen, men att det av olika skäl som vi återkommer till längre fram handlar om en svårlöst problematik. Men hur ser den större bilden ut? Finns det indikationer på ett mer utbrett överutnyttjande och missbruk och hur ser detta i så fall ut? I vilken utsträckning förekommer mer generellt felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd? Detta diskuteras i det följande med utgångspunkt från de data och den kunskap som i dag finns tillgänglig.

Innebörden av felaktiga utbetalningar av tandvårdsstöd

Låt oss börja med att definiera vad vi menar med felaktiga utbetalningar i den aktuella kontexten. Generellt gäller att en betalning av tandvårdsstöd är felaktig om den har beslutats och betalats ut på felaktiga grunder. I detta begrepp ryms både avsiktliga fel och oavsiktliga fel. Den förstnämnda kategorin handlar om fel som orsakas av en medveten handling i avsikt att tillskansa sig obehörig ersättning, t.ex. att en mer omfattande åtgärd än den som utförs rapporteras, att åtgärder rapporteras innan de är slutförda eller utan att de alls görs, att personnummer ”kapas” och används för att rapportera vård som aldrig utförs, att patienten erhåller tandvården gratis men att begäran om tandvårdsersättning ändå görs. Den andra kategorin, oavsiktliga fel, handlar om fel som orsakas av behandlare eller vårdgivare

t.ex. på grund av tidsbrist, missförstånd, okunskap eller slarv och som ger ett felaktigt eller bristfälligt underlag. Konkret kan det handla om att en behandlare av misstag väljer att rapportera en annan åtgärd än den som utförts.

Hur ska man se på att tandvårdsstödet utveckling över tid på övergripande nivå är ganska oförändrad?

Ett sätt att börja närma sig frågan om det förekommer ett systematiskt överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet är att studera utvecklingen över tid på övergripande nivå. Till exempel skulle ökande kostnader för stödet över tid kunna indikera ett möjligt problem med överutnyttjande. Så har varit fallet med två andra socialförsäkringsförmåner där överutnyttjande och oegentligheter bedömts ha förekommit i betydande omfattning, nämligen assistansersättning och tillfällig föräldrapenning. I båda dessa fall har ökande kostnader över tid väckt/väcker frågor om överutnyttjande och missbruk. Alternativt skulle en ökande användning av vissa typer av rapporterade åtgärder där incitament finns att begära ersättning för en högre svårighetsgrad än nödvändigt kunna indikera ett möjligt överutnyttjande.

När det gäller den första frågan, kostnadsutvecklingen på övergripande nivå, kan vi konstatera att denna inte ger anledning till oro på samma sätt som de tidigare nämnda förmånerna. Såväl totalt som per patient har kostnaderna för det statliga tandvårdsstödet varit mer eller mindre konstanta sedan det infördes år 2008. Detsamma gäller utvecklingen av rapporterade åtgärder, som också varit ganska oförändrad såväl aggregerat (med hänsyn tagen till befolkningsutvecklingen) som per patient. Det går heller inte att se några markanta förändringar av kompositionen åtgärder. Summa summarum är utvecklingen av rapporterade åtgärder och kostnader ganska statisk. Så i den mån en frånvaro av ökande kostnader och/eller en ökande rapportering av åtgärder kan tas som intäkt för frånvaro av ett potentiellt överutnyttjande i stor skala är utvecklingen inom tandvårdsstödet inte alarmerande. Ett argument som skulle resas mot en sådan slutsats är att den bortser från möjligheten att den successivt förbättrade tandhälsan som kan observeras borde inneburet ett minskat behov av tandvård och därmed minskade kostnader. Det faktum att kostnaderna inte minskat skulle därför enligt ett sådant resonemang kunna utgöra en grund för att tala om ett möjligt överutnyttjande.

Hur ser det då ut om vi i stället studerar utvecklingen av de specifika åtgärder där det bedöms finnas en risk för att vårdgivarna begär ersättning för en högre svårighetsgrad än nödvändigt? Vi har studerat utvecklingen av två sådana åtgärds-kategorier – åtgärderna 301–303 respektive åtgärderna 701–707 – både totalt och uppdelat på privata respektive offentliga vårdgivare. En ökad användning av de högre (t.ex. 303 i stället för 302 eller 301), och därmed dyrare, svårighetsgraderna över tid skulle kunna vara ett uttryck för ett ökande problem med överutnyttjande bland vårdgivarna. Genomgången av statistiken visar på en splittrad bild. Avseende den förstnämnda åtgärds-kategorin (301–303) är utvecklingen den motsatta mot vad man skulle förvänta sig om vårdgivarna i ökande omfattning börjat rapportera de högre svårighetsgraderna – andelen av dessa har minskat över

tid. Detta kan sannolikt åtminstone delvis förklaras av de riktade efterhandskontroller som Försäkringskassan genomfört av denna åtgärdskategori och de förändringar av TLF:s föreskrift som gjorts med anledning av resultatet av dessa kontroller. När det gäller den andra åtgärds kategorin är bilden den motsatta: här ökar användningen av de högre svårighetsgraderna över tid. Noterbart gällande båda åtgärds kategorierna är att de privata vårdgivarna i större utsträckning än de offentliga rapporterar högre svårighetsgrader. Det går inte på basis av denna översiktliga genomgång att påvisa vad som förklarar detta men sannolikt har det att göra med att de privata vårdgivarna i genomsnitt har äldre och därmed mer vårdkrävande patienter än vad Folk tandvården har.

Sammanfattningsvis går det inte att dra några säkra slutsatser baserad på denna övergripande redovisning av tandvårdsstödet utveckling över tid. Att utvecklingen på aggregerad nivå skiljer sig från andra förmåner där överutnyttjande misstänks förekomma står dock klart.

Försäkringskassan har tidigare på basis av en stickprovsbaserad efterhandskontroll uppskattat att de felaktiga utbetalningarna av statligt tandvårdsstöd uppgår till cirka tre procent

Hur ser det då ut överlag om man i efterhand kontrollerar den tandvård som rapporterats in, i stället för att studera utvecklingen av utbetalningar, åtgärder med mera? Hur stor andel av utbetalningarna av statligt tandvårdsstöd är felaktiga? Som nämndes inledningsvis ges ett svar på den frågan i den rapport ”Efterhandskontroller inom tandvården” som Försäkringskassan år 2015 lät ta fram som svar på ett regeringsuppdrag. Uppdraget var just att uppskatta omfattningen av felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd, vilket fram till dess inte gjorts tidigare, och heller inte där efter.

Ett slumpmässigt urval om totalt knappt 5 000 ersättningsperioder motsvarande drygt 33 000 patientbesök konstruerat för att vara representativt för den rapporterade vården – som avsåg vård utfört i huvudsak under 2013 – i stort gjordes. Totalt omfattade dessa drygt 33 000 patientbesök knappt 61 000 olika åtgärder. Efterhandskontroller av dessa patientbesök resulterade i att drygt 2000, eller 3,3 procent, av de rapporterade åtgärderna bedömdes vara behäftade med fel och att återkrav av den utbetalade ersättningen gjordes. Det var totalt 27 procent av de mottagningar vars inrapportering ingick i stickprovet som mottog ett återkrav.

På basis av undersökningens resultat drogs slutsatsen att tidigare farhågor om omfattande felaktiga utbetalningar inom det statliga tandvårdsstödet sannolikt kan avfärdas. För att komma tillrätta med de felaktigheter som förekom bedömdes dels att TLV:s och Socialstyrelsens skrifter om vilka diagnoser och åtgärder som är ersättningsberättigade respektive om informationshantering och journalföring behöver förbättras, dels att Försäkringskassans feedback till vårdgivare som gör fel behöver bli bättre.

De efterhandskontroller som genomförts under perioden 2012–2016 har en genomsnittlig korrigeringsandel på ungefär sex procent

En annan källa för att bedöma förekomsten av felaktiga utbetalningar och utvecklingen av dessa över tid är det övergripande resultatet av de efterhandskontroller som Försäkringskassan kontinuerligt gjort, och gör, sedan det nuvarande tandvårdsstödet infördes år 2008. Försäkringskassan har under årens lopp genomfört en stor mängd olika efterhandskontroller, både riktade och slumpmässiga. Enskilt kan de inte användas för att uppskatta mängden felaktiga utbetalningar eftersom de typiskt sett riktar in sig på någon viss åtgärd där ökad risk för fel befaras eller mot en behandlare/vårdgivare/mottagningen som tidigare gjort mycket fel med mera. Samlat och över tid har de dock en potential att ange en slags övre gräns för andelen felaktiga utbetalningar av tandvårdsstöd. Anledningen till detta är just att efterhandskontrollerna typiskt sätt inriktas mot områden där risk för fel bedöms som stor, en inriktning som därtill över tid förstärks. De felaktigheter som upptäcks i dessa riktade kontroller kan därför antas vara fler än vad ett slumpmässigt urval skulle generera – det är själva poängen med riskbaserade riktade kontroller. Den genomsnittliga korrigeringsandelen i de efterhandskontroller som har genomförts är ungefär sex procent, en siffra som varit mer eller mindre konstant under perioden 2012–2016. Resultatet av de reguljära riskbaserade efterhandskontrollerna är således en ungefär dubbelt så hög andel fel som i den tidigare refererade slumpmässiga undersökningen, vilket är konsistent med resonemanget om att det samlade resultatet av Försäkringskassans efterhandskontroller kan ses som en övre gräns för mängden felaktigheter som förekommer.

Det bedöms finnas betydande problem med ett begränsat antal oseriösa vårdgivare, som under flera år misstänks systematiskt missbruka tandvårdsstödet

Det har under ganska lång tid funnits misstankar om att vissa vårdgivare medvetet missbrukar ersättningen på olika sätt, t.ex. genom att rapportera in vård som aldrig utförts, vilket bland annat de kontrollutredningar och polis-anmälningar som gjorts visar. Detta problem, att vissa vårdgivare bedöms missbruka tandvårdsersättningen mer eller mindre systematiskt, förefaller vara ett problem som omfattningsmässigt är sig likt över tid. Försäkringskassan har till följd av arbetet med efterhandskontroller och kontrollutredningar skaffat sig en ganska god kunskap om vilka vårdgivare och mottagningar som är mindre seriösa. Problemet är inte primärt att kunskap saknas om dessa aktörers göranden utan snarare att det är svårt att komma till rätta med det felaktiga beteendet, vilket vi återkommer till längre fram i det här kapitlet.

Därtill kan det finnas en problematik, vars omfattning är okänd, med vårdgivare som överutnyttjar systemet i mindre skala

Att Försäkringskassan i dag har kunskap om ett antal vårdgivare, mottagningar eller behandlare som bedöms som mindre seriösa ska inte tolkas som att myndigheten har tillräcklig kunskap om alla de problem som finns. Högst sannolikt finns det vårdgivare som avsiktligt utnyttjar tandvårdsstödet

i större eller mindre skala som Försäkringskassan för närvarande saknar tillräcklig kunskap om. Det handlar trots allt om drygt 15 000 behandlare som tillsammans rapporterar över 17 miljoner åtgärder i det elektroniska systemet, varav över 99 procent automatiskt genererar en utbetalning till vårdgivaren. Mot bakgrund av att Försäkringskassan bara kontrollerar en bråkdel av dessa, cirka en procent av de inrapporterade patientbesöken, vore det konstigt om inte en del felaktiga utbetalningar förblir oupptäckta. Faktum är att diskrepansen mellan resultatet av den slumpmässiga efterhandskontroll som gjordes år 2015 – som pekade på att storleken på de felaktiga utbetalningarna monetärt ligger i häradet 100–180 miljoner kronor – och de återkrav som Försäkringskassan ställer – som samma år uppgick till drygt 23 miljoner kronor – i sig indikerar att många felaktiga utbetalningar aldrig upptäckts. Att öka kunskapen om detta mörkertal och hur det ska kunna minska är en angelägen uppgift.

Hur väl har Försäkringskassans arbete med att säkerställa att felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd inte görs fungerat och hur fungerar det i dag?

Det statliga tandvårdsstödet i sin nuvarande form går nästa år in på sitt tionde år. Försäkringskassan klarar av att med hjälp av det elektroniska systemet driftsäkert och allt mer smidigt hantera ett ökande, om än marginellt, antal ersättningsanspråk från de många behandlarna som är verksamma inom den svenska tandvården, trots att de tillgängliga resurserna i verksamheten i det närmaste halverats – antalet personer som arbetar med att administrera det statliga tandvårdsstödet, inklusive efterhandskontroller, har minskat från cirka 220 år 2008 till cirka till 120 år 2016. I denna fundamentala mening är det svårt att säga någonting annat än att verksamheten att administrera det statliga tandvårdsstödet fungerat och fungerar väl. Detta är dock inte den fråga som är av intresse här utan den lyder i vilken utsträckning Försäkringskassan har förmått och förmår säkerställa att felaktiga utbetalningar av tandvårdsstöd inte förekommer och att stödet inte nyttjas brottsligt. Denna fråga är svårare att svara entydigt på beroende på följande omständigheter.

För det första för att tillräcklig kunskap rörande förekomsten av felaktiga utbetalningar och direkta oegentligheter och dess utveckling över tid fortfarande saknas. På basis av de efterhandskontroller som gjorts – både den slumpmässiga från år 2015 och det samlade resultatet från alla de efterhandskontroller som Försäkringskassan löpande gör – förefaller det som att andelen felaktiga utbetalningar i genomsnitt ligger mellan tre och sex procent av de totala utbetalningarna. För att säkrare kunna bedöma utvecklingen och framför allt resultatet av Försäkringskassans arbete skulle årliga slumpmässiga undersökningar behöva göras.

För det andra för att det är svårt att fastställa vad som ska anses utgöra ett tillfredsställande resultat för verksamheten i denna del – att helt eliminera att felaktiga utbetalningar görs är en sannolikt omöjligt mot bakgrund av systemets konstruktion och de tillgängliga kontrollresurserna, – och frågan uppstår då vad som är ett acceptabelt resultat.

För det tredje består svaret på frågan – utifrån den tillgängliga kunskapen om sakernas tillstånd – av flera olika delar, en del som pekar i en riktning mot att resultatet i vissa delar är tillfredsställande och en del som pekar i den andra riktningen. Eftersom vi redan har behandlat kunskapsfrågan diskuterar vi här de två sista punkterna.

Svårt att bedöma vad som är ett tillfredsställande resultat av kontrollarbetet

Låt oss då börja med frågan om vad som kan anses utgöra ett tillfredsställande resultat gällande uppgiften att säkerställa att felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd inte görs och att brottsligt nyttjande av stödet inte förekommer. I en viss mening är svaret på frågan självklart, ju färre felaktiga utbetalningar som görs desto bättre är resultatet. Likaså, ju färre oegentligheter med tandvårdsstöd som förekommer desto bättre är resultatet. Saken kompliceras dock väsentligt när vi i bilden för in frågan hur vi ska kunna veta vilka felaktigheter och vilka oegentligheter som förekommer.

För att kunna slå fast att så och så många felaktiga utbetalningar görs och så och så många oegentligheter förekommer måste man ha något system på plats som gör det möjligt att kunna upptäcka och uppskatta mängden felaktigheter/oegentligheter. Ju bättre detta system är på att upptäcka fel och ju mer heltäckande systemet är desto fler av de existerande felaktigheterna kommer att upptäckas. Och paradoxalt nog desto sämre kommer resultatet att framstå som eftersom de fel som finns tenderar att komma i dagen. Omvänt ju sämre systemet för att upptäcka fel är och ju mindre ambitiöst det är desto färre felaktigheter kommer att upptäckas, dock desto bättre kommer resultatet att framstå som. I extremfallet om inget kontrollsystem finns kommer få eller inga felaktigheter att upptäckas.

Ovanstående principiella resonemang gäller för en given mängd felaktiga utbetalningar. Det hela kompliceras ytterligare av omständigheten att i praktiken är inte mängden felaktiga utbetalningar given – den beror nämligen högst sannolikt på i vilken utsträckning kontrollsystemet verkar preventivt på presumtiva missbrukare av förmånen ifråga. Och vice versa. Dessa förhållanden är förstas inga nyheter men det kan vara nyttigt att påminnas om i en diskussion om hur man ska se på resultatet av det arbete med att motverka felaktiga utbetalningar av tandvårdsstödet som Försäkringskassan bedriver och bedriver.

Att enbart bedöma huruvida resultatet av Försäkringskassans arbete med att motverka felaktiga utbetalningar av tandvårdsstöd på basis av antalet felaktigheter som upptäcks – dvs. utfallet av kontrollarbetet är således vanskligt. Det behöver kompletteras med en bedömning av hur effektivt och ändamålsenligt man arbetar och har arbetat med att försöka se till att

felaktiga utbetalningar inte görs. Med andra ord bedöma kvaliteten på det förebyggande arbetet och kontrollsystemet, förstås med reservationen att en sådan bedömning med nödvändighet måste vara osäker eftersom utfallet av detta arbete som sagt är svårt att mäta.

I delar bedöms arbetet med att motverka felaktiga utbetalningar fungera väl medan i andra delar finns en förbättringspotential

Det är en grannlaga uppgift att bedöma på en övergripande nivå om arbetet med att motverka felaktiga utbetalningar inom det statliga tandvårdsstödet fungerat och fungerar väl, inte minst mot de kunskapsbrister rörande framför allt utvecklingen av andelen felaktiga utbetalningar som finns. I det följande pekas på det som bedöms ha fungerat väl respektive på områden där det föreligger en förbättringspotential.

Det man ska ha klart för sig är att verksamheten sedan stödet infördes i huvudsak har varit inriktad på att genomföra de efterhandskontroller av utbetalt tandvårdsstöd som förutskickades i förarbeten och proposition till det statliga tandvårdsstödet. Detta arbete har under årens lopp genomförts med utgångspunkt från årliga riskanalyser som i sin tur legat till grund för vilka efterhandskontroller som genomförts och i vilken omfattning. Resultatet av kontrollerna har sammanställts och utgjort underlag för informationsinsatser till vårdgivare och förändringar i TLV:s regelverk m.m. Omfattningen på denna kontrollverksamhet har i stor utsträckning styrts av tillgängliga resurser, som vi sett minskat markant över tid. I vad mån har denna kontrollverksamhet, och då lägger vi även in arbetet med kontrollutredningar, motverkat felaktiga utbetalningar av tandvårdsstöd? Den frågan går inte att svara säkert på men några omständigheter pekar på att arbetet har haft effekt. Dels indikerar, menar vi, omständigheterna att utbetalningarna av tandvårdsstöd inte över tid ökar vare sig aggregerat eller per patient – trots att incitament att utnyttja systemet enligt bl.a. ISF föreligger – att efterhandskontrollerna sannolikt har haft en viss preventiv effekt. Efterhandskontrollerna har t.ex. dimensionerats för att den absoluta merparten av mottagningarna ska träffas av minst en kontroll varje år, varför vårdgivarna blir varse att Försäkringskassan genomför kontroller av rapporterad vård. Dels indikerar uppskattningen av andelen felaktiga utbetalningar till cirka tre procent att arbetet med att på olika sätt motverka felaktigheter haft effekt i så måtto att problemet förefaller vara av en begränsad storlek. Sedan kan man också se en tydlig utveckling av verksamheten över tid i riktning mot mer riskbaserade urval och fördjupade analyser i takt med att kunskaperna om hur problemen gällande vissa oseriösa aktörer och företeelser ökar, vilket bedöms vara i linje med en effektiv användning av de tillgängliga resurserna.

En annan del av svaret är att arbetet i vissa delar inte har varit och inte är fullt tillfredsställande. Detta har till största delen att göra med förekomsten av ett systematiskt missbruk av tandvårdsstödet från en, så vitt vi känner, begränsad skara oseriösa vårdgivare som bitit sig fast i försäkringen och som Försäkringskassan har problem med att komma till rätta med. Det kan alltid diskuteras i vad mån Försäkringskassan genom att ha arbetat på ett annat sätt skulle förhindrat att dessa aktörer etablerat sig eller agerat

annorlunda för att komma till rätta med problemen när de väl uppdragats. Som vi ska se har verksamheten en längre tid efterlyst skarpare verktyg för att både kunna förhindra bedömt oseriösa aktörer från att ansluta sig till det elektroniska systemet och kunna avansluta dylika aktörer från systemet. Det ligger helt klart en hel del i detta. Samtidigt står det klart att myndigheten med utgångspunkt från den befintliga verktygslådan kunnat agera mer proaktivt. Till exempel var kontrollen av vårdgivare vid anslutning till det elektroniska systemet ända till i början av 2015 högst summarisk. Men den mer negativa bedömningen beror också på att de felaktiga utbetalningarna inte tycks minska i omfattning, utan Försäkringskassan finner i efterhandskontrollerna närmats regelmässigt att ungefär sex procent av de kontrollerade åtgärderna är behäftade med fel och att det därtill handlar om i stort samma typ av fel som görs.

Därtill kan det konstateras att angelägen utveckling av framför allt de tekniska förutsättningarna för att kunna bedriva en mer effektiv kontrollverksamhet gått trögt. Det gäller t.ex. förslaget om att patienterna via ”Mina sidor” skulle kunna få information om i vilken utsträckning tandvårdsersättning betalats ut som varit på förslag ett flertal år utan att realiseras. Vidare handlar det om det ganska stora antal förslag som finns rörande hur det elektroniska systemet skulle kunna förbättras där heller inte några större framsteg görs. Men även i viss mån utvecklingen av riskprofiler eller mönstersökningar som efter snart tre år fortfarande i viss mån befinner sig på ett försöksstadium. Kopplat till det sistnämnda är en större fråga som handlar om att Försäkringskassan ännu inte anpassat verksamheten utifrån den automatiserade förmåns logik där allt som händer och sker i systemets lagrats och kan ligga till grund för statistisk analys, något som kräver både dylik kompetens och tillämpliga analysredskap. Slutligen kan vissa frågetecken resas rörande om verksamheten totalt sett styrs, bedrivs och organiseras på det mest ändamålsenliga viset.

Vad beror de brister och problem som finns på och hur kan de åtgärdas?

Det finns som sagt en del problem och brister i verksamheten som behöver åtgärdas för att Försäkringskassans arbete med att motverka felaktiga utbetalningar och oegentligheter inom det statliga tandvårdsstödet ska kunna bedömas som fullt tillfredsställande. I det här avsnittet diskuteras närmare både vad de konstaterade bristerna och problemen beror på och vad som kan göras för att åtgärda problemen. Diskussionen utgår till betydande del på resultatet av den enkät som i december 2016 riktades till samtliga medarbetare på Försäkringskassan som på ett eller annat sätt arbetar med att administrera det statliga tandvårdsstödet, men också från tidigare granskningar, analyser av data samt intervjuer med medarbetare och andra sakkunniga inom området.

Bättre kontroller av och mer information till nya vårdgivare innan anslutning till det elektroniska systemet är nödvändigt men också att kunna neka anslutning

Ett av de största problemen gällande felaktiga utbetalningar inom tandvårdsstödet är att oseriösa vårdgivare som missbrukar stödet har kunnat ta sig in i systemet. Detta har i sin tur att göra med en kombination av de låga formella kraven för anslutning i lagstiftningen och att Försäkringskassans kontroll vid anslutning av nya vårdgivare historiskt varit mycket begränsat samt att lagstöd för att neka anslutning bedöms ha saknats.

Exempelvis kontrollerades länge vare sig bolaget eller de verksamma aktörerna i bolaget i något avseende. Det har heller inte ställts tillräckliga krav på att nya vårdgivare är införstådda med regelverket eller att de avser att följa detsamma. Väl anslutna har de därför varit fria att bedriva sin verksamhet utan några som helst kontroller tills en efterhandskontroll faller ut, något som kan dröja upp till ett år eller ännu längre. Bättre kontroller av nya bolag vid nyanslutning till det elektroniska systemet bedöms vara av avgörande betydelse för att Försäkringskassan ska kunna förhindra oseriösa aktörer och vårdgivare med en historik av oegentligheter att ta del av tandvårdsstödet. Detta kommer dock vara av begränsat värde så länge resultatet av denna kontroll inte kan resultera i ett negativt besked, dvs. att anslutning nekas. För närvarande pågår ett arbete inom Regeringskansliet i vilket bl.a. en möjlighet för Försäkringskassan att kunna neka anslutning utreds. Konkret diskuteras en möjlighet att kunna neka anslutning kopplat till särskilda personer med dokumenterade tidigare tveksamheter gällande nyttjande av det statliga tandvårdsstödet finns hos den ansökande vårdgivaren.

Försäkringskassan har tidigare varit inne på tanken att upprätta ett slags avtal med vårdgivare som vill ansluta sig till systemet där det i villkoren ska ligga att vårdgivaren förbinder sig att uppfylla alla de skyldigheter som enligt tandvårdsstödet regelverk åligger vårdgivaren. I det fall en vårdgivare i väsentlig utsträckning åsidosätter de bestämmelser som behandlar dennes skyldigheter eller förutsättningar för ersättning, och det finns skäl att anta att vårdgivaren kommer att fortsätta att i väsentlig utsträckning åsidosätta sina skyldigheter skulle Försäkringskassan kunna säga upp avtalet och därmed anslutningen till systemet upphöra. Denna avtalstanke har ännu så länge inte kommit längre än till idéstadiet. Under arbetet med denna översyn har funderingar väckts om att realisera denna avtalstanke via det bemyndigande om att utfärda föreskrifter om bland annat anslutning till det elektroniska systemet som Försäkringskassan ges i förordningen om statligt tandvårdsstöd. Konkret innebär bemyndigandet att Försäkringskassan kan utfärda mer detaljerade regler rörande anslutning till det elektroniska systemet. Vi återkommer till detta längre fram i detta avsnitt.

Nuvarande sanktioner upplevs inte som tillräckligt verkningsfulla

De sanktionsmöjligheter som Försäkringskassan har att tillgå mot vårdgivare/mottagningar eller behandlare som avsiktligt missbrukar systemet bedöms inte vara verkningsfulla.

Innehållande bedöms vara en verkningfull sanktion mot vårdgivare som av okunskap eller slarv rapporterar felaktigt. Däremot bedöms den inte vara verkningfull mot oseriösa vårdgivare. Anledningen till detta är att om de senare blir föremål för ett innehållande slutar de i regel att rapportera i det aktuella bolaget och fortsätter därefter att rapportera i ett nytt bolag där något innehållande inte finns och där fordringar kopplade till tidigare återkrav inte kan kvittas. Det är med andra ord relativt enkelt för en oseriös vårdgivare att kringgå denna sanktion. Därtill är sanktionen resurskrävande att använda på ett verkningfullt sätt eftersom det i princip finns många olika sätt att kringgå sanktionen, t.ex. genom att rapportera vård på åtgärder som inte är föremål för innehållande.

Den andra sanktionen förhandsprövning, som i första hand handlar om en prövning rörande om vissa planerade åtgärder är ersättningsberättigade men också kan handla om huruvida en vårdgivare uppfyller ansvaret mot sina patienter, t.ex. vad gäller att lämna prislistor, undersökningsprotokoll eller skriftliga prisuppgifter och behandlingsplaner, bedöms inte heller vara verkningfull och är därtill mer resurskrävande. För att vara säker på att den planerade vård som godkänns också faktiskt genomförs måste i princip Försäkringskassan genomföra en efterhandskontroll, vilket i dag är svårt rent praktiskt eftersom det tekniska systemet inte medger att förhandsprövade patientbesök går att återsöka. Detta är skälet till att Försäkringskassan i praktiken inte bedömer att sanktionen är verkningfull. Därtill är sanktionen problematisk eftersom den går ut över patienterna då både behandling och ersättning fördröjs.

Centralt att kunna avsluta vårdgivare som missbrukar systemet

Det råder en stor samsyn bland de som på olika sätt arbetar med kontroller inom tandvårdsstödet att ett av de största hindren för att kunna komma till rätta med vårdgivare som systematiskt missbrukar systemet är att det inte går att stoppa dessa från att rapportera in vård i det elektroniska systemet. Det bedöms vara mycket angeläget att Försäkringskassan efter att ha använt tillgängliga sanktioner och sedan gjort uppföljande efterhandskontroller som visar att vårdgivaren inte har ändrat sitt beteende ska ha rätt att åtminstone temporärt kunna avansluta vårdgivaren från systemet så att denna inte längre kan erhålla tandvårdsersättning. Att ha denna sanktionsmöjlighet skulle sannolikt, förutom att göra det möjligt att bli av med vissa oseriösa vårdgivare, ha en preventiv effekt genom hotet om att bli avstängd från försäkringen, vilket i väsentlig grad påverkar möjligheterna att vara verksam inom området.

Försäkringskassan anser sig i dagsläget inte ha lagligt stöd att avansluta en vårdgivare som systematiskt missbrukar det statliga tandvårdsstödet, varför idén om ett avtal mellan Försäkringskassan och vårdgivaren rörande access till det elektroniska systemet förts fram. Som nämndes i det föregående har vi under arbetet med den här översynen uppmärksammat en hittills oprövad möjlighet att eventuellt kunna avansluta oseriösa vårdgivare. Förordningen om tandvårdsstöd anger att Försäkringskassan får avansluta en vårdgivare som har upphört att bedriva tandvård. Samma förordning bemyndigar Försäkringskassan att utfärda föreskrifter rörande bland annat anslutning till det

elektroniska systemet. Genom att definiera i föreskriften vad Försäkringskassan med utgångspunkt från bestämmelserna i lagen om tandvårdsstöd och den tillhörande förordningen anser ligger i ”att bedriva tandvård” torde det finnas en öppning för att kunna avansluta vårdgivare som i väsentlig utsträckning åsidosätter de bestämmelser som behandlar dennes skyldigheter eller förutsättningar för ersättning, och det finns skäl att anta att vårdgivaren kommer att fortsätta att i väsentlig utsträckning åsidosätta sina skyldigheter. Om med att bedriva tandvård avses att uppfylla alla de skyldigheter enligt gällande lagstiftning – lag respektive förordning om statligt tandvårdsstöd – kan man argumentera för att en vårdgivare som inte lever upp till regelverkets krav har upphört att bedriva tandvård och därmed får avanslutas. Detta bör förstås utredas närmare rättsligt.

IT-stödet behöver utvecklas på flera sätt för att kontrollarbetet ska kunna bli mer effektivt och verkningsfullt

Tandvårdsstödet är det mest automatiserade ärendeslaget inom Försäkringskassan genom att drygt 99 procent av all rapportering görs i Tandem och sedan direkt går till utbetalning utan någon manuell bearbetning. Även om systemet i dag i huvudsak bedöms fungera väl ur ett vårdgivarperspektiv och är mycket driftsäkert upplevs det lämna en del att önska. Det är även centralt att skapa fler inbyggda spärrar i systemet för att förhindra rapportering av åtgärder som inte är i enlighet med befintliga regler eller åtgärder som är orimliga, som t.ex. att det inte går att dra ut samma tand flera gånger.

Vidare är det önskvärt att det utvecklas en funktionalitet i Tandem som flaggar vid avvikelser från vad som är att betrakta som normal rapportering, antingen vis-a-vis det normala rapporteringsmönstret för den relevanta behandlarpopulationen, eller om markanta förändringar i inrapporteringsmönster äger rum för en enskild behandlare, eller vid höga belopp etc. Dessa flaggade ärenden skulle då falla ut för kontroll innan utbetalning. I dag görs detta endast vid patientbesök där ersättningen överstiger ett visst belopp.

Slutligen vore det önskvärt att tekniskt kunna säkerställa spårbarheten gällande vem det är som har utfört den rapporterade tandvården.

Otydlig normering där Försäkringskassan godkänner att felaktiga uppgifter ligger till grund för utbetalning

Till grund för att i efterhand kunna kontrollera att gjorda utbetalningar varit ersättningsberättigade ligger den dokumentation som vårdgivarna är ålagda att skicka in till Försäkringskassan i samband med en efterhandskontroll. Ju bättre kvalitet det är på dokumentation desto lättare är det för Försäkringskassan att avgöra om utbetalningarna varit korrekta och tvärtom. Vi kan konstatera att det i dag inte finns några tydliga kvalitetskrav gällande denna dokumentation, vilket fått till följd att den inskickade dokumentationen avseende utförda behandlingar ofta är inkomplett, inaktuell och allmänt svår att följa. Därtill är det i dag fullt möjligt för vårdgivare att ändra inrapportering i efterhand vid efterkontroller. Genom att ställa tydliga krav på att dokumentationen i journalsystem är uppdaterad, korrekt, komplett och att

behandlaren i ett ärende anges så kan kvaliteten och spårbarheten i rapporteringen förbättras, samt att det blir enklare att utföra kontroller.

De finns också en kritik från de medarbetare som arbetar med efterhandskontroller inom tandvårdsstödet som går ut på att Försäkringskassan tenderar att godkänna bristfällig dokumentation. En närliggande kritik finns mot det kvittningsförfarande som används där t.ex. en korrigerig av en mer omfattande och dyrare åtgärd till en enklare och billigare åtgärd enbart får till konsekvens att vårdgivaren får en framtida utbetalning minskad med mellanskillnaden i referenspriset för åtgärderna ifråga. Förfarandet innebär att det i princip är riskfritt för en behandlare att chansa på att rapportera i en dyrare åtgärd. Därtill finns kritik mot att patienten i dessa situationer inte upplyses om att vederbörande sannolikt har betalat en för hög patientavgift. Ett alternativt förfarande vore att göra ett återkrav på den felaktiga åtgärden och notifiera patienten om att detta gjorts, så att patienten kan ta kontakt med sin tandläkare för att eventuellt kunna få tillbaka pengar.

Det finns vidare en otydlighet i Försäkringskassans normering som innebär att det för närvarande är oklart hur myndigheten ser på det fall att någon annan än den som anges ha rapporterat vården i det elektroniska systemet visar sig faktiskt ha utfört vården. Denna oklarhet riskerar att medföra problem i straffrättsliga prövningar rörande misstänkt missbruk av tandvårdssystemet, varför det är angeläget att förtydliga normeringen rörande detta.

TLV:s föreskrift behöver bli enklare och mer användarvänlig i syfte att minska andelen fel som beror på okunskap

Försäkringskassans bedömning är att regelverket kring tandvårdsstödet upplevs som komplicerat och tvetydigt, vilket gör det svårt för behandlare att välja rätt åtgärd – detta är sannolikt en förklaring till att andelen efterhandskontroller som resulterar i korrigeringar inte minskar över tid. Därtill medför det svårigheter för Försäkringskassan att göra återkrav vid fel kombination av tillstånd och åtgärd. En mer användarvänlig version av TLV:s föreskrift som förtydligar de delar av regelverket där fortfarande mycket felaktigheter förekommer är angelägen att ta fram.

Kunskapen om tandvårdsstödet och dess regelverk är fortfarande låg men skulle kunna ökas genom att information om stödets användning visas på Mina sidor

Som regeringen påpekar i den lagrådsremiss som är ute på beredning är kunskapen om det statliga tandvårdsstödet fortfarande relativt låg bland medborgarna.⁹ Detta bedöms även ha betydelse i kontrollsammanhang. Genom att få medborgarna att i större utsträckning vara införstådda med sina rättigheter gällande det statliga tandvårdssystemet och hur det används kan patienterna komma att fungera som en slags kontrollfunktion, vilket i sin tur kan minska felutnyttjande. Det förekommer i dag att tandvård

⁹ Det statliga tandvårdsstödet – förbättrad information, kontroll och uppföljning, lagrådsremiss daterad 23 februari 2017.

rapporteras in och stödets nyttjas för patienter som inte besökt mottagningen ifråga. Med nuvarande ordning får patienten sannolikt reda på detta först när vederbörande själv faktiskt går till tandläkaren, vilket kan vara långt efter att den icke utförda vården felaktigt rapporterats in. Som redan nämnts har det under en längre tid funnits planer på att föra in information rörande stödets nyttjande i Mina sidor. Detta skulle vara ett sätt öka chanserna att patienten blir varse denna typ av missbruk. Alla patienters högkostnadsskydd och inrapporterade patientbesök borde därför vara lätt tillgängliga för patienterna via Mina sidor. Alternativt ett automatiskt utskick varje år till alla som varit hos tandläkaren, ungefär som vid utnyttjande av ROT-avdraget. Det skulle nå många fler än de som är aktiva och själva går in på Försäkringskassan.se. Det är förstås en kostnad förknippat med detta som måste vägas mot de sannolikt positiva effekter som skulle kunna uppnås.

Mer riktade och träffsäkra kontroller, även innan utbetalning, genom att nyttja de möjligheter till datamining som kombinationen ”all data” och modern teknik ger

Det görs i dag väsentligt färre efterhandskontroller än för några år sedan, vilket förklaras av en kombination av en ändrad inriktning mot mer riktade och fördjupande efterhandskontroller, andra typer av utredningar samt minskade resurser. Denna inriktning – mot mer riskbaserade och träffsäkra kontroller – bör förstärkas genom att i högre grad än i dag basera kontrollerna på analyser över avvikelser från normalbeteendet i olika avseenden. Kontroller bör också göras i större utsträckning innan utbetalning sker – utifrån flaggor etc., som skisserades i det föregående. Till grund för att på ett effektivt sätt kunna göra dessa avvikelseanalyser bör analyskapaciteten såväl tekniskt som personellt stärkas.

Utvecklad samverkan med andra myndigheter, t.ex. Polisen, SKV, IVO m.fl. behövs

Det saknas i dag ett tillräckligt väl fungerande kunskaps- och informationsutbyte och samarbete med andra myndigheter för att kunna återkoppla erfarenheter från kontrollarbetet kring tillämpningen av regelverket m.m. och för att kunna följa upp misstankar om oegentligheter och för att kunna lagföra de som missbrukar försäkringen. Samverkan försvåras också av den sekretess som finns mellan myndigheterna gällande utbytet av information. Kunskapsluckor gällande tandvårdsstödet och dess regelverk inom polis och åklagarväsendet bedöms vara en bidragande orsak till de polisanmälningar som görs sällan leder till fällande domar eller ens åtal.

Slutsatser, möjliga åtgärder och vägen framåt

I den här rapporten har resultatet av en översyn av Försäkringskassans arbete med att motverka felaktiga utbetalningar av det statliga tandvårdsstödet redovisats. I det här avslutade kapitlet presenteras översynens övergripande slutsatser jämte ett antal möjliga åtgärder för att komma tillrätta med de brister och problem som har identifierats. Kapitlet avslutas med att peka på den sammanhållna plan för Försäkringskassans arbete med att motverka felaktiga utbetalningar som nu håller på att tas fram.

Slutsatser

På en övergripande nivå syns inga tydliga tecken på tandvårdsstödet överutnyttjas

Den övergripande statistiska analys av det statliga tandvårdsstödet nyttjande som genomförts inom ramen för den här översynen visar på ett ganska statiskt system. Utbetalningarna av statligt tandvårdsstöd har t.ex. i termer av fasta priser legat mer eller mindre konstant sedan det infördes år 2008, både aggregerat och per patient. Detsamma gäller de rapporterade åtgärderna, som inte heller ökat nämnvärt. Denna utveckling gör att tandvårdsstödet skiljer sig från två andra socialförsäkringsförmåner, assistansersättningen och tillfällig föräldrapenning, där överutnyttjande och oegentligheter också bedöms förekomma. Båda dessa förmåner har haft en kostnadsutveckling som har väckt misstankar om att överutnyttjande och missbruk är bidragande orsaker till ökande kostnader. Att kostnadsutvecklingen för tandvårdsstödet inte haft denna utveckling beror sannolikt på flera olika faktorer. För det första på att högst sannolikt den absoluta merparten av tandläkarna och tandhygienisterna är seriösa och fullgör sina skyldigheter enligt regelverket, vilket inbegriper att korrekt rapportera in den vård som utförts. För det andra på att de olika typer av efterhandskontroller och informationsinsatser som Försäkringskassan kontinuerligt genomfört och genomfört sedan systemets införande sannolikt haft en viss preventiv effekt och hållit de incitament till överutnyttjande som systemet bedöms erbjuda i schack.

Svårt att i dagsläget fastställa hur stort problemet med felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd är

Att tandstödet användning på övergripande nivå inte förändrats i någon större utsträckning sedan införandet 2008 säger ingenting om hur många av utbetalningarna som är felaktiga. För att kunna fastställa detta krävs att de efterhandskontroller som görs genomförs på ett sätt som gör det möjligt att generalisera resultatet. Detta har hittills under de snart nio år som tandvårdsstödet varit i bruk gjorts endast en gång, på basis av efterhandskontroller

som genomfördes i en specifik granskning under 2015. Denna visade att andelen felaktiga utbetalningar uppgick till mellan cirka 2 till 3,5 procent, motsvarande 104–178 miljoner kronor. Hur det ser ut i dag, om resultatet är bättre eller sämre går, inte att säga. Det som går att säga på basis av de många efterhandskontroller som Försäkringskassan gjort sedan år 2012 – riktade respektive slumpmässiga kontroller – är att resultatet i termer av andelen korrigerade ärenden inte har förändrats utan ligger stadigt kring cirka sex procent. För att kunna bedöma resultatet av Försäkringskassans insatser för att motverka felaktiga utbetalningar av tandvårdsstödet skulle kontinuerliga slumpmässiga efterhandskontroller som det går att generalisera utifrån behöva genomföras.

Klart är dock att Försäkringskassan inte har lyckats förhindra oseriösa vårdgivare från att missbruka systemet

Att det finns vårdgivare som bedöms ha satt i system att på olika sätt och i olika grad missbruka det statliga tandvårdsstödet för ekonomisk vinnings skull står klart. Om det vittnar bland annat de kontrollutredningar och de polisanmälningar som myndigheten gjort. Över tid har arbetet med efterhandskontroller och kontrollutredningar, och på senare tid användningen av de s.k. riskprofilerna, gjort att kunskapen om dessa mindre seriösa behandlare har växt. I dag anser sig Försäkringskassan ha relativt god kunskap om vilka dessa vårdgivare är, vilket dock inte betyder att det inte kan finnas oseriösa behandlare anslutna till systemet som i dagsläget går under radarn. En slutsats som kan dras rörande detta är att de kontrollinsatser som Försäkringskassan genomfört inte har förmått förhindra oseriösa vårdgivare från att missbruka systemet.

Det har hittills varit svårt för Försäkringskassan att komma till rätta med oseriösa vårdgivare som utnyttjar tandvårdsstödet på felaktigt sätt, en situation som dock kan komma att förändras

Det största upplevda problemet gällande dessa bedömt oseriösa aktörer är svårigheten att på något verkningfullt sätt dels kunna förhindra att de kommer in i systemet från första början, dels stoppa dem från att få ut ersättning på felaktiga grunder. De sanktioner i form av innehållande av ersättning och förhandsprövning som finns – och varav den förstnämnda används mycket mer frekvent än tidigare – bedöms både otillräckliga och mycket resurskrävande att använda. En möjlighet att kunna neka bedömt oseriösa vårdgivare anslutning till det elektroniska systemet respektive kunna avansluta bedömt oseriösa aktörer från systemet är åtgärder som skulle behövas för att mer verkningfullt kunna få bukt med problemet.

Det ska dock poängteras att regeringens förslag som nu är ute på remiss rörande att göra sanktionerna förhandsprövning respektive innehållande av ersättning mer träffsäkra och mindre resurskrävande torde innebära att möjligheterna att komma till rätta med vårdgivare som upprepat underlåter att leva upp till lagstiftningens krav förbättras. I korthet innebär dessa förslag att de befintliga sanktionerna kan användas mer specifikt, mot enskilda behandlare, vilket bedöms göra de träffsäkrare och mindre resurskrävande. Det är viktigt att Försäkringskassan – i det fall förslaget

realiseras – använder sanktionerna så att deras verkan kan utvärderas och en bedömning kan göras i vilken utsträckning de bidraget till att åtgärda de problem som finns.

En slutsats från denna översyn är vidare att det kan finnas en hittills oanvänd möjlighet att kunna avansluta oseriösa vårdgivare via Försäkringskassans bemyndigande att utfärda föreskrifter om bland annat anslutning till det elektroniska systemet. Under alla omständigheter bör Försäkringskassan verka för att det pågående arbetet med att se över förordningen om statligt tandvårdsstöd resulterar i en möjlighet för myndigheten att kunna avansluta oseriösa vårdgivare från att kunna rapportera in vård i det elektroniska systemet.

Risk för att många felaktiga utbetalningar aldrig upptäckts

Varje år registreras drygt 10 miljoner patientbesök i det elektroniska systemet varav cirka en procent kontrolleras i efterhand. De återkrav som görs på basis av de efterhandskontroller som gjorts de senaste åren ligger i häradet 12–24 miljoner kronor. Detta är väsentligt mindre än tidigare nämnda uppskattningen att de felaktiga utbetalningarna uppgår till 104–178 miljoner kronor per år. En uppenbar konsekvens av detta är att merparten av de felaktiga utbetalningar som görs sannolikt inte upptäckts. Noterbart här är att återkraven de senaste året har minskat markant, vilket delvis är ett resultat av att antalet efterhandskontroller har minskat i kombination med att det s.k. bedömningsutrymmet tillämpas. Omständigheten att många felaktiga utbetalningar sannolikt inte upptäcks har hittills inte uppmärksamats i tillräcklig grad och föranleder en vidare analys.

Inriktningen på kontrollarbetet bedöms riktig...

Såväl inriktningen som antalet efterhandskontroller av utbetald ersättning som Försäkringskassan gör har ändrats över tid. Det görs i dag väsentligt färre efterhandskontroller än tidigare – mer än en halvering på tre år – och de kontroller som görs är genomgående mer riskbaserade, dvs. de inriktas på mottagningar, behandlare eller åtgärder där risk för felaktigheter bedöms som relativt stora. Inriktningen är också mot ett mer fördjupat utredningsarbete. Denna inriktning mot mer riskbaserade och fördjupade utredningar bedöms vara principiellt riktig. Det ska dock framhållas att det i ännu så länge inte går att se några tydliga tecken på att det förändrade arbetssättet påverkar de resultat som uppnås, åtminstone inte de resultat som går att observera i termer av antalet kontrollutredningar, antalet polisanmälningar och återkrävda belopp. Detta bedöms delvis bero på de svårigheter som Försäkringskassan har att med befintliga verktyg komma till rätta med vissa oseriösa vårdgivare som avsiktligt missbrukar tandvårdsstödet.

... men kan utvecklas på flera sätt

Översynen har identifierat ett flertal områden som skulle behöva utvecklas för att målet att minimera de felaktiga utbetalningarna av statligt tandvårdsstöd ska kunna nås. Flera av dessa förslag har tidigare förts fram men inte realiserats. De områden det handlar om är:

1. Ytterligare förstärkta insatser vid anslutningen till systemet

Översynen har identifierat anslutningen till systemet som central för att kunna förebygga felaktiga utbetalningar. Dels genom att kunna förhindra att oseriösa vårdgivare ansluts till systemet, dels genom att förse nya vårdgivare med information om vilka krav som ställs m.m. Framför allt den förstnämnda aspekten är viktig att fortsätta att utveckla.

2. Utveckling av det elektroniska systemet

Som redan nämnts förblir sannolikt en majoritet av de felaktiga utbetalningarna upptäckta. Givet att det är högst osannolikt att resurserna för att genomföra efterhandskontroller kommer att öka markant talar det mesta för att vägen framåt för att kunna identifiera och stoppa felaktiga utbetalningar är att dra större nytta av de möjligheter som data och allt mer kraftfulla IT-verktyg ger. Här kan vi konstatera att Försäkringskassan ännu så länge inte dragit full nytta av de möjligheter som tekniken erbjuder. För att ta ett exempel använder sig banker och kreditkortsföretag i dag av program som kontinuerligt i realtid identifierar misstänkta betalningar eller uttag i syfte att kunna stoppa misstänkta bedrägerier. Denna möjlighet till realtidsanalyser har Försäkringskassan ännu så länge inte använt sig av inom det statliga tandvårdssystemet, trots att förutsättningarna får bedömas som goda givet att Försäkringskassan äger själva systemet och lagrar allting som sker i systemet i form av inrapporteringar och utbetalningar. Det är också angeläget att utveckla spårbarheten i det elektroniska systemet, både gällande kopplingen mellan rapportering i systemet till utbetalning och gällande att kunna följa upp effekten av genomförda insatser i kontrollarbetet.

3. Slumpmässiga efterhandskontroller som är möjliga att dra slutsatser om helheten ifrån

Ett förslag som framförts under lång tid är att kontinuerligt genomföra stickprovsbaserade efterhandskontroller. Det är angeläget att få till stånd detta både för att kunna följa upp effekten av kontrollarbetet och för att mer systematiskt öka kunskapen om var felaktigheter förekommer.

4. Förtydligad normering

Under arbetet med översynen har det framkommit flera potentiella brister i Försäkringskassans normering, dvs. syn på hur regelverket ska tillämpas. Generellt gäller att normeringen är för tillåtande och gynnsam för vårdgivare som begår felaktigheter. Detta är bekymmersamt på flera sätt. Dels för att risken eller omakett ett felaktigt beteende renderar är litet, vilket inte kan förväntas leda till att beteendet förbättras. Dels, vilket är allvarigare, för att den tillåtande normeringen riskerar att försvåra möjligheterna att framgångsrikt driva ärenden i domstol. Normeringen behöver därför ses över.

5. Ett stärkt patientperspektiv

Det statliga tandvårdssystemet är en speciell socialförsäkringsförmån i den meningen att den syftar till att förbättra de ekonomiska möjligheterna för medborgarna att erhålla tandvård samtidigt som den myndighet som har till uppgift att administrera och betala ut stödet har en relation till de som utför tandvården. Detta förhållande gör naturligen att Försäkringskassans ansträngningar handlar om att få relationen till vårdgivare att fungera effektivt och rättssäkert. En konsekvens av detta är emellertid att medborgaren eller patienten riskerar att komma i skymundan, vilket också skett i viss utsträckning. Ett exempel på att detta skett är att patienterna inte regelmässigt informeras i det fall en felaktig utbetalning upptäckts som sannolikt inneburit att han eller hon betalat en för hög patientavgift. Ett annat exempel är att information om tandvårdsstödet och nyttjandet av detta ännu inte införts i Mina sidor trots att detta förts fram för ett flertal år sedan.

6. Utökad samverkan såväl internt inom myndigheten som externt med andra berörda myndigheter

Det är viktigt att fortsätta och fördjupa den samverkan som har utvecklats mellan olika delar av Försäkringskassan gällande hur kontrollarbetet och de brottsförebyggande insatserna mest effektivt ska bedrivas. De är också centralt att lärdomar från de pågående polisutredningarna gällande misstänkta bedrägerier med statligt tandvårdsstöd tas till vara och används för att utveckla verksamheten. Sist men inte minst behöver den pågående myndighetssamverkan med framför allt Polisen och IVO fortsätta att utvecklas.

Förslag på möjliga åtgärder

På basis av de övergripande slutsatserna lämnas följande förslag på möjliga åtgärder för hur verksamheten kan utvecklas. Dessa är:

Utveckla det elektroniska systemet

Det elektroniska systemet är utan tvekan den viktigaste komponenten i Försäkringskassans administration av det statliga tandvårdsstödet. Ju bättre detta fungerar gällande att stoppa felaktiga inrapporteringar desto färre felaktiga utbetalningar kommer att göras. Här finns som tidigare konstaterats ett flertal förbättringsmöjligheter. Förslag på möjliga åtgärder är att

- åtgärda de viktigaste bristerna som har identifierats i Tandem
- utreda möjligheten att bygga in fler spärrar i systemet som dels skulle omöjliggöra vissa rapporteringar av överutnyttjandekarakterer som i dag förekommer, som dels skulle kunna baseras på ett onormalt rapporteringsmönster och ”flagga upp” misstänkta ärenden för kontroll innan utbetalning
- öka spårbarheten från inrapportering till utbetalning respektive möjligheterna att kunna följa upp effekten av genomförda efterhandskontroller
- föra över tandvårdsstödet utbetalningar till det ordinarie SAP-baserade utbetalningssystemet där över 99 procent av alla Försäkringskassans utbetalningar görs.

Verka för att Försäkringskassan får möjligheter att neka respektive avansluta vårdgivare från det elektroniska systemet

Den förmodligen enskilt viktigaste åtgärden för att komma tillrätta med de oseriösa vårdgivare som missbrukar det statliga tandvårdsstödet är att skapa en möjlighet för Försäkringskassan att neka en vårdgivare anslutning till systemet respektive kunna avansluta en vårdgivare från systemet. Det är frånvaron av denna möjlighet som i stor utsträckning bidragit till att oseriösa vårdgivare kommit in i det statliga tandvårdssystemet. Förslag på åtgärder är därför att

- utreda närmare den möjlighet att kunna använda bemyndigandet att utfärda mer detaljerade regler för anslutning till det elektroniska systemet som identifierats inom ramen för denna översyn
- ha en nära dialog med Regeringskansliets pågående utredning om behovet att revidera förordningen om statligt tandvårdsstöd, där ovanstående förslag kan vara ett konkret inspel.

Satsa på ett mer proaktivt och lärande kontrollarbete

Den inriktningsförskjutning som under åren ägt rum mot mer riskbaserade efterhandskontroller respektive mer fördjupade utredningar och kontrollutredningar bedöms vara riktig. Denna inriktning och detta arbete bedöms kunna utvecklas ytterligare genom att

- klargöra att målet med Försäkringskassans kontrollarbete ska vara att så långt det är möjligt säkerställa att de utbetalningar som görs är riktiga, vilket betyder att omfattningen av antalet felaktiga utbetalningar framför allt monetärt ska minimeras
- utveckla utredningen och informationen i samband med anslutning till det elektroniska systemet
- arbeta utifrån premissen att de kontroller som görs i så stor utsträckning som möjligt ska förhindra att felaktiga utbetalningar görs från första början
- basera detta proaktiva arbete på kunskap om ”normal” respektive ”onormal” rapportering i systemet jämfört med den kunskap som i dag finns rörande vårdgivares, mottagningars samt behandlarens historiska beteende
- använda modern teknik för att kontinuerligt följa upp alla vårdgivares, mottagningars respektive behandlars rapportering i syfte att tidigt upptäcka avvikande mönster som kan tyda på felaktigheter av olika slag
- genomför åtminstone en stor årlig stickprovsbaserad efterhandskontroll i enlighet med den som genomfördes år 2015 inom ramen för regeringsuppdraget. För att Försäkringskassan säkrare kunna uttala sig om i vilken utsträckning felaktiga utbetalningar förekommer, hur de ser ut, och inte minst om arbetet med att motverka de felaktiga utbetalningarna ger önskvärt resultat måste dylika undersökningar kontinuerligt genomföras

- utveckla förutsättningarna för analys och kapaciteten för denna genom fortsatt utveckling av riskprofilerna, genom att förse verksamheten med analys- och visualiseringsverktyg som kan användas vid kontrollutredningar, vid uppföljning av nyanslutna vårdgivare m.m.
- omfördela resurserna i verksamheten så att mer resurser läggs på att förhindra att felaktiga utbetalningar görs, vilket kräver att kontroller av misstänkta inrapporteringar görs innan utbetalning (i likhet med de innehållande som i dag görs), och mer resurser läggs på att utreda ”värstingarna”. I praktiken innebär det grovt en uppdelning i tre typer av efterhandskontroller: kontroller innan utbetalning, kontroller i samband med kontrollutredningar och en eller två slumpmässiga kontroller
- befästa och utveckla den pågående myndighetens samverkan kring de misstänkt kriminella vårdgivarna och föra in dessa i rättskedjan samt dra nytta av de lärdomar som görs i de pågående polisärendena.

Förbättra information till patienterna

Ett annan IT-relaterad åtgärd som är angelägen att genomföra är att föra in information om tandvårdsstödet användning i Mina sidor. Denna åtgärd, som har varit på förslag i ett antal år utan att ha realiserats, skulle sannolikt både kunna förbättra informationen om tandvårdsstödet rent allmänt, vilket regeringen anser är önskvärt, och öka möjligheterna att upptäcka bedrägerier som baseras på att vård ovetandes rapporteras in för patienter. Denna informationskanal skulle också kunna användas för att notifiera patienterna i de fall Försäkringskassan ”rättar ner” en för dyr åtgärd till en billigare och där patienten sannolikt betalat en för hög patientavgift.

Vägen framåt – en sammanhållen plan för administrationen av det statliga tandvårdsstödet i syfte att motverka felaktiga utbetalningar

Det har under arbetet med översynen blivit tydligt att Försäkringskassan behöver ta fram sammanhållen plan för hur arbetet med att motverka felaktiga utbetalningar av det statliga tandvårdsstödet ska bedrivas framgent. En sådan plan håller nu på att tas fram. Till grund för planen ligger dels de insikter och förslag som översynen genererat, dels redan pågående utvecklingsarbete.

Referenser

Inspektionen för socialförsäkringen (2011:18), Kontrollen av tandvårdsstödet

SOU (2007:19) Friskare tänder till rimliga kostnader

SOU (2015:76), Ett starkare tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2017:

- 2017:1 En sjukförsäkring att lita på? Rapport från forskarseminarium i Umeå 14–15 januari 2015
- 2017:2 Arbetslivet och socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 13–14 januari 2016
- 2017:3 Sjukskrivningsmönster. Skillnader mellan län, kommuner och vårdenheter
- 2017:4 Assistansersättningens utveckling
- 2017:5 Effektutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning
- 2017:6 Migration och socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 18–19 januari 2017
- 2017:7 Sjukfrånvaro efter invandring. Utrikes föddas tillgång till och nyttjande av sjukpenning
- 2017:8 Avslag inom assistansersättningen. Hur kan vi förstå den senaste tidens ökning?
- 2017:9 Barnhushållens ekonomi. Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken 2017
- 2017:10 Hur kan Försäkringskassan bli bättre på att motverka överutnyttjande och bedrägeri med statligt tandvårdsstöd? Analys och förslag