



Statligt tandvårdsstöd

En vägledning är i första hand ett stöd för Försäkringskassans medarbetare vid ärendehandläggning och utbildning. Den innehåller en samlad information om vad som gäller på det aktuella området, uppdelat på tillämpnings- och metodstödsavsnitt.

En vägledning kan innehålla beskrivningar av

- författningsbestämmelser
- allmänna råd
- förarbeten
- rättspraxis
- JO:s beslut.

En vägledning kan även innehålla beskrivningar av hur man ska handlägga ärenden på det aktuella området och vilka metoder som då ska användas.

Vägledningarna uppdateras fortlöpande. Ändringar arbetas in i den elektroniska versionen. Den elektroniska versionen hittar du på [www.forsakringskassan.se/Om Försäkringskassan/Dina rättigheter och skyldigheter/Vägledningar och rättsliga ställningstaganden – Vägledningar](http://www.forsakringskassan.se/Om_Forsakringskassan/Dina_rattigheter_och_skyldigheter/Vagledningar_och_rattsliga_stallningstaganden_-_Vagledningar).

Du som arbetar på Försäkringskassan hittar dem också på Fia.

Upplysningar: Försäkringskassan
Rättsavdelningen

Beslutad 2022-08-18

Innehåll

Förkortningar	7
Sammanfattning	8
Läsanvisningar	9
1 Statligt tandvårdsstöd	10
1.1 Tandvårdsstödet syfte	10
1.2 Stödets uppbyggnad	10
1.2.1 <i>Tandvårdsbidrag</i>	11
1.2.2 <i>Högekostnadsskydd</i>	11
1.2.3 <i>Abonnemangstandvård</i>	12
1.3 Vårdgivarens roll	12
1.4 Den försäkrades roll	13
1.5 Rätten till statligt tandvårdsstöd	13
1.6 Försäkringskassans ansvar	13
1.6.1 <i>Utredningsskyldighet och bevisbörda</i>	14
1.6.2 <i>Beslut till kund</i>	14
1.7 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)	15
1.7.1 <i>Ersättningsberättigande tandvård</i>	15
1.7.2 <i>Tandvård som inte är ersättningsberättigande</i>	15
1.8 Regionens ansvarsområde	16
1.9 Socialstyrelsen	16
1.10 Inspektionen för vård och omsorg	16
2 Vårdgivaren	18
2.1 Vem är vårdgivare?	18
2.2 Anslutning till det elektroniska systemet	18
2.2.1 <i>Ansökan om anslutning till det elektroniska systemet</i>	19
2.2.2 <i>Utredning innan anslutning</i>	20
2.2.3 <i>Personer med väsentligt inflytande</i>	20
2.2.4 <i>Neka anslutning</i>	22
2.2.5 <i>Datum för anslutning</i>	23
2.2.6 <i>Övertagande av befintlig verksamhet</i>	23
2.2.7 <i>Vid ombildande av bolagsform</i>	24
2.2.8 <i>Ändrade uppgifter efter anslutning</i>	24
2.3 Avsluta anslutning	24
2.3.1 <i>När vårdgivarens F-skatt återkallats</i>	25
2.3.2 <i>När personer tillkommit hos en vårdgivare eller när vårdgivaren allvarligt åsidosatt sina åtaganden</i>	25
2.4 Roller och behörigheter i Försäkringskassans elektroniska system	25
2.4.1 <i>Kontaktperson för vårdgivaren</i>	26
2.4.2 <i>Kontaktperson för mottagningen</i>	26
2.4.3 <i>Vårdgivaradministratör</i>	26
2.4.4 <i>Mottagningsadministratör</i>	26
2.4.5 <i>Normalanvändare</i>	27
2.4.6 <i>Delegering av tandvårdsbehandling</i>	27
2.4.7 <i>Tandvård utförd av studerande</i>	27
2.5 Vårdgivarens ansvar mot patienten	27
2.5.1 <i>Prislista</i>	28

2.5.2	<i>Skriftlig prisuppgift och behandlingsplan</i>	28
2.5.3	<i>Kvitto</i>	29
2.5.4	<i>Undersökningsprotokoll</i>	29
2.5.5	<i>Kallelse till ny undersökning</i>	29
2.5.6	<i>Vårdgivarens skyldighet att informera om behandling som inte är ersättningsberättigande</i>	29
2.6	<i>Vårdgivarens ansvar mot Försäkringskassan</i>	30
2.6.1	<i>Vårdgivarens uppgiftsskyldighet</i>	30
2.6.2	<i>Rapportering till Försäkringskassan</i>	31
2.6.3	<i>Vårdgivaren ansvarar för korrekt ersättning</i>	31
2.6.4	<i>Kontroll</i>	32
2.6.5	<i>Återbetalningsskyldighet</i>	32
3	Vem har rätt till statligt tandvårdsstöd?	33
3.1	<i>Rätt till statligt tandvårdsstöd i Sverige</i>	33
3.2	<i>Rätt till tandvård i Sverige och andra länder enligt olika regelverk</i>	34
3.2.1	<i>Tandvård enligt förordning 883/2004</i>	34
3.2.2	<i>Nordiska konventionen om social trygghet</i>	34
3.2.3	<i>Tandvård enligt avtal om social trygghet</i>	35
3.3	<i>Rätt till ersättning med stöd av mer än ett regelverk</i>	35
3.4	<i>Metodstöd – att bedöma behov av intyg för rätt till tandvårdsstöd</i>	36
3.4.1	<i>Personer som vistas tillfälligt i Sverige</i>	36
3.4.2	<i>Studerande</i>	36
3.4.3	<i>Pensionärer</i>	37
3.4.4	<i>Personer som bor och arbetar i olika länder</i>	37
3.4.5	<i>Personer som enligt EU-rätten anses bosatta i Sverige utan att vara folkbokförda</i>	38
3.5	<i>Särskilda rättigheter för vissa grupper</i>	38
3.5.1	<i>Personer som omfattas av EU:s tjänsteföreskrifter</i>	38
3.5.2	<i>Asylsökande</i>	38
3.5.3	<i>Personer som vistas i Sverige utan tillstånd</i>	39
3.5.4	<i>Hiv-smittade inom den svenska hälso- och sjukvården</i>	39
3.5.5	<i>Totalförsvarspliktiga</i>	39
3.5.6	<i>Omhändertagna</i>	39
3.5.7	<i>Arbetskada</i>	39
4	Beräkning och utbetalning	41
4.1	<i>Allmänt tandvårdsbidrag</i>	41
4.2	<i>Tandvårdsbidrag som ett tillgodohavande</i>	42
4.2.1	<i>Tandvårdsbidrag i förhållande till tandvårdsersättning</i>	42
4.2.2	<i>Tandvårdsbidrag som använts av en annan vårdgivare</i>	42
4.2.3	<i>Tandvårdsbidrag som används för betalning av avtal om abonnemangstandvård</i>	42
4.3	<i>Särskilt tandvårdsbidrag</i>	42
4.3.1	<i>Sjukdomar eller funktionsnedsättningar som ger rätt till särskilt tandvårdsbidrag</i>	43
4.3.2	<i>Vårdgivaren bedömer rätten till särskilt tandvårdsbidrag</i>	43
4.3.3	<i>Förhandsprövning av rätten till särskilt tandvårdsbidrag</i>	43
4.4	<i>Högekostnadsskydd</i>	44
4.4.1	<i>Beräkning av tandvårdsersättning</i>	44
4.4.2	<i>Referenspriser</i>	45

4.4.3	Om vårdgivaren har ett annat pris än referenspriset	45
4.4.4	Ersättningsperioden	46
4.4.5	Prisberäkning vid tandvårdsbidrag	47
4.4.6	Vårdgivaren får uppgifter från Försäkringskassan	48
4.5	Sent inkommen begäran om ersättning	49
4.5.1	Särskilda skäl	49
4.5.2	Högekostnadsskydd och tandvårdsbidrag vid sen inrapportering	51
4.6	Abonnemangstandvård	51
4.6.1	Abonnemangsavtal	52
4.6.2	BTB Avtal	52
4.6.3	Abonnemangsavtal i förhållande till tandvårdsersättning	52
4.6.4	Rapportering av abonnemangsavtal	53
4.6.5	Vårdgivaren avslutar ett abonnemangsavtal	53
4.6.6	Metodstöd – att avsluta ett abonnemangsavtal och utreda kopplade BTB Avtal	54
5	Efterhandskontroller	57
5.1	Syfte med efterhandskontroller	57
5.2	Urval vid efterhandskontroller	57
5.3	Gällande bestämmelser	58
5.4	Vad innebär en efterhandskontroll?	58
5.5	Vilken dokumentation krävs av vårdgivaren?	59
5.5.1	Patientens kostnad	59
5.5.2	När vårdgivaren saknar underlag	65
5.5.3	Patientjournal på engelska	65
5.6	Försäkringskassans utredning	65
5.6.1	Remiss och specialisttandvård	66
5.6.2	Brister i underlaget som inte ska leda till beslut om återbetalning	66
5.6.3	Metodstöd – att utreda patientens kostnad för tandvård som rapporterats in	67
5.7	Efterhandskontroll av särskilt tandvårdsbidrag	70
5.8	Beslut om återkrav	70
5.8.1	Impuls vid misstanke om allvarliga brister	71
6	Försäkringsodontologisk rådgivare	72
6.1	Den försäkringsodontologiska rådgivarens roll	72
6.1.1	Odontologiskt sakkunnig	72
6.2	Konsultation	72
6.2.1	Dokumentation vid konsultation	73
6.2.2	Generella frågor	73
6.2.3	Gruppdiskussioner	73
6.3	Skriftligt yttrande	74
6.3.1	Metodstöd – att skriva yttrande	74
6.4	Impuls för överlämnande av uppgifter till Inspektionen för vård och omsorg	76
7	Omgörning av protetiska arbeten	77
7.1	Behov av omgörning och rätten till ersättning	77
7.2	Omgörning – av samma vårdgivare	77
7.3	Omgörning – av en annan vårdgivare	78
7.4	Undantag från omgörningsreglerna	78
7.5	Ansökan om förhandsprövning	79
7.5.1	Ansökan om förhandsprövning vid undantag	79

7.5.2	<i>Ansökan om förhandsprövning vid omgörning</i>	79
7.6	Begäran om ersättning efter godkänd förhandsprövning.....	79
7.7	Beräkning av ersättning efter godkänd förhandsprövning	80
7.7.1	<i>Ersättningsberäkning vid undantag</i>	80
7.7.2	<i>Ersättningsberäkning vid omgörning – av annan vårdgivare</i>	80
7.7.3	<i>Metodstöd – att återkräva ersättning vid omgörning av annan vårdgivare</i>	81
7.8	Mer omfattande behandling vid omgörning – av annan vårdgivare.....	82
7.9	Olika situationer vid undantag eller omgörning.....	83
7.9.1	<i>Samma vårdgivare gör om behandlingen</i>	84
7.9.2	<i>Annan vårdgivare gör om behandlingen</i>	85
8	Sanktioner	86
8.1	Försäkringskassans sanktionsmöjligheter	86
8.2	Utredning vid misstanke om avsiktliga fel	87
8.2.1	<i>Information till vårdgivaren</i>	87
8.2.2	<i>Information till patienten</i>	87
8.3	Innehållande av tandvårdsersättning	88
8.3.1	<i>Beslutsprocessen vid innehållande</i>	88
8.3.2	<i>Begäran om ersättning vid innehållande</i>	89
8.4	Föreläggande om förhandsprövning	89
8.4.1	<i>Beslut om föreläggande</i>	90
8.4.2	<i>Ansökan om förhandsprövning och begäran om ersättning</i>	90
8.4.3	<i>Ansökan om förhandsprövning efter att behandlingen påbörjats</i>	91
9	Omprövning och överklagan av beslut	92
9.1	Att begära omprövning av beslut	92
9.2	Anslutning och upphörande av anslutning	92
9.3	Sent inkommen begäran om ersättning	92
9.4	Återkrav av felaktigt utbetald ersättning	92
9.5	Innehållande av ersättning	92
9.6	Föreläggande om förhandsprövning	93
9.7	Förhandsprövning vid omgörning.....	93
9.7.1	<i>Återkrav efter förhandsprövning vid omgörning</i>	93
9.8	Förhandsprövning av särskilt tandvårdsbidrag	93
9.9	Besluts verkställighet och inhibition	93
	Källförteckning	94
Bilaga	Tandnummer i båda käkarna	97

Förkortningar

Förkortning	Förklaring
EES	Europeiska ekonomiska Samarbetsområdet
EU	Europeiska Unionen
EUF	Fördraget om den Europeiska unionens funktionssätt
FKFS	Försäkringskassans författningssamling
Förordning 1408/71	Rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen.
Förordning 883/2004	Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen
Förordning 987/2009	Europaparlamentets och rådets förordning (EG) 987/2009 av den 16 september 2009 om tillämpningsbestämmelser till förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen
HSAN	Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
Prop.	Regeringens proposition
RFFS	Riksförsäkringsverkets föreskrifter
SFB	Socialförsäkringsbalken (2010:110)
SFS	Svensk författningssamling
SOSFS 2004:11	Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.
HSLF-FS 2016:40	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
SOSFS 2012:16	Socialstyrelsens föreskrifter om särskilt tandvårdsbidrag
STF	Förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd
STL	Lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd
TLV	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
TLVFS	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (2008:1) om statligt tandvårdsstöd
TPVFS	Totalförsvarets pliktverks föreskrifter
TvL	Tandvårdslagen (1985:125)

Sammanfattning

Denna vägledning beskriver det statliga tandvårdsstöd som trädde i kraft den 1 juli 2008.

Det statliga tandvårdsstödet regleras i följande författningar:

- lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd (STL)
- förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd (STF)
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd
- Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2008:6) om statligt tandvårdsstöd
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:16) om särskilt tandvårdsbidrag (STB).

De regler som beskrivs omfattar vilken tandvård som ger rätt till ersättning och vilka krav som ställs för att tandvårdsstöd ska lämnas.

Försäkringskassan betalar tandvårdsbidrag och tandvårdsersättning till vårdgivaren. Ersättningen kommer patienten till del genom att den dras av från den avgift patienten betalar till vårdgivaren.

Vägledningen innehåller också metodstöd för administrationen av det statliga tandvårdsstödet.

Vägledningen beskriver inte de skyldigheter och uppgifter som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har enligt andra författningar.

Läsanvisningar

Denna vägledning ska vara ett hjälpmedel för Försäkringskassans medarbetare i handläggningen. Den kan också vara ett stöd vid utbildning av Försäkringskassans personal.

Vägledningen redovisar och förklarar lagar och andra bestämmelser. Den redogör för de delar av lagens förarbeten som är särskilt viktiga för att förstå hur lagen ska tillämpas. Den redogör också för rättspraxis och för Försäkringskassans rättsliga ställningstaganden.

Vägledningen innehåller också en beskrivning av *hur* man ska handlägga ärenden och vilka metoder som då ska användas för att åstadkomma både effektivitet och kvalitet i handläggningen. Rubriken till sådana avsnitt inleds med ordet Metodstöd.

Hänvisningar

I vägledningen finns hänvisningar till lagar, förordningar, föreskrifter, allmänna råd, interna styrdokument, förarbeten, rättsfall, JO-beslut och andra vägledningar. Hänvisningen finns antingen angiven i löpande text eller inom parentes i direkt anslutning till den mening eller det stycke den avser.

I en bilaga till vägledningen finns en källförteckning som redovisar de lagar, förordningar, propositioner etc. som nämns i vägledningen.

Exempel

Vägledningen innehåller också exempel. De är komplement till beskrivningarna och åskådliggör hur en regel ska tillämpas.

Bilagor

Denna vägledning har reviderats. I en bilaga till vägledningen finns en historikbilaga. Den innehåller en kortfattad beskrivning av de sakliga ändringar som gjorts i respektive version av vägledningen. Genom att läsa historikinformationen får man en överblick över ändringarna i denna version av vägledningen. I vägledningen finns även en bilaga i form av en illustration över tandnummer i respektive käke.

Att hitta rätt i vägledningen

I vägledningen finns en innehållsförteckning och ett sakregister. Innehållsförteckningen är placerad först och ger en översiktspild av vägledningens kapitel och avsnitt. Vägledningen börjar med ett sammanfattande kapitel som beskriver det statliga tandvårdsstödet uppbyggnad.

Ett alfabetiskt sakregister finns sist i vägledningen och innehåller sökord med sidhänvisningar.

1 Statligt tandvårdsstöd

I det här kapitlet beskrivs syftet med det statliga tandvårdsstödet och stödets konstruktion. Kapitlet beskriver även vårdgivarens och de olika myndigheternas roller i tandvårdsstödet.

1.1 Tandvårdsstödet syfte

Målet med det statliga tandvårdsstödet är att förbättra befolkningens tandhälsa och att subventionera tandvården för dem som behöver det mest. För personer med inga eller små tandvårdsbehov ska tandvårdsstödet bidra till att bevara en god tandhälsa genom ett ekonomiskt stöd till förebyggande insatser. För personer med stora tandvårdsbehov ska skyddet mot höga kostnader i det statliga tandvårdsstödet göra det möjligt att få tandvård till en rimlig kostnad. (Prop. 2007/08:49, s. 48)

Tandvårdsstödet ska öka konkurrensen på tandvårdsmarknaden och stärka patientens ställning. Uppföljande statistik är möjlig genom det statliga tandvårdsstödet och krävs för att kunna visa utvecklingen av den svenska tandhälsan. Syftet är även att förbättra och utveckla styrningen av vilken tandvård som ska vara ersättningsberättigande.

Den tandvård som ersätts av tandvårdsstödet ska bevara munnens vävnader, det vill säga tänder, slemhinnor och käkben. Inriktningen är att av de möjliga behandlingsalternativen bör det alternativ som mest kostnadseffektivt löser vårdbehovet vara berättigande till tandvårdsersättning. (1 kap. 3 § STL och prop. 2007/08:49, s. 60)

1.2 Stödets uppbyggnad

Statligt tandvårdsstöd är det övergripande begreppet för statens bidrag till den enskildes tandvård och består av tre delar:

- allmänt tandvårdsbidrag
- särskilt tandvårdsbidrag
- högkostnadsskydd i form av tandvårdsersättning.

En person som är försäkrad för bosättningsbaserade förmåner, eller utan att vara bosatt här har rätt till förmåner som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, har rätt till statligt tandvårdsstöd från det år han eller hon fyller 24 år (1 kap. 4 och 5 § STL). I vägledning 2017:1 Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal beskrivs hur man avgör om någon är försäkrad för bosättningsbaserade förmåner. I kapitel 3 i den här vägledningen beskrivs vem som har rätt till det statliga tandvårdsstödet.

Tandvårdsbidrag finns i två former, allmänt och särskilt tandvårdsbidrag. Det allmänna tandvårdsbidraget gäller för alla försäkrade patienter. Det särskilda tandvårdsbidraget ges endast till vissa patientgrupper som har ett ökat behov av förebyggande tandvård.

Tandvårdsersättning är ersättningen som betalas ut med stöd av högkostnadsskyddet. Den beräknas på det lägsta av vårdgivarens pris och referenspriset för den utförda behandlingsåtgärden. Patientens tandvårdsersättning kan aldrig bli mer än en andel av referenspriset, eller vårdgivarens pris om det är lägre. Vårdgivarens pris kan skilja sig från referenspriset eftersom det är fri prissättning av tandvårdsbehandlingar.

Tandvårdsstödet betalas ut till vårdgivaren och patienten får ett avdrag på vårdgivarens pris motsvarande den tandvårdsersättning och de tandvårdsbidrag som betalas ut. Det

förutsätter att vårdgivaren är ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd.

Den tandvård som ersätts inom stödet innefattar två delar enligt 1 kap. 3 § STL. Den ena delen är förebyggande tandvård. Den andra delen gäller behandlingar som

- ger frihet från smärta eller sjukdomar
- ger förmåga att äta, tugga eller tala utan större hinder
- ger ett utseendemässigt godtagbart resultat.

Tandvårdsersättning betalas bara ut om patienten haft en kostnad för tandvård. Vissa vårdgivare erbjuder tandvård utan kostnad, även för patienter som har rätt till statligt tandvårdsstöd. Det betyder att tandvårdsersättning inte betalas ut för dessa patienter, eftersom de inte har haft någon kostnad för sin tandvård. Däremot kan både allmänt och särskilt tandvårdsbidrag betalas ut om vårdgivaren har utfört en åtgärd vars kostnad motsvarar bidraget. Det beror på att en patient som använt sitt tandvårdsbidrag för ersättningsberättigande åtgärder genom detta anses ha betalat för tandvården med en summa som motsvarar bidraget. Denna fråga har prövats av Kammarrätten i Sundsvall den 30 december 2019 i mål nr 1090-19 och 1150-19.

1.2.1 Tandvårdsbidrag

När både allmänt tandvårdsbidrag och särskilt tandvårdsbidrag avses benämns detta som tandvårdsbidrag.

Från och med den 1 juli det år man fyller 24 år får alla som har rätt till statligt tandvårdsstöd ett allmänt tandvårdsbidrag. Bidraget finns som ett tillgodohavande hos Försäkringskassan, med ett visst belopp reserverat för varje person och varje år. Det kan användas som betalning för alla åtgärder som ger rätt till ersättning.

Hur stort det allmänna tandvårdsbidraget är beror på personens ålder:

- Till och med det år personen fyller 29 och från och med det år han eller hon fyller 65, är bidraget 600 kronor per år.
- Från och med det år personen fyller 30 och till och med det år han eller hon fyller 64, är bidraget 300 kronor per år. (4 § STF)

Läs mer under avsnitt 4.1, *Allmänt tandvårdsbidrag*.

Särskilt tandvårdsbidrag betalas ut av Försäkringskassan för tandvård till patienter som har en sjukdom eller en funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa. Bidraget får användas för att betala förebyggande åtgärder som ger rätt till ersättning och även för att betala abonnemangstandvård. Bidraget tilldelas två gånger per år med 600 kronor och varje bidrag får användas under en period om högst sex månader (4 a–b § STF). Läs mer under avsnitt 4.3, *Särskilt tandvårdsbidrag*.

1.2.2 Högkostnadsskydd

I det statliga tandvårdsstödet finns ett högkostnadsskydd som är ett ekonomiskt stöd för patienter med stora tandvårdsbehov. Det innebär att staten subventionerar en del av kostnaderna för tandvården. Den ersättning som betalas ut med stöd av högkostnadsskyddet kallas tandvårdsersättning. För varje tandvårdsåtgärd som ingår i högkostnadsskyddet finns ett referenspris som tandvårdsersättningen beräknas utifrån. Men om vårdgivarens pris för den aktuella åtgärden är lägre ska det priset ligga till grund för beräkningen (2 kap. 4 § STL).

Patienten står själv för tandvårdskostnader som sammanlagt blir 3 000 kronor enligt referenspriset, eller vårdgivarpris om det är lägre, per ersättningsperiod. Därefter betalas tandvårdsersättning ut för

- 50 procent av kostnader som överstiger 3 000 kronor
- 85 procent av kostnader som överstiger 15 000 kronor.

Om vårdgivaren tar ut ett högre pris än referenspriset för någon åtgärd som ingår i behandlingen betalas inte tandvårdsersättning för den överskjutande delen. Patienten får alltså betala hela mellanskillnaden själv om vårdgivarens pris överstiger referenspriset.

Patienten får räkna ihop kostnaderna för utförda ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder inom högkostnadsskyddet under en ersättningsperiod. Ersättningsperioden är normalt tolv månader och börjar när en åtgärd som ingår i tandvårdsstödet blir klar. Efter det räknas kostnaderna för alla åtgärder som görs under ersättningsperioden in i högkostnadsskyddet. Patienten kan välja att påbörja en ny ersättningsperiod innan den tidigare har löpt ut (2 kap. 4 § STL).

Läs mer om högkostnadsskyddet i avsnitt 4.4, *Högkostnadsskydd*.

1.2.3 Abonnemangstandvård

En vårdgivare och en patient kan avtala om abonnemangstandvård. Ett avtal om abonnemangstandvård innebär att patienten betalar ett fast pris för viss tandvård, ofta i form av månadsbetalningar. Av 2 kap. 2 § STL framgår vad ett avtal om abonnemangstandvård ska innehålla för att berättiga till allmänt tandvårdsbidrag.

Tandvårdsbidrag får också användas för betalning av abonnemangstandvård. För att tandvårdsbidrag ska få användas till betalning av abonnemangstandvård ska kraven i 2 kap. 2 § STL vara uppfyllda. Läs mer under avsnitt 4.6, *Abonnemangstandvård*.

1.3 Vårdgivarens roll

Vårdgivare är termen för den fysiska eller juridiska person som yrkesmässigt bedriver tandvård (1 kap. 2 § STL). För att tandvårdsstöd ska kunna betalas ut måste vårdgivaren vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd (3 kap. 1 § STL). All begäran om ersättning görs via det elektroniska systemet.

Anslutning till Försäkringskassans elektroniska system innebär att vårdgivaren är ansvarig för att reglerna i tandvårdsstödet följs. Vårdgivaren är skyldig att lämna uppgifter till Försäkringskassan och att rapportera utförd tandvård. För att kunna anslutas måste vårdgivaren själv vara legitimerad tandläkare eller tandhygienist eller ha minst en legitimerad tandläkare eller tandhygienist anställd (18 § STF).

Vårdgivaren har en skyldighet att lämna uppgifter till Försäkringskassan om sina patienters tandhälsa, utförda ersättningsåtgärder, aktuella priser för de ersättningsberättigande åtgärder som utförts och information om eventuella avtal om abonnemangstandvård. Uppgifterna behövs för uppföljning och statistik och för beräkning av statligt tandvårdsstöd. Skyldigheten att lämna uppgifter om utförda tandvårdsåtgärder påverkas inte av vårdgivarens pris. Det innebär att vårdgivaren även ska lämna uppgifter för de patienter som till exempel omfattas av abonnemangsavtal där vårdgivarpriset är noll kronor. (15 § STF)

Vårdgivaren ansvarar för att bedöma om en tandvårdsåtgärd ger rätt till ersättning. I vårdgivarens ansvar ingår även att informera patienten om priser, behandlingsalternativ, vilka materialet som används vid behandling med mera. (8–13 § STF)

Läs mer om anslutning och vårdgivarens ansvar i det statliga tandvårdsstödet i kapitel 2, *Vårdgivaren*.

1.4 Den försäkrades roll

Den försäkrade, det vill säga patienten, behöver inte ansöka om statligt tandvårdsstöd om tandvården utförs hos en vårdgivare i Sverige som är ansluten till Försäkringskassans elektroniska system. All ersättning lämnas direkt till vårdgivaren och patienten får ett avdrag på vårdgivarens pris som motsvarar den tandvårdsersättning eller tandvårdsbidrag som lämnats. Om patienten besöker en vårdgivare i Sverige som inte är ansluten till Försäkringskassan har patienten inte rätt till statligt tandvårdsstöd.

Om en patient som är försäkrad i Sverige vänder sig till en vårdgivare i ett annat land inom EU/EES-området, finns möjlighet till ersättning i efterhand. Läs mer i vägledning 2021:1 *Vård i gränsöverskridande situationer*.

1.5 Rätten till statligt tandvårdsstöd

Statligt tandvårdsstöd får betalas ut om patienten, när tandvårdsåtgärden påbörjas,

1. är försäkrad för bosättningsbaserade förmåner enligt 4 och 5 kap. socialförsäkringsbalken, eller

2. utan att vara bosatt i Sverige har rätt till förmåner som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen.

Läs mer i kapitel 3 *Vem har rätt till statligt tandvårdsstöd?* Samt i vägledning 2017:1 *Övergripande bestämmelser i SFB, Unionsrätten och internationella avtal* och vägledning 2021:1 *Vård i gränsöverskridande situationer*

Barn och ungdomar omfattas inte av det statliga tandvårdsstödet förrän det år de fyller 24 (1 kap. 4 § STL). Unga har i stället rätt till avgiftsfri tandvård till och med det år de fyller 23 (7 och 15 a § TvL).

Fram till och med år 2016 hade unga upp till och med 19 år avgiftsfri tandvård. År 2017 höjdes åldern för avgiftsfri tandvård till 21 år, och år 2018 till 22 år.

Ersättningen betalas till den vårdgivare som utfört tandvården (1 kap. 1 § STL). Det är alltså patienten som har rätt till tandvårdsstöd, men stödet betalas ut till vårdgivaren.

1.6 Försäkringskassans ansvar

Det är Försäkringskassan som betalar ut det statliga tandvårdsstödet (1 kap. 3 § STL). Försäkringskassan har också det övergripande ansvaret för att informera vårdgivare och patienter om det statliga tandvårdsstödet (prop. 2007/08:49 s. 143).

Försäkringskassan ansvarar för att administrera tandvårdsstödet och kontrollera att regelverket följs. Försäkringskassan ansvarar också för att göra relevanta efterhandskontroller, särskilt inom de delar av det statliga tandvårdsstödet där det finns en ökad risk för överutnyttjande. Läs mer om efterhandskontroller i kapitel 5, *Efterhandskontroller*.

Försäkringskassan ska på begäran av en vårdgivare tillhandahålla de uppgifter som vårdgivaren behöver för att kunna beräkna en patients kostnad för tandvården (4 kap. 1 § STL).

Försäkringskassan ska besluta inom flera delar av det statliga tandvårdsstödet. De delar som Försäkringskassan beslutar om är

- anslutning och avanslutning av vårdgivare till det elektroniska systemet
- om en person har rätt till statligt tandvårdsstöd
- utbetalning av tandvårdsersättning eller tandvårdsbidrag
- om det finns särskilda skäl för utbetalning när begäran om ersättning kommer in för sent
- efterhandskontroller
- avräkning och återkrav av felaktigt utbetald ersättning
- förhandsprövning vid omgörning
- förhandsprövning av rätten till särskilt tandvårdsbidrag.

Försäkringskassan ska göra en utbetalning inom två veckor från vårdgivarens rapportering. Det gäller under förutsättning att inrapporterad tandvård leder till en utbetalning av tandvårdsersättning eller tandvårdsbidrag. Det kan finnas särskilda skäl som gör att utbetalningen tar längre tid och att ersättning inte kan betalas ut inom två veckor. (4 kap. 8 § STL)

Vid misstanke om att en vårdgivare avsiktligt avviker från regelverket eller medvetet lämnat felaktiga uppgifter, kan Försäkringskassan vidta sanktioner. Läs om Försäkringskassans sanktionsmöjligheter i kapitel 8, *Sanktioner*.

1.6.1 Utredningsskyldighet och bevisbörda

Vid handläggning av ett ärende är det viktigt att följa såväl de förmånsspecifika reglerna i bl.a. STL och STF som det förvaltningsrättsliga regelverket. Det kan exempelvis handla om skyldigheten att utreda ärenden, kommunicera uppgifter innan beslut och att motivera beslut. Läs mer i vägledning 2004:7, *Förvaltningsrätt i praktiken*.

Det är patienten som är berättigad till tandvårdsstöd, men ersättningen betalas ut till vårdgivaren i efterhand. Det framgår av förarbetena till STL att det är vårdgivaren som dels ska styrka att rätt till ersättning föreligger, dels står risken för att tillräcklig dokumentation saknas vid en efterhandskontroll. Som huvudregel är det alltså vårdgivaren som har bevisbördan och som ska kunna visa underlag som stödjer rätten till ersättning. Läs mer om begreppet bevisbörda i vägledning 2004:7, *Förvaltningsrätt i praktiken*.

1.6.2 Beslut till kund

Nästan alla beslut om utbetalning av tandvårdsersättning och tandvårdsbidrag fattas genom automatiserad behandling. Sådana beslut behöver inte innehålla uppgifter om vem som fattat beslutet eller deltagit i den slutliga handläggningen (14 § förordningen [2009:1174] med instruktion för Försäkringskassan).

Alla beslut ska adresseras till vårdgivaren. Det betyder att överst i adressfältet ska vårdgivarens namn anges. Därunder anges mottagningens namn och adress. När Försäkringskassan fattar beslut om att inleda en sanktion skickas brevet till vårdgivarens adress.

Vissa beslut skickas även till patienten, bland annat beslut om förhandsprövning av rätten till särskilt tandvårdsbidrag och beslut som påverkar patientens ersättningsgrundande belopp i en pågående ersättningsperiod.

1.7 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Lagen om statligt tandvårdsstöd anger endast på ett övergripande plan vilken tandvård som staten ersätter (1 kap. 3 § STL). Regeringen har överlämnat rätten att föreskriva vilka tandvårdsåtgärder som berättigar till statligt tandvårdsstöd till Nämnden för statligt tandvårdsstöd enligt Förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Nämnden är ett beslutsorgan inom den statliga myndigheten Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

TLV beslutar om vilka tandvårdsbehandlingar som ska subventioneras av samhället och fastställer referenspriser, det vill säga vilka priser som subventionen beräknas utifrån. TLV är ansvarig för föreskrifterna TLVFS (2008:1) om statligt tandvårdsstöd, som i detalj beskriver vilka tandvårdsåtgärder som är ersättningsberättigande.

Från och med 2017 har ändringsversionerna av TLVFS 2008:1 namnet HSLF-FS 2018:23. Socialstyrelsen är ansvarig utgivare för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets författningssamling (TLVFS), men TLV ansvarar fortfarande för innehållet i föreskrifterna. Från och med 2017 ingår TLVFS i en författningssamling som även inkluderar andra myndigheters föreskrifter. Författningssamlingen har fått namnet *Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. (HSLF-FS)*. I den här vägledningen kommer TLV:s föreskrifter fortsättningsvis att benämnas TLVFS utifrån den ursprungliga versionen.

TLV ger även ut en handbok som på ett lättillgängligt sätt beskriver regelverket. På TLV:s hemsida finns också en länk till det webbaserade kunskapsstödet, KUSP.

1.7.1 Ersättningsberättigande tandvård

Vilken tandvård som är ersättningsberättigande framgår av bilagor till TLVFS (2008:1), där både tillstånd och åtgärder beskrivs.

Bedömningen av vilka tandvårdsåtgärder som berättigar till ersättning ska alltid utgå från patientens tillstånd. Det innebär att man måste fastställa vilket tillstånd som patienten har innan man kan bedöma vilken eller vilka tandvårdsåtgärder som är ersättningsberättigande. Undantaget är undersökningar och utredningar som inte är kopplade till ett visst tillstånd.

En ersättningsberättigande åtgärd vilar på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Se också *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vuxentandvård* och TLV:s handbok för information om vilka odontologiska metoder som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet förväntas ge god effekt till en rimlig kostnad. (prop. 2007/08:49 s. 59)

1.7.2 Tandvård som inte är ersättningsberättigande

Tandvårdsåtgärder som "uppenbarligen har utförts i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet och som har medfört en vårdskada eller risk för sådan skada" är inte ersättningsberättigande enligt 3 § STF. Observera att ansökningar om ersättning för tandvårdsåtgärder som påbörjats innan regeln om vetenskap och beprövad erfarenhet infördes i bestämmelsen den 1 maj 2019 inte kan avslås på den grunden.

Vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet är vård som har vetenskapligt stöd samt följer nationella riktlinjer och bestämmelser om dokumentation, strålsäkerhet, hygien med mera.

Annan tandvård som inte är ersättningsberättigande är till exempel tandvård där amalgam använts och kosmetisk tandvård (3 § STF). För kosmetisk tandvård finns inga

ersättningsberättigande åtgärder utifrån TLV:s föreskrifter, eftersom det inte är nödvändig tandvård.

1.8 Regionens ansvarsområde

Statligt tandvårdsstöd betalas inte ut för tandvård som regionerna ansvarar för (1 kap. 6 § STL). Det gäller den tandvård som en patient har rätt att få avgiftsfritt eller genom att betala vanlig vårdavgift enligt hälso- och sjukvårdslagen (15 a § tandvårdslagen [1985:125] [TvL]). För patientens del innebär det att reglerna om frikort för vård kan gälla. Regionerna ansvarar för tandvård vid vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar, nödvändig tandvård till äldre och funktionshindrade, tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling och vissa oralkirurgiska åtgärder (8 a § TvL).

Regionerna ska även bedriva uppsökande verksamhet för att bedöma munhälsan hos vissa patientgrupper (8 a § TvL). Det kan röra sig om personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), personer som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för (exempelvis personer på äldreboende), personer som får hemsjukvård eller vissa personer med psykiska sjukdomar. Gemensamt för dessa grupper är att de bedöms ha permanenta behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser.

Reglerna om vilka patientgrupper som kan vara berättigade till att få hjälp av regionen med sina tandvårdsbehov och vilken tandvård som omfattas av regionernas ansvar, finns i tandvårdsförordningen (1998:1338). I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:17) om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning beskrivs mer utförligt vem som kan omfattas av regionernas ansvarsområde vad gäller tandvård.

1.9 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen beslutar om vilka regler som ska gälla för det särskilda tandvårdsbidraget och tandvård vid vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar (regionernas ansvarsområde) samt vilka patientgrupper som ska få ta del av respektive bidrag. Socialstyrelsen prövar och utfärdar legitimationer för tandläkare och tandhygienister. Myndigheten utfärdar också bevis om specialkompetens för tandläkare och ansvarar för registret över legitimerade behandlare.

En behandlare med utomnordisk utbildning kan efter en ansökan hos Socialstyrelsen beviljas förordnande att utöva sitt yrke inom hälso- och sjukvården. Behandlaren kan också beviljas rätt att föra patientjournal på engelska, om det anges i förordnandet. (HSLF-FS 2016:40).

Det är Socialstyrelsen som ansvarar för nationella riktlinjer om tandhälsa och även tandhälsoregistret. I tandhälsoregistret finns information om all tandvård som inrapporterats till Försäkringskassan. Syftet med registret är att kunna följa tandvårdens och tandhälsans utveckling i landet (prop. 2007/08:49 s. 136).

Socialstyrelsen är ansvarig utgivare av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets författningssamling (TLVFS), men TLV ansvarar för innehållet i föreskrifterna.

1.10 Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är en statlig myndighet som ansvarar för tillsyn över hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamheter enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Om Försäkringskassan upptäcker att det finns skäl att ifrågasätta om den tandvård som har utförts stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet finns det riktlinjer

för att överlämna tandvårdsärenden till IVO. Riktlinjerna heter 2011:2 *Överlämnande av uppgifter i tandvårdsärenden mellan Försäkringskassan och tillsynsmyndigheterna*.

Även patienten själv kan anmäla en händelse till IVO, till exempel en felbehandling eller vårdskada. Om patienten har klagomål på exempelvis en vårdgivares bemötande finns möjlighet att vända sig till patientnämnden som finns i varje region, eller till privattandläkarnas förtroendenämnder.

Om IVO anser att en behandlare begått grava fel eller hotar patientsäkerheten kan IVO anmäla behandlaren till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Det är HSAN som beslutar i alla behörighetsfrågor om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

2 Vårdgivaren

I det här kapitlet beskrivs

- vem som är vårdgivare
- vårdgivarens anslutning till Försäkringskassans elektroniska system
- vårdgivarens ansvar mot patienten
- vårdgivarens ansvar mot Försäkringskassan.

2.1 Vem är vårdgivare?

En vårdgivare är en fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver tandvård (1 kap. 2 § STL). Vårdgivaren kan bedriva verksamheten i form av till exempel ett aktiebolag, handelsbolag eller som enskild firma. För tandvård som bedrivs i regionernas regi (Folktandvård) är det regionen eller det regionsägda bolaget som är vårdgivare. Vårdgivaren har ansvaret för verksamhetens ekonomiska förpliktelser och är part hos Försäkringskassan. (Prop. 2007/08:49, s. 94 och s. 167)

2.2 Anslutning till det elektroniska systemet

En vårdgivare som vill vara ansluten till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd ska ansöka om det skriftligen (18 § STF). All begäran om ersättning sker genom det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd, Tanden.

Det är frivilligt för en vårdgivare att vara ansluten till det statliga tandvårdsstödet. Den vårdgivare som inte är ansluten omfattas inte av de krav som anges i STL. Den vårdgivarens patienter får inte heller del av ersättningen från det statliga tandvårdsstödet (3 kap. 1 § STL och prop. 2007/08:49 s. 93).

För att kunna anslutas ska vårdgivaren själv vara legitimerad tandläkare eller tandhygienist, alternativt ha en legitimerad tandläkare eller tandhygienist anställd, eller på annat sätt anlita. Vårdgivaren ska även lämna uppgifter till Försäkringskassan om personer som har ett väsentligt inflytande över verksamheten. En privat vårdgivare måste vara godkänd för F-skatt för att kunna anslutas. (18 § STF) Försäkringskassan får avslå en ansökan om anslutning om vårdgivaren inte uppfyller dessa krav (18 b § STF).

Försäkringskassan får även neka anslutning om någon av de personer, som vårdgivaren uppger har inflytande över verksamheten, tidigare har varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som allvarligt åsidosatt bestämmelserna i det statliga tandvårdsstödet om vårdgivarens skyldigheter eller förutsättningar för ersättning (18 b § STF). Läs mer i avsnitt 2.2.3 *Personer med väsentligt inflytande* och 2.2.4 *Neka anslutning*.

Vårdgivaren har dessutom skyldighet att anmäla till Försäkringskassan om en person med väsentligt inflytande över verksamheten har ersatts eller om annan sådan person tillkommit (18 a § STF).

Vårdgivaren kan vid anslutningen välja hur deras mottagning ska vara kopplad till tandvårdsstödet elektroniska system. En vårdgivare har möjlighet att anmäla en eller flera mottagningar till sin anslutning, eller att låta varje anställd tandläkare vara kopplad till Försäkringskassan var för sig som en egen mottagning. Vårdgivaren kan överlåta ansvaret för uppgiftsskyldigheten gentemot Försäkringskassan till enskilda personer inom verksamheten (prop. 2007/08:49 s. 167).

En vårdgivare har med denna konstruktion ett omfattande ansvar för rapportering av utförda behandlingar och ansvar för till vem som rapporteringsansvaret överlämnas. Om en rapporteringsansvarig mottagning, behandlare eller bolag missköter sin uppgiftsskyldighet så är det alltid vårdgivaren som har det yttersta ansvaret för exempelvis återbetalningar. (Prop. 2007/08:49 s. 167)

Genom anslutningen accepterar vårdgivaren de krav som finns för att ha rätt till ersättning från det statliga tandvårdsstödet (prop. 2007/08:49 s. 167), se avsnitt 2.5, *Vårdgivarens ansvar mot patienten* och avsnitt 2.6, *Vårdgivarens ansvar mot Försäkringskassan*. Det innebär också att vårdgivaren accepterar att eventuella återkrav av utbetald ersättning kvittas mot framtida ersättningsanspråk (4 kap. 2 § STL).

Försäkringskassan beslutar om vårdgivaren får vara ansluten till det elektroniska systemet eller inte. Om beslutet går vårdgivaren emot kan det omprövas. Läs mer i kapitel 9, *Omprövning och överklagan av beslut*.

2.2.1 Ansökan om anslutning till det elektroniska systemet

Ansökan ska skrivas under av firmatecknare och det ska finnas en notering i ansökan om vilka handlingar som bifogats. Uppgifterna i ansökan ska stämma med registerutdraget (F-skatt) från Skatteverket (gäller inte Folktandvård eller region) och registreringsbevis från Bolagsverket (gäller inte enskild firma). Vårdgivaren ska dessutom visa en kopia på en giltig tandläkar- eller tandhygienistlegitimation.

Varje vårdgivare måste anmäla minst en mottagning. Det är bara vårdgivare som kan ansöka om anslutning för sina mottagningar. Mottagningarna kopplas då till vårdgivarens anslutning.

I ansökan om anslutning av vårdgivare ska det finnas uppgifter om

- vårdgivaren
- eventuellt journalsystem
- kontaktperson
- legitimerad tandläkare/tandhygienist
- firmatecknare
- personer med väsentligt inflytande i verksamheten
- vårdgivaradministratörer.

I ansökan om anslutning av mottagning ska vårdgivaren lämna uppgifter om

- mottagningen
- kontaktperson
- mottagningens administratörer
- mottagningens normalanvändare.

Handlingar som ska bifogas

Vårdgivare ska bifoga följande handlingar när de vill ansluta sig:

- Ett registerutdrag från Skatteverket (SKV 4621) som visar att företaget har F-skatt. Regionerna behöver inte bifoga något registerutdrag.
- En kopia på en giltig tandläkar- eller tandhygienistlegitimation utfärdad av Socialstyrelsen. Examensintyg eller liknande är inte giltiga.

Vårdgivaren ska även bifoga något av följande:

- Ett hyreskontrakt för lokalen där tandvårdsverksamheten ska bedrivas.
- En kopia på beviljat bygglov, när vårdgivaren äger fastigheten där tandvårdsverksamheten ska bedrivas.
- En kopia på aktieboken, när vårdgivaren är ett aktiebolag. Aktieboken behövs för att Försäkringskassan ska ha rätt uppgifter om vilka personer som är delägare, och därmed kan anses ha ett väsentligt inflytande hos vårdgivaren.

2.2.2 Utredning innan anslutning

När en ansökan om anslutning kommit in till Försäkringskassan, gör utredaren kontroller av alla de personer som vårdgivaren har uppgett i sin ansökan. Syftet med kontrollerna är att identifiera personer som tidigare varit verksamma hos vårdgivare som misskött sina åtaganden som gäller det statliga tandvårdsstödet. Därför ska vårdgivaren i ansökan uppge alla personer som har ett väsentligt inflytande över verksamheten, i enlighet med 18 § STF. Vårdgivaren ska också ange om de personerna tidigare varit vårdgivare, eller verksamma hos vårdgivare som varit anslutna till tandvårdsstödet.

När Försäkringskassan utreder en ansökan om anslutning gör vi även kontroller gentemot andra myndigheter. De gör vi för att säkerställa att vårdgivaren har sökt alla nödvändiga tillstånd som krävs för att bedriva tandvårdsverksamhet. Om kontrollerna visar att vårdgivaren inte tagit kontakt med de myndigheter som den ska, kan Försäkringskassan neka vårdgivaren anslutning. Anledningen är att vårdgivaren i de fallen inte har styrkt att avsikten med anslutningen är att bedriva tandvård (18 och 19 §§ STF).

När Försäkringskassan utreder en ansökan kan det komma fram uppgifter som gör att vi ska vidta sanktioner när vårdgivaren ansluts. Detta för att säkerställa att vårdgivaren kommer att sköta sina åtaganden i det statliga tandvårdsstödet. Läs mer i kap. 8, *Sanktioner*.

2.2.3 Personer med väsentligt inflytande

De roller och personer som har ett väsentligt inflytande över vårdgivarens verksamhet ska uppges i ansökan. Vilka de är framgår i 18 § tredje stycket STF. Alla vårdgivare ska uppge i ansökan vem som är deras verksamhetschef. Det ska alltid finnas minst en verksamhetschef i enlighet med 16 a § i tandvårdslagen (1985:125). Vårdgivaren ska också alltid ange alla behandlande tandläkare eller tandhygienister som kommer att vara verksamma hos vårdgivaren, om de är tio eller färre. Detta eftersom en behandlare som är verksam inom en mindre vårdgivarorganisation anses ha ett potentiellt väsentligt inflytande över den verksamheten.

Vilka övriga personer som anses ha väsentligt inflytande över vårdgivarens verksamhet skiljer sig lite åt beroende på vilken bolagsform vårdgivaren har.

Om vårdgivaren är ...	ska följande personer anges i ansökan:
en enskild firma	<ul style="list-style-type: none">• den enskilde näringsidkaren
ett handelsbolag eller ett kommanditbolag	<ul style="list-style-type: none">• samtliga bolagsmän• övriga personer som genom en ledande ställning eller på annat sätt har väsentligt inflytande över vårdgivarens verksamhet
ett aktiebolag	<ul style="list-style-type: none">• VD (om sådan finns)• styrelseledamöter och suppleanter• andra personer som genom en ledande ställning, eller på annat sätt har väsentligt inflytande över vårdgivarens verksamhet
en ekonomisk förening	<ul style="list-style-type: none">• VD (om sådan finns)• styrelseledamöter och suppleanter• andra personer som genom en ledande ställning eller på annat sätt har väsentligt inflytande över vårdgivarens verksamhet
ett fåmansföretag (aktiebolag eller ekonomisk förening)	<ul style="list-style-type: none">• VD (om sådan finns)• styrelseledamöter och suppleanter• andra personer som genom en ledande ställning eller på annat sätt har väsentligt inflytande över vårdgivarens verksamhet• samtliga delägare i fåmansföretaget, inklusive de som ingår i närståendekretsen.

Med fåmansföretag menas ett aktiebolag eller en ekonomisk förening där *fyra eller färre* delägare äger andelar som motsvarar *mer än 50 procent* av alla andelar i företaget. Se 56 kap. 2 § inkomstskattelagen (1999:1229). När vårdgivaren bedömer om företaget är ett fåmansföretag, ska de utgå från den definition av ett fåmansföretag som finns i inkomstskattelagen. Om företaget är ett fåmansföretag ska vårdgivaren ange alla personer i närståendekretsen i ansökan, eftersom de enligt inkomstskattelagen räknas som *en* delägare.

Om följande personer äger andelar i fåmansföretaget, så ingår de i närståendekretsen:

- föräldrar
- mor- och farföräldrar
- make eller personer som ingått registrerat partnerskap
- sambos som tidigare varit gifta eller som har eller har haft gemensamma barn
- barn inklusive styvbarn och fosterbarn
- barns make
- syskon
- syskons make och barn.

Även ett dödsbo som den skattskyldige, eller någon av de tidigare nämnda personerna är delägare i ingår i närståendekretsen.

Detta innebär med andra ord att ett fåmansföretag kan ha betydligt fler delägare än fyra, eftersom alla delägare inom en persons närståendekrets räknas som en person.

Exempel

Paul äger 15 och Susanne 15 procent av aktierna i Gadden AB.

Mikael äger 10 procent av aktierna. Mikael's fru Alice, hans tre barn och hans båda föräldrar äger vardera 5 procent av aktierna i Gadden AB. Mikael och hans närståendekrets räknas som *en* delägare och äger då sammanlagt 40 procent av aktierna.

Eftersom Paul, Susanne och Mikael (inklusive hans närståendekrets) äger sammanlagt 70 procent av Gadden AB är det ett fåmansföretag enligt inkomstskattelagen. När Gadden AB ansöker om anslutning till det statliga tandvårdsstödet anger det därför alla delägarna i företaget.

2.2.4 Neka anslutning

Det statliga tandvårdsstödet bygger på att en ansluten vårdgivare ges ett stort förtroende och förväntas sköta sina åtaganden. Om personer med väsentligt inflytande i vårdgivarens verksamhet tidigare har misskött tandvårdsstödet, kan Försäkringskassan neka vårdgivaren tillgång till en ny anslutning till Försäkringskassan.

Försäkringskassan kan enligt 18 § b STF neka en vårdgivare anslutning om:

- vårdgivaren inte uppger samtliga personer som anses ha väsentligt inflytande över vårdgivarens verksamhet som de är definierade enligt punkterna i 18 § tredje stycket
- vårdgivaren inte anger att personerna i ansökan tidigare varit vårdgivare, eller verksamma hos en ansluten vårdgivare
- en person som har väsentligt inflytande uppger i ansökan att han eller hon tidigare arbetat hos en annan vårdgivare och Försäkringskassan har upptäckt systematisk felanvändning hos den vårdgivaren.

När en person hos vårdgivaren tidigare åsidosatt de skyldigheter som krävs för att få statligt tandvårdsstöd gör Försäkringskassan en helhetsbedömning för att ta ställning till om vårdgivaren ska nekas anslutning. I helhetsbedömningen väger Försäkringskassan in hur personen skött sina åtaganden inom tandvårdsstödet när hen tidigare varit verksam hos andra vårdgivare. Vissa omständigheter ses som särskilt graverande i den utredningen.

Det här är exempel på särskilt graverande omständigheter:

- Försäkringskassans tidigare utredningar har visat att inrapporterad tandvård inte utförts.
- Försäkringskassan har beslutat om ett innehållande eller ett föreläggande om förhandsprövning.
- En person som har väsentligt inflytande hos vårdgivaren har varit involverad i ett systematiskt eller överlagt felutnyttjande av tandvårdsstödet när han eller hon varit verksam hos en annan vårdgivare.

- En ansluten vårdgivare har slutat att skicka in begäran om ersättning för att undvika kvittning av skuld efter stora återkrav, eller för att undvika en pågående sanktion. Vårdgivaren kan då försöka få en annan anslutning som en ny vårdgivare för att undvika skulden eller sanktionen, eftersom kvittning av återkrav inte kan göras mellan olika vårdgivare.

2.2.5 Datum för anslutning

När en vårdgivares ansökan om anslutning kan godkännas ska vårdgivaren registreras och anslutas till det elektroniska systemet. Datum för anslutning ska i normalfallet vara det datum när vårdgivarens ansökan om anslutning kom in till Försäkringskassan, eller senare om vårdgivaren ansöker om det. Däremot kan en vårdgivare tidigast anslutas från den dag bolaget är godkänt för F-skatt, även om ansökan kommit in tidigare.

Om vårdgivaren har en generalfullmakt ska det framgå datum för överlåtelsen på fullmakten. Om datumet för överlåtelsen är senare än det datum bolaget godkändes för F-skatt och datumet när ansökan kom in, kan vårdgivaren tidigast anslutas från datumet för överlåtandet.

Det är inte möjligt att ansöka muntligt eftersom det finns ett krav på att ansökan om anslutning ska vara skriftlig, och vårdgivaren tidigast kan anslutas när den skriftliga ansökan inkommit. (18 § STF)

2.2.6 Övertagande av befintlig verksamhet

När en vårdgivare säljer sin verksamhet och den nya ägaren tar över organisationsnumret, så ska de ändrade ägandeförhållandena anmälas skriftligen till Försäkringskassan. Den gamla eller den nya ägaren ska informera Försäkringskassan om de nya förhållandena i verksamheten, och den nya ägaren kan sedan överta den tidigare vårdgivarens anslutning. Det förutsätter att den nya ägarens verksamhet har blivit registrerad hos Bolagsverket och är godkänd för F-skatt.

Även eventuella ändringar i yrkesroller och behörigheter ska anmälas skriftligen till Försäkringskassan. Om den behörige tandläkaren eller tandhygienisten inte längre kommer att vara verksam hos den nya vårdgivaren, så måste den nya ägaren skicka in ett intyg från Socialstyrelsen om vem som är ny behörig tandläkare eller tandhygienist.

Övertagande av befintlig verksamhet med generalfullmakt

Om den nya ägaren ännu inte blivit registrerad hos Bolagsverket ska en generalfullmakt bifogas, oavsett om den nya ägaren tar över en befintlig anslutning eller ansöker om ny anslutning. Generalfullmakt är ett bevis på att vårdgivaren har köpt ett befintligt bolag och från vilket datum de nya ägarförhållandena gäller. (*Gäller inte enskild firma.*)

Om det finns en generalfullmakt behöver inte Försäkringskassan begära något nytt bevis om F-skatt vid tidpunkten för ansökan. Det beror på att generalfullmakten gäller som registreringsbevis till dess ett nytt registreringsbevis utfärdats från Bolagsverket. Generalfullmakten måste vara undertecknad av förra ägarens firmatecknare och tidigare ägare måste även vara godkänd för F-skatt.

När ett nytt registreringsbevis utfärdats från Bolagsverket ska vårdgivaren skicka in det till Försäkringskassan, tillsammans med ett registerutdrag från Skatteverket där det framgår från och med vilket datum företaget är godkänt för F-skatt.

2.2.7 Vid ombildande av bolagsform

När en vårdgivare ändrar bolagsform, exempelvis från enskild firma till aktiebolag, ska en anmälan om avanslutning och en ny ansökan om anslutning lämnas till Försäkringskassan. Det förutsätter att den nya verksamheten har blivit registrerad hos Bolagsverket och är godkänd för F-skatt.

2.2.8 Ändrade uppgifter efter anslutning

När vårdgivaren behöver lägga till eller ändra uppgifter om vem som är firmatecknare, legitimerad tandläkare/tandhygienist, vårdgivaradministratör, mottagningsadministratör, normalanvändare eller personer som har väsentligt inflytande i verksamheten, ska vårdgivaren använda blankett 7004 *Anslutning Nya eller ändrade uppgifter*. Ändringar eller tillägg kan bara begäras av vårdgivare eller mottagningar som är anslutna till tandvårdsportalen. Firmatecknaren ska skriva under begäran om ändring.

En vårdgivare är skyldig att utan dröjsmål anmäla ändringar om personer med väsentligt inflytande hos vårdgivaren byts ut, eller om nya sådana personer tillkommer (18 § a STF). Vilka personer som anses ha väsentligt inflytande hos vårdgivaren framgår av 18 § tredje stycket. Vårdgivaren är också skyldig att informera Försäkringskassan skyndsamt vid utebliven F-skatt, indragen tandläkar/tandhygienistlegitimation samt om hen inte längre yrkesmässigt bedriver tandvård (18 a § STF).

2.3 Avsluta anslutning

Försäkringskassan får enligt 19 § STF besluta att en vårdgivares anslutning till tandvårdssystemet ska upphöra om vårdgivaren

- skriftligt begär att anslutningen ska upphöra
- inte längre yrkesmässigt bedriver tandvård.
- inte längre är legitimerad som tandläkare eller tandhygienist, eller inte längre har personal som är legitimerad
- inte längre är godkänd för F-skatt
- inte har påbörjat sin verksamhet inom sex månader efter beslutet om anslutning
- ersätter en sådan person som anges i 18 § tredje stycket STF med en annan person eller om någon annan person tillkommer och det innebär att vårdgivaren skulle ha nekats anslutning enligt 18 b § andra stycket i STF
- allvarligt har åsidosatt bestämmelserna i STL eller i föreskrifter som meddelats med stöd av lagen och som gäller vårdgivarens skyldigheter eller förutsättningar för ersättning.

Försäkringskassan följer regelbundet upp att anslutna vårdgivare uppfyller kravet för anslutning. Det görs genom regelbunden kontroll av F-skatt mot Skatteverket och kontroll i Försäkringskassans elektroniska system att vårdgivaren är aktiv.

En vårdgivare kan begära omprövning av Försäkringskassans beslut om anslutning, respektive upphörd anslutning, till det elektroniska systemet (4 kap. 9 § STL). Läs mer om omprövning i kapitel 9, *Omprövning och överklagan av beslut*.

Om vårdgivaren inte längre vill vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system eller om vårdgivarens verksamhet upphör så ska det anmälas skriftligen till Försäkringskassan senast tre månader i förväg (3 § FKFS 2008:6). Anmälan ska vara undertecknad av firmatecknare.

En vårdgivare kan även begära att anslutningen för en eller flera mottagningar ska upphöra genom att skicka in en anmälan till Försäkringskassan. Anmälan ska vara

undertecknad av firmatecknare. Försäkringskassan återkräver all utbetald tandvårdsersättning för inrapporterade patientbesök med besöksdatum efter att anslutningen för mottagningen upphörde.

2.3.1 När vårdgivarens F-skatt återkallats

När en vårdgivare inte längre är godkänd för F-skatt har vårdgivaren inte längre rätt att vara ansluten till det statliga tandvårdsstödet. Försäkringskassan återkräver då all utbetald tandvårdsersättning för patientbesök med besöksdatum efter att F-skatten upphörde.

Däremot ställs inget återkrav på utbetald ersättning när F-skatt återkallats om en vårdgivare i någon annan bolagsform än aktiebolag ombildar sin verksamhet till ett aktiebolag. Det gäller under förutsättning att vårdgivaren under hela tiden är godkänd för F-skatt, antingen i verksamheten i den tidigare bolagsformen eller i det nybildade aktiebolaget. I dessa fall ställs inget återkrav på utbetald ersättning för patientbesök med besöksdatum efter att F-skatten återkallades för den tidigare verksamheten. Försäkringskassan återkräver då endast tandvårdsersättning som betalats ut under ett eventuellt tidsglapp i F-skatt.

2.3.2 När personer tillkommit hos en vårdgivare eller när vårdgivaren allvarligt åsidosatt sina åtaganden

Försäkringskassan kan besluta att en vårdgivares anslutning ska upphöra om viktiga personer lämnar eller tillkommer i verksamheten, och det innebär att förhållanden hos vårdgivaren inte längre motsvarar dem som rådde när ansökan beviljades.

Försäkringskassan kan också besluta att en vårdgivares anslutning ska upphöra om vårdgivaren allvarligt åsidosätter reglerna för det statliga tandvårdsstödet. Syftet är att ge Försäkringskassan ytterligare möjligheter att stoppa överutnyttjande av systemet när de övriga sanktionsmöjligheterna visat sig verkningslösa. En avanslutning är dock en mycket ingripande åtgärd mot en vårdgivare, och ska endast komma ifråga om det rör sig om ett allvarligt åsidosättande av reglerna för det statliga tandvårdsstödet.

Vad som avses med ett allvarligt åsidosättande får avgöras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Det kan exempelvis vara om en vårdgivare fortsätter att överutnyttja systemet trots upprepade sanktioner med innehållande av utbetalning eller föreläggande om förhandsprövning i perioder. Det kan också vara om en vårdgivare döms i domstol för att felaktigt ha tillskansats sig ersättning från det statliga tandvårdsstödet, eller om vårdgivaren regelmässigt inte uppfyller sina skyldigheter gentemot Försäkringskassan och sina patienter genom att systematiskt underlåta att rapportera in korrekta underlag, inte lämna underlag vid begäran om efterhandskontroll eller på annat sätt åsidosätta sina åtaganden. (jfr. Ds 2018:36 s. 15ff)

2.4 Roller och behörigheter i Försäkringskassans elektroniska system

Vårdgivare som ansluts till Försäkringskassans elektroniska system har ett omfattande ansvar för rapportering och för att lämna uppgifter till Försäkringskassan. All rapportering görs via det elektroniska systemet och olika roller tilldelas för inrapportering med olika behörigheter.

En vårdgivare får lämna rapporteringsansvaret vidare till en mottagning, en tandläkare, en tandhygienist eller en administratör. Det finns inget krav på att den som använder Tandvårdsportalen måste vara tandläkare. (Prop. 2007/08:49 s. 167)

När flera tandläkare är verksamma i samma mottagning får de ha var sin koppling till det elektroniska systemet. En del vårdgivare arbetar ensamma på sina mottagningar och har där alla rollerna. (Prop. 2007/08:49 s. 167)

2.4.1 Kontaktperson för vårdgivaren

Kontaktpersonen för vårdgivaren är den person som vårdgivaren utsett till att ansvara för kontakterna med Försäkringskassan. Kontaktpersonen behöver inte vara den person som har det yttersta ansvaret för verksamheten. Vårdgivaren väljer själv vilken kontaktperson som ska anmälas och det kan vara samma person som också anges som kontaktperson för mottagningen.

2.4.2 Kontaktperson för mottagningen

Kontaktpersonen för mottagningen är den person som vårdgivaren utsett till att ansvara för mottagningens kontakter med Försäkringskassan. Kontaktpersonen behöver inte vara den person som har ett formellt ansvar för mottagningen.

2.4.3 Vårdgivaradministratör

Vårdgivaradministratören är den person som kan lägga in uppgifter om vårdgivarens mottagningar i Tandvårdsportalen och ändra i information som finns på både vårdgivar- och mottagningsnivå, till exempel adress eller kontouppgifter. En vårdgivaradministratör ska alltid anges, även om vårdgivaren har ett datoriserat journalsystem som kan kommunicera med Försäkringskassan. Det beror på att man via Tandvårdsportalen ändrar basuppgifter om vårdgivaren och mottagningen, vilket inte kan göras via det egna datoriserade journalsystemet. Vårdgivaradministratören kan även söka fram en betalningsspecifikation som visar vilken ersättning som Försäkringskassan har betalat ut.

Det är bara vårdgivaradministratören som kan registrera betalningsuppgift, Bankgiro. Uppgiften kan endast fyllas i via Tandvårdsportalen.

Vårdgivaradministratören kan inte skapa egna mottagningar via Tandvårdsportalen, utan det måste anmälas till Försäkringskassan via blankett FK 7002 – *Ansökan Anslutning till tandvårdsportalen – mottagning*.

2.4.4 Mottagningsadministratör

Mottagningsadministratören är den person som utses av vårdgivaren till att administrera och ändra vissa uppgifter om mottagningen i Tandvårdsportalen. Mottagningsadministratören kan inte ändra uppgifter på vårdgivarnivå, det kan endast vårdgivaradministratören göra.

Mottagningsadministratören kan bara ändra uppgifter för den mottagning som han eller hon har fått behörighet till. Mottagningsadministratören kan även söka fram betalningsspecifikationer för sin mottagning som visar vilken ersättning som Försäkringskassan har betalat ut. En mottagningsadministratör kan skicka över en betalningsspecifikation till sitt journalsystem för en specifik mottagning förutsatt att mottagningsadministratören har behörighet för den aktuella mottagningen.

En mottagningsadministratör ska anges även om vårdgivaren har ett datoriserat journalsystem som kan kommunicera med Försäkringskassan. Anledningen är att man via Tandvårdsportalen ändrar basuppgifter om mottagningen som inte kan göras via det egna datoriserade journalsystemet.

2.4.5 Normalanvändare

Normalanvändarna är de som använder Tandvårdsportalen för att skicka in underlag och begära ersättning genom att rapportera in utförd tandvård till Försäkringskassans elektroniska system. Denna roll har inga administratörsrättigheter utan är enbart användare.

Normalanvändare kan även behöva anges av vårdgivare som har journalsystem, om tandvård rapporteras in via Tandvårdsportalen. I vissa journalsystem ingår inte modulen för att skapa och begära ersättning för en förhandsprövning, utan det måste köpas till. De vårdgivare som valt att inte köpa till modulen måste därför kunna rapportera in förhandsprövningen via Tandvårdsportalen och behandlaren måste då vara angiven som normalanvändare.

2.4.6 Delegering av tandvårdsbehandling

En legitimerad tandläkare eller tandhygienist kan överlåta utförandet av vissa tandvårdsåtgärder till en icke-legitimerad person genom delegering (SOSFS 1997:14 och SOSFS 2002:12). Vårdgivaren måste sedan kunna visa att den icke-legitimerade person som utfört en åtgärd haft delegation att göra detta. Kan inte vårdgivaren visa det ska ersättningsbegäran avslås med stöd av 1 kap. 3 § STL.

De tandvårdsåtgärder som får delegeras listas i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter med följande nummer:

- 141 och 161
- 201–209
- 301–304 (med vissa undantag)
- 311, 312 och 321
- 606.

En grundförutsättning för att tandvård ska vara ersättningsberättigande är att tandvården utförts av en legitimerad person. Andra åtgärder än ovan får därmed inte delegeras, vilket innebär att de inte är ersättningsberättigande om de utförs av icke-legitimerad person. Ersättningsbegäran ska även då avslås med stöd av 1 kap. 3 § STL.

2.4.7 Tandvård utförd av studerande

Tandvård som utförs av en studerande tandläkare eller studerande tandhygienist vid en högskola, är ersättningsberättigande under förutsättning att villkoren för tillstånd och åtgärd i övrigt är uppfyllda.

Den studerande tandläkaren eller den studerande tandhygienisten vid en högskola kan själv rapportera in utförd tandvård om vårdgivaren har delegerat ansvaret för rapportering till honom eller henne. Däremot bör det framgå av vårdgivarens daganteckningar att behandlingen har kontrollerats eller övervakats av en behörig tandläkare eller tandhygienist.

2.5 Vårdgivarens ansvar mot patienten

En vårdgivare som valt att ansluta sig till det statliga tandvårdsstödet tar på sig ett stort ansvar gentemot sina patienter. Visserligen ansvarar en legitimerad tandläkare eller tandhygienist alltid för att tandvården utförs i enlighet med tandvårdslagen (1985:125), patientdatalagen (2008:355) och patientsäkerhetslagen (2010:659). Men reglerna om statligt tandvårdsstöd ställer ytterligare krav på de vårdgivare som är anslutna.

Syftet med att ansvaret har lagts på vårdgivaren är att stärka patientens ställning och försäkra sig om att den statliga subventionen, i form av statligt tandvårdsstöd, kommer patienten till del (prop. 2007/08:49 s 51).

Vårdgivaren ansvarar för att bedöma om den planerade tandvården är ersättningsberättigande (9 § STF). I vårdgivarens ansvar ingår även att informera patienten om priser, behandlingsalternativ, vilka material som används vid behandling med mera (8–13 §§ STF).

Om vårdgivaren inte uppfyller kraven i STF kan Försäkringskassan förelägga vårdgivaren att hans eller hennes behandlingar ska förhandsprövas (4 kap. 6 § STL). Läs mer under kapitel 8, *Sanktioner*.

2.5.1 Prislista

Vårdgivaren ska erbjuda patienten en prislista. Prislistan ska innehålla de ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som vårdgivaren utför. För varje tandvårdsåtgärd ska både vårdgivarens pris och referenspriset framgå. De garantier som vårdgivaren har ska också stå med i prislistan. I prislistan ska det dessutom finnas uppgift om att patienten har rätt till skriftlig information om vilka material som används. Det gäller både material i protetik och i tandfyllningar (8 § STF). Om vårdgivaren har olika priser för en tandvårdsåtgärd, exempelvis beroende på vilket material som används, ska det av prislistan framgå vilket högsta pris vårdgivaren har för åtgärden. (11 § FKFS 2008:6). Syftet är att patienten ska kunna jämföra priser mellan olika vårdgivare och behandlingar. Prislistan ska finnas väl synlig i väntrummet eller receptionen och bör vara utformad så att patienten enkelt kan jämföra den med tandvårdskvittot och referensprislistan. (Prop. 2007/08:49 s. 120)

2.5.2 Skriftlig prisuppgift och behandlingsplan

Om en patient behöver behandlas vid mer än ett tillfälle är vårdgivaren skyldig att ge patienten en preliminär skriftlig prisuppgift på den totala behandlingskosten (10 § STF). En sådan uppgift är viktig för att ge patienten bra förutsättningar att ta ställning till den planerade behandlingen och vårdgivarens pris för denna. Patienten får då bättre möjlighet att bedöma priset och undersöka priser för motsvarande behandling hos andra vårdgivare. (Prop. 2007/08:49 s. 122)

Patienten har också rätt till en skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandlingar. En behandling är omfattande om protetiska eller tandreglerande åtgärder planeras (13 § FKFS 2008:6). Behandlingsplanen ska innehålla uppgifter om tandvårdsåtgärderna är ersättningsberättigande. Den ska, enligt 10 § STF, dessutom innehålla uppgifter om följande:

- tillstånden som vårdgivaren har kommit fram till
- den föreslagna behandlingen och anledningen för att den valts
- eventuella alternativa behandlingsförslag
- tandvårdsåtgärderna är ersättningsberättigande
- vårdgivarens priser, referenspriser och åtgärds-koder.

Det är viktigt att behandlingsplanen är utformad så att patienten i så stor utsträckning som möjligt kan tillgodogöra sig innehållet. (Prop. 2007/08:49 s. 122)

2.5.3 Kvitto

Patienten har rätt att få kvitto på sin tandvårdsbehandling. På kvittot ska följande framgå för varje utförd tandvårdsåtgärd:

- vårdgivarens pris
- referenspriset
- åtgärdskod.

Det ska också framgå om tandvårdersättning har lämnats för behandlingen. Om ett tandtekniskt arbete har ingått i behandlingen, ska det förutom kvittot också finnas en kopia av underlaget som det tandtekniska laboratoriet lämnat över kostnaderna. Kostnaden för det tandtekniska arbetet ska alltså kunna läsas ut av underlaget. (11 § STF)

2.5.4 Undersökningsprotokoll

Efter varje undersökning som gäller flera tänder eller flera problem, ska vårdgivaren ge patienten ett undersökningsprotokoll. Det ska lämnas direkt efter undersökningen. (12 § STF) Med undersökning menas sådana undersökningar och utredningar som omfattar en bedömning av munhålans och tändernas allmänna status. Det gäller alltså inte vid undersökning av enstaka tänder eller ett enstaka problem, till exempel vid ett akutbesök. Undersökningsprotokollet bör innehålla en överskådlig presentation av patientens tandhälsa. Även råd och rekommendationer om egenvård bör finnas med. (Prop. 2007/08:49 s. 124)

2.5.5 Kallelse till ny undersökning

I samband med en undersökning eller behandling ska vårdgivaren erbjuda patienten att få en kallelse till en ny undersökning inom lämplig tid (13 § STF). Vårdgivaren ska erbjuda en kallelse till en ny undersökning men det är viktigt att vårdgivaren förklarar tydligt att patienten inte måste gå med på att undersökningen genomförs.

Om det finns särskilda skäl får vårdgivaren låta bli att erbjuda en kallelse. Det gäller till exempel om patienten ska flytta eller om vårdgivaren ska upphöra med sin verksamhet. I dessa fall kan vårdgivaren i stället meddela patienten att han eller hon inte kommer att bli kallad till ny undersökning. (13 § STF och prop. 2007/08:49 s. 125)

2.5.6 Vårdgivarens skyldighet att informera om behandling som inte är ersättningsberättigande

En vårdgivare kan föreslå en patient vilken behandling som helst som är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet (lege artis) och som tillgodoser patientens behov av behandling. När en vårdgivare föreslår en behandlingsåtgärd som inte är ersättningsberättigande måste vårdgivaren informera patienten om det. I dessa fall är vårdgivaren alltid skyldig att informera om vilken alternativ behandling som berättigar till tandvårdsstöd. (9 § STF)

2.6 Vårdgivarens ansvar mot Försäkringskassan

Den vårdgivare som är ansluten till Försäkringskassans elektroniska system ska, enligt 3 kap. 3 § STL, lämna uppgifter till Försäkringskassan om

- utförd tandvård
- innehållet i ingångna avtal om abonnemangstandvård enligt 2 kap. 2 § och om ett sådant avtal har upphört att gälla i förtid.

Vårdgivaren ska också lämna uppgifter till Försäkringskassan om sina patienters tandhälsa och aktuella priser för de ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som utförts (prop. 2007/08:49 s. 100). Uppgifterna krävs för att Försäkringskassan ska kunna beräkna och betala ut tandvårdsersättning och för att det ska vara möjligt att följa upp och utvärdera befolkningens tandhälsa. (Prop. 2007/08:49 s. 91)

Om Försäkringskassan begär det är vårdgivaren även skyldig att lämna uppgifter och visa upp journal och annat underlag som rör undersökning eller behandling av en patient i ärenden om statligt tandvårdsstöd (3 kap. 2 § STL).

2.6.1 Vårdgivarens uppgiftsskyldighet

En vårdgivare ska upprätta underlag för alla ersättningsberättigande åtgärder som denna har utfört på en patient. Underlaget ska rapporteras in senast två veckor från det att respektive åtgärd har slutförts. (15 § STF)

I enstaka undantagsfall ska Försäkringskassan kunna lämna ersättning även om underlaget kommer in senare än två veckor efter det att åtgärden slutförts. Orsaker som kan godtas är till exempel allvarlig sjukdom hos vårdgivaren eller nära anhörig (prop. 2007/08:49 s. 171). Funktionsproblem i Försäkringskassans IT-system eller i ett journalsystem som godkänts av Försäkringskassan är en annan orsak. Däremot bör inte hög arbetsbelastning eller liknade hos vårdgivaren godtas som orsak. Läs mer under avsnitt 4.5, *Sent inkommen begäran om ersättning*.

De uppgifter som enligt 15 § STF ska finnas i underlaget som rapporteras är

- namn och personnummer på behandlande tandläkare eller tandhygienist
- patientens namn och personnummer
- datum när åtgärden slutfördes
- tillstånds- respektive åtgärds kod för den åtgärd som är ersättningsberättigande i det aktuella fallet
- tillstånds- respektive åtgärds kod för den faktiskt utförda åtgärden, om den inte är ersättningsberättigande i det enskilda fallet
- tandnummer och tandposition
- vårdgivarens pris för utförd åtgärd för den aktuella patienten
- uppgift om patienten använder tandvårdsbidrag.

Skyldigheten att rapportera utförda tandvårdsåtgärder gäller också den tandvård som omfattas av ett gällande tandvårdsabonnemang (15 § STF).

När tandvården delegerats till en icke-legitimerad behandlare ska denne stå som behandlande tandläkare eller tandhygienist vid inrapporteringen av den utförda tandvården. Se avsnitt 2.4.6 Delegering av tandvårdsbehandling.

Uppgifter till Socialstyrelsen

När patienten använder sitt allmänna tandvårdsbidrag ska vårdgivaren också lämna uppgift till Socialstyrelsen om hur många kvarvarande och intakta tänder patienten har. Vårdgivaren rapporterar till Försäkringskassan som vidarebefordrar uppgifterna till Socialstyrelsen utan att ta del av dem. (15 § STF) Definitionen av kvarvarande respektive intakta tänder framgår av Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till tandhjälsregistret (SOSFS 2008:13). Syftet med rapporteringen till Socialstyrelsen är uppföljning och utvärdering av tandhälsan (prop.2007/08:49 s.133).

Vårdgivaren är också skyldig att lämna uppgifter om tandvård som bekostas av regionerna. Dessa uppgifter behandlas på samma sätt som uppgifterna om kvarvarande och intakta tänder, det vill säga att de rapporteras till Försäkringskassan som vidarebefordrar dem till Socialstyrelsen. För att kunna lämna uppgifter om tandvården måste vårdgivaren vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd.

2.6.2 Rapportering till Försäkringskassan

Grunden är att alla ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som utförs ska rapporteras till Försäkringskassan (3 kap. 3 § STL). Åtgärden måste vara slutförd när den rapporteras in och inrapportering ska göras inom två veckor efter att åtgärden har slutförts (4 kap. 8 § STL).

Syftet med rapporteringen är att det bland annat ska gå att följa upp det statliga tandvårdsstödet och tandhälsan hos befolkningen. Men rapporteringen behövs också för att Försäkringskassan vid alla tidpunkter ska ha möjlighet att göra en korrekt beräkning av en patients rätt till ersättning, och för att vårdgivaren ska få möjlighet att beräkna rätt pris till patienten. (prop. 2007/08:49 s.91) En vårdgivare som blivit ansluten till det elektroniska systemet har därmed accepterat de krav som ställs för att ha rätt till ersättning ur systemet.

Allt statligt tandvårdsstöd begärs elektroniskt. För de vårdgivare som har ett elektroniskt journalsystem som kan kommunicera med Försäkringskassans system, görs begäran om ersättning, förhandsprövning med mera, direkt i journalsystemet. Vårdgivare som inte har ett elektroniskt journalsystem lämnar uppgifterna via Tandvårdsportalen.

Det finns inga undantag från rapporteringsskyldigheten. Vårdgivaren måste alltid rapportera alla ersättningsberättigande behandlingsåtgärder. Det gäller även om vårdgivaren inte tror att patienten kommer att få ersättning från högkostnadsskyddet. Skyldigheten gäller också för patienter med abonnemang och för patienter som endast får en undersökning. Om vårdgivaren behandlar en patient gratis med en ersättningsberättigande åtgärd ska det också rapporteras. Vårdgivarens pris anges då till noll kronor. (Prop. 2007/08:49 s. 92). Se även avsnitt 4.4.3, *Om vårdgivaren har ett annat pris än referenspriset*.

I kapitel 8, *Sanktioner*, kan du läsa vad Försäkringskassan kan göra när vårdgivaren inte fullgör sina skyldigheter.

2.6.3 Vårdgivaren ansvarar för korrekt ersättning

Vårdgivaren har alltid ansvar för att bedöma om en tandvårdsåtgärd är ersättningsberättigande och informera sin patient om det (9 § STF). För varje ersättningsberättigande åtgärd finns ett referenspris. Vad som är ersättningsberättigande åtgärder, och referenspriserna för dessa, framgår av bilagorna till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd (2 § TLVFS).

Med hjälp av bilagorna till dessa föreskrifter kan vårdgivaren se om en behandling är ersättningsberättigande och även beräkna sin patients eventuella ersättning.

Om en vårdgivare gör en felaktig bedömning av de faktiska omständigheterna för en enskild patient, behandlaren kanske utför en åtgärd som inte är ersättningsberättigande i förhållande till det fastställda tillståndet, så kan vårdgivaren bli skyldig att betala tillbaka utbetald tandvårdsersättning till Försäkringskassan (4 kap. 2 § STL). Om denna situation uppstår kan vårdgivaren inte kräva tillbaka någon ersättning från patienten. Det beror på att det alltid är vårdgivaren som ansvarar för bedömningen om en åtgärd är ersättningsberättigande eller inte. (Prop. 2007/08:49 s. 114–115)

Denna regel har bara ett undantag. Det är om felet i beräkningen av ersättning beror på patienten, till exempel om patienten inte talat om att det allmänna tandvårdsbidraget redan har använts eller att den aktuella tandvården omfattas av ett abonnemangsavtal. (4 kap. 4 § STL)

2.6.4 Kontroll

När vårdgivaren rapporterar utförd tandvård till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd görs maskinella kontroller för att säkerställa att vårdgivaren och patienten har rätt till ersättning och att de inrapporterade åtgärderna och tillstånden får kombineras. Det finns dock begränsningar i vad IT-stödet kan kontrollera. Därför ska efterhandskontrollerna fånga upp det som inte kan kontrolleras maskinellt. (Prop. 2007/08:49 s. 97)

Om Försäkringskassan begär det är vårdgivaren skyldig att lämna upplysningar och visa upp journal och övrigt material som rör undersökning eller behandling av en patient i ärenden om statligt tandvårdsstöd. (3 kap.2 § STL)

Läs mer om efterhandskontroller i kapitel 5, *Efterhandskontroller* och i kapitel 8, *Sanktioner*, kan du läsa om vad Försäkringskassan kan göra när vårdgivaren inte fullgör sina skyldigheter.

2.6.5 Återbetalningsskyldighet

Om det vid en efterhandskontroll visar sig att vårdgivaren har gjort en felaktig bedömning som lett till att ersättning betalats ut på oriktiga grunder, så får Försäkringskassan kräva tillbaka den ersättning som betalats ut felaktigt (4 kap. 2 § STL). Vårdgivaren får inte kräva patienten på det belopp som Försäkringskassan återkrävt (prop. 2007/08:49 s. 114–115).

Försäkringskassan har rätt att kvitta det felaktiga beloppet mot kommande begäran om ersättning (4 kap. 2 § STL). Det betyder att en vårdgivare genom sin anslutning accepterar att eventuella återkrav regleras genom kvittning och att vårdgivaren därmed inte får ersättning utbetald så länge det finns återkrav som inte har kvittats.

Det är vårdgivaren som är återbetalningsskyldig mot Försäkringskassan, men i IT-stödet är alltid kontouppgifterna registrerade för respektive mottagning som vårdgivaren har anslutna. Kvittning är därför bara möjlig mot vårdgivarens mottagning, under förutsättning att mottagningen är aktiv i IT-stödet.

Utgångspunkten är att ett återkrav ska kvittas, men om ett återkrav inte kan kvittas så ska den återstående skulden lämnas för manuell fordringshantering.

3 Vem har rätt till statligt tandvårdsstöd?

Regionerna ansvarar för att erbjuda tandvård i Sverige enligt bland annat TvL och HSL (5–6 §§ TvL), och Försäkringskassan administrerar det statliga tandvårdsstödet (1 kap. 3 § STL). Det innebär att vi har ansvar för att de personer som har rätt till statligt tandvårdsstöd i Sverige också får det.

Personer som befinner sig i en gränsöverskridande situation kan ha rätt till tandvård enligt de villkor som gäller i Sverige. Detta eftersom tandvård har inkluderats i förordning 883/2004, avtal om social trygghet som Sverige har med andra länder och i ersättningslagen. De här personerna har rätt till det statligt tandvårdsstödet när det finns ett regelverk som ger sådana rättigheter. I vägledning 2021:1 *Vård i gränsöverskridande situationer* kan du läsa mer om tandvård i gränsöverskridande situationer.

I det här kapitlet beskrivs vem som kan få del av det statliga tandvårdsstödet och vad som gäller för att man ska ha rätt till tandvård i olika gränsöverskridande situationer enligt olika regelverk. För en heltäckande beskrivning och bakgrund, läs mer i vägledning 2021:1 *Vård i gränsöverskridande situationer*.

3.1 Rätt till statligt tandvårdsstöd i Sverige

För att en patient ska ha rätt till statligt tandvårdsstöd krävs att patienten, när tandvårdsåtgärden påbörjas

- är försäkrad för bosättningsbaserade förmåner enligt 4 och 5 kap. socialförsäkringsbalken (SFB), eller
- utan att vara bosatt här har rätt till förmåner som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. (1 kap. 5 § STL)

För att ha rätt till allmänt eller särskilt tandvårdsbidrag krävs att patienten också uppfyller någon av punkterna ovan vid tilldelningstillfället (2 kap. 1–1 a § STL). Läs mer under avsnitt 3.4, *Metodstöd – att bedöma behov av intyg för rätt till tandvårdsstöd*.

För att vara försäkrad för bosättningsbaserade förmåner krävs som huvudregel att personen är bosatt i Sverige (jfr 4 kap. 3 § och 5 kap. SFB). Du kan läsa mer om villkoren för att vara försäkrad för bosättningsbaserade förmåner i vägledning 2017:1 *Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal – Försäkringskassans uppdrag vad gäller vissa gemensamma gränsöverskridande frågor*.

Ibland måste Försäkringskassan också ta hänsyn till olika internationella regelverk exempelvis EU:s förordningar, avtal om social trygghet samt andra avtal som Sverige har ingått med andra länder. Det kan bli aktuellt när minst två länder är inblandade, en så kallad gränsöverskridande situation. Det kan innebära att bestämmelserna i SFB eller STL ibland inte kan upprätthållas i en viss situation. Du kan läsa mer om regelverkens förhållande till varandra i vägledning 2017:1.

Statligt tandvårdsstöd ingår i förordning 883/2004 sakområde. Vad det innebär och förordningens tillämpningsområde kan du läsa mer om i vägledning 2017:1 samt här nedan.

Statligt tandvårdsstöd ingår även i följande avtal om social trygghet:

- avtalet med Australien
- Handels- och samarbetsavtalet mellan EU och Storbritannien
- Konventionen mellan Sverige och Förenade Konungariket Storbritannien och Nordirland (tillämpas avseende brittiska kanalöarna Jersey, Guernsey samt Isle of Man)
- avtalet med delstaten Quebec i Kanada.

Du kan läsa mer om regelverkens förhållande till varandra och om avtal med andra länder i vägledning 2017:1 och 2021:1 samt här nedan.

3.2 Rätt till tandvård i Sverige och andra länder enligt olika regelverk

3.2.1 Tandvård enligt förordning 883/2004

Tandvård ingår i förordning 883/2004 sakområde och är klassificerad som en vårdformån. Den ska därför samordnas enligt bestämmelserna i kapitel 1 i förordning 883/2004. Vad det innebär, och vilka rättigheter en person kan ha i Sverige eller i andra länder enligt olika bestämmelser i förordningen beskrivs närmare i vägledning 2021:1 *Vård i gränsöverskridande situationer*.

Rätt till statligt tandvårdsstöd enligt förordning 883/2004

Personer som har rätt till vårdformåner i Sverige enligt någon av bestämmelserna i förordning 883/2004, har rätt till statligt tandvårdsstöd i Sverige. Det beror på att den som får vårdformåner enligt förordning 883/2004 i ett annat medlemsland än det som är behörigt, ska betala samma patientavgifter som de som är försäkrade i landet där vården ges. Bestämmelsen i 1 kap. 5 § STL punkt 2 är egentligen överflödigt, eftersom sådana rättigheter ändå hade funnits enligt unionsrätten.

I artikel 1 i förordning 883/2004 finns definitioner som är viktiga att känna till vid tillämpning av förordningen. Du kan läsa mer om dessa i vägledning 2017:1.

Metodstöd

Rätt till statligt tandvårdsstöd i Sverige ska styrkas med det europeiska sjukförsäkringskortet (EU-kortet), eller med något annat intyg eller handling. Om en vårdgivare har behandlat en patient som har rätt till vårdformåner enligt förordning 883/2004, ska vårdgivaren skicka in en kopia av EU-kortet eller intyget till Försäkringskassan. (5 § FKFS 2008:6)

Rätt till tandvård i andra länder

Motsvarande regler gäller för den som är försäkrad i Sverige och som vistas eller är bosatt i annat EU/EES-land eller Schweiz. I dessa fall har personen rätt till tandvård enligt det andra landets regler.

3.2.2 Nordiska konventionen om social trygghet

Den nordiska konventionen om social trygghet omfattar samma sakområden som förordning 883/2004, men har en något vidare personkrets. Den som är bosatt i Norden och får nödvändig tandvård vid tillfällig vistelse i ett annat nordiskt land behöver enligt konventionen inte visa upp ett EU-kort eller annat intyg. I stället ska personen vid vårdtillfället visa upp en id-handling och uppge sin bostadsadress.

De nordiska länderna är Danmark, Finland, Färöarna, Grönland, Island, Norge och Sverige. Läs mer i vägledning (2017:1) *Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal, samt vägledning 2021:1 Vård i gränsöverskridande situationer.*

3.2.3 Tandvård enligt avtal om social trygghet

Tandvård ingår i Sveriges avtal om social trygghet med Australien, Förenade Konungariket Storbritannien och Nordirland, de brittiska kanalöarna samt delstaten Quebec. Vad detta innebär och vilka rättigheter en person kan ha i Sverige eller i andra länder enligt olika bestämmelser i avtalen beskrivs närmare i vägledning 2021:1 *Vård i gränsöverskridande situationer.*

Rätt till statligt tandvårdsstöd enligt avtalen

Personer och deras familjemedlemmar som omfattas av något av aktuella avtal om social trygghet som Sverige har, har rätt till statligt tandvårdsstöd för tandvård som är nödvändig i Sverige. Det beror på att tandvård har inkluderats i avtalen och innebär att dessa personer ska få tandvård i aktuella situationer på samma villkor som de som har rätt till statligt tandvårdsstöd enligt 1 kap. 5 § STL.

Rätten till statligt tandvårdsstöd på grund av ett avtal ska styrkas med ett intyg eller en handling. Om en vårdgivare har behandlat en patient som har rätt till vårdförmåner enligt avtal, ska vårdgivaren skicka in en kopia av intyget till Försäkringskassan. (5 § FKFS 2008:6)

Vilka olika intyg som krävs i olika situationer för att ha rätt till statligt tandvårdsstöd, beskrivs längre fram i kapitlet.

Rätt till tandvård i avtalsländerna

Motsvarande regler kan gälla för den som är försäkrad i Sverige och som vistas eller arbetar i något av de länder som Sverige har avtal med. Läs mer vad som gäller enligt respektive avtal i vägledning 2021:1 *Vård i gränsöverskridande situationer.*

3.3 Rätt till ersättning med stöd av mer än ett regelverk

En person kan ha haft rätt till statligt tandvårdsstöd både vid tidpunkten för tilldelning av allmänt tandvårdsbidrag och vid behandlingstillfället, men med stöd av olika regelverk. Till exempel kan hen ha haft rätt till tandvårdsstöd enligt förordning 883/2004 eftersom hen befann sig i en gränsöverskridande situation och tillfälligt vistades i Sverige vid tilldelningen av allmänt tandvårdsbidrag men var i stället bosatt i Sverige enligt socialförsäkringsbalken vid behandlingstillfället, eller tvärtom. Bedömningen av rätten till tandvårdsstöd vilar då på olika grunder vid de olika tillfällena.

I en sådan situation bedöms först rätten till tandvårdsstöd utifrån de omständigheter som gällde när behandlingen påbörjades. Sedan bedöms rätten till allmänt tandvårdsbidrag utifrån de förhållanden som gällde den 1 juli respektive år. Det är alltså inte nödvändigt att personen omfattas av samma regelverk vid behandlingstillfället som vid tilldelningen av tandvårdsbidraget. Det är inte heller nödvändigt att personens rätt till allmänt tandvårdsbidrag för respektive år grundar sig på samma regelverk.

3.4 Metodstöd – att bedöma behov av intyg för rätt till tandvårdsstöd

I det här avsnittet kan du läsa om vilket intyg som en person behöver för att ha rätt till det statliga tandvårdsstödet vid vårdtillfället när han eller hon:

- vistas tillfälligt i Sverige
- studerar
- är pensionärer
- bor och arbetar i olika länder.

Vid behov av ytterligare information, se vägledning 2021:1 *Vård i gränsöverskridande situationer*. Personen måste uppfylla de villkor som krävs för att ha rätt till tandvårdsstöd även vid tilldelningstillfället om vårdgivaren har begärt tandvårdsbidrag.

3.4.1 Personer som vistas tillfälligt i Sverige

Följande tabell visar vilka personer som har rätt till statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård vid tillfällig vistelse i Sverige, och vilket dokument de behöver visa vårdgivaren vid besöket.

En person ...	behöver visa ...
som tillfälligt vistas i Sverige och som är försäkrad i ett EU/EES-land eller Schweiz men inte i Norden	ett EU-kort eller ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort
som är försäkrad i ett annat nordiskt land och som tillfälligt vistas i Sverige	ett EU-kort eller ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort, eller en id-handling och uppgift om hemadress i landet där personen är försäkrad
från Australien som tillfälligt vistas i Sverige	ett giltigt australienskt pass, eller ett annat giltigt pass tillsammans med ett tillstånd för att vistas under obegränsad tid i Australien
från Storbritannien inklusive Nordirland som vistas tillfälligt i Sverige	ett Global Health Insurance Card (GHIC), ett brittiskt EU-kort, provisoriskt intyg om innehav av EU-kort eller ett giltigt pass från Storbritannien
från de brittiska kanalöarna som tillfälligt vistas i Sverige	ett giltigt pass från Storbritannien eller försäkringsbevis från någon av kanalöarnas officiella myndigheter

3.4.2 Studerande

Följande tabell visar vad som gäller för studenters rätt till statligt tandvårdsstöd i Sverige. Vilka intyg man behöver beror på vilket land man kommer från och var man är försäkrad.

En studerande ...	behöver ...	och har rätt till ...
som är försäkrad i ett annat EU/EES-land eller Schweiz, och som studerar i Sverige	ett EU-kort eller ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård

En studerande ...	behöver ...	och har rätt till ...
som studerar i Sverige och är från ett annat nordiskt land och som är försäkrad i det nordiska landet	ett EU-kort eller ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort eller en id-handling och uppgift om hemadress i landet där studenten är försäkrad	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård
som studerar i Sverige och är från Quebec	ett intyg från det behöriga försäkringsorganet i Quebec och ett inskrivningsintyg från en läroanstalt i Sverige som omfattas av den svenska lagstiftningen om studiestöd	statligt tandvårdsstöd
som vistas tillfälligt i Sverige och som studerar i ett annat EU/EES-land eller Schweiz och är försäkrad i studielandet	Ett EU-kort eller ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort från studielandet	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård
som vistas tillfälligt i Sverige och som studerar i ett annat nordiskt land och är försäkrad där	ett EU-kort eller ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort från studielandet eller id-handling och uppgift om hemadress i landet där studenten är försäkrad	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård.
som studerar i Sverige och är från Storbritannien inklusive Nordirland	ett Global Health Insurance Card (GHIC), ett brittiskt EU-kort, provisoriskt intyg om innehav av EU-kort eller ett giltigt pass från Storbritannien	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård.

3.4.3 Pensionärer

Följande tabell visar vad som gäller för pensionärers rätt till statligt tandvårdsstöd i Sverige.

En svensk pensionär ...	behöver ...	och har rätt till ...
som bor i ett annat EU/EES-land, Storbritannien inklusive Nordirland eller i Schweiz, och har sin huvudsakliga pension från Sverige	intyg FK 5163	statligt tandvårdsstöd
som bor i ett annat EU/EES-land eller Schweiz och har pension från bosättningslandet, eller mer pension från något annat land än Sverige	ett EU-kort eller ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort från något av dessa länder	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård.

3.4.4 Personer som bor och arbetar i olika länder

Följande tabell visar vad som gäller för personers rätt till statligt tandvårdsstöd i Sverige när personen bor och arbetar i olika länder.

En person som ...	ska visa ...	för att få ...
bor i Sverige, är anställd och arbetar i ett annat EU/EES-land eller Schweiz. Gäller även gränsarbetare	intyg FK 5164	statligt tandvårdsstöd
är gränsarbetare	intyg FK 5164	statligt tandvårdsstöd
är sjöman, bor i Sverige och är anställd på ett havsgående fartyg från ett annat EU/EES-land eller Schweiz	intyg FK 5164	statligt tandvårdsstöd
är anställd och utsänd (offentligt eller privat anställd) till Sverige från ett annat EU/EES-land eller Schweiz	intyg FK 5164 Vid tillfällig vistelse kan personen visa upp ett EU-kort eller ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort	statligt tandvårdsstöd statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård
är diplomat, bor i Sverige och är anställd i ett annat EU/EES-land eller Schweiz	intyg FK 5164 Vid tillfällig vistelse kan personen visa upp EU-kort eller provisoriskt intyg om innehav av EU-kort	statligt tandvårdsstöd statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård
är från Quebec, arbetar i Sverige, eller är utsänd till Sverige under kortare tid än ett år	ett intyg från det behöriga försäkringsorganet i Quebec eller ett intyg om arbetstillstånd	statligt tandvårdsstöd.

3.4.5 Personer som enligt EU-rätten anses bosatta i Sverige utan att vara folkbokförda

Vissa personer omfattas av svensk lagstiftning på grund av bosättning enligt artikel 11.3.e i förordning 883/2004 och anses bosatta i Sverige enligt EU-rätten, trots att de fått avslag på begäran om att bli folkbokförda i Sverige. Regionerna ska erbjuda dessa personer hälso- och sjukvård samt tandvård till samma patientavgifter som personer som är folkbokförda i Sverige. Dessa personer har även rätt till statligt tandvårdsstöd. För att få hälso- och sjukvård eller tandvård ska personen visa upp intyg 5230 vid vårdtillfället. Läs mer om intyg 5230 i vägledning 2021:1 *Vård i gränsöverskridande situationer*.

3.5 Särskilda rättigheter för vissa grupper

3.5.1 Personer som omfattas av EU:s tjänsteföreskrifter

En person som är anställd av en EU-institution kan omfattas av EU:s interna regler, förordning nr 31 (EEG) och förordning nr 11 (EKSG) om tjänsteföreskrifter för tjänstemän och anställningsvillkor för övriga anställda i den Europeiska ekonomiska gemenskapen och Europeiska atomenergigemenskapen. Du kan läsa mer om den här personkategorin i vägledning 2021:1 *Vård i gränsöverskridande situationer*.

3.5.2 Asylsökande

Asylsökande är personer som inte är bosatta i Sverige men som ansökt om uppehållstillstånd och uppgett flyktinskäl i sin ansökan (3 kap. 2 § utlänningslagen [1989:529]).

Asylsökande har rätt till akut tandvård men inte rätt till statligt tandvårdsstöd. Det är regionen som beslutar om vilken vård en asylsökande kan få. Regionen får ersättning

för vården från staten, genom Migrationsverket. Övrig tandvård måste patienten betala själv.

Asylsökande barn och ungdomar under 18 år får tandvård på samma villkor som andra barn och ungdomar i Sverige, det vill säga utan att behöva betala för den. (Lag [2008:344] om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.)

3.5.3 Personer som vistas i Sverige utan tillstånd

Personer som vistas i Sverige utan tillstånd, till exempel personer som rörs av ett lagakraftvunnet utvisningsbeslut, har rätt till akut tandvård men inte till statligt tandvårdsstöd. Det är regionen som beslutar om vilken vård en sådan person kan få. Regionerna får ersättning för vården från staten.

Barn och ungdomar under 18 år, som vistas i Sverige utan tillstånd, ska erbjudas tandvård på samma villkor som andra barn och ungdomar i Sverige, utan kostnad. (Lag [2013:407] om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.)

3.5.4 Hiv-smittade inom den svenska hälso- och sjukvården

Personer som vid behandling inom den svenska hälso- och sjukvården fått infektion av hiv genom smitta vid användning av blod eller blodprodukter har rätt till avgiftsfria sjukvårdsförmåner (3 § lagen [1993:332] om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade). Det innebär att all tandvård för dessa patienter är avgiftsfri. Regionerna ansvarar för tandvården för dessa personer. Regionerna begär i sin tur sedan ersättning från Försäkringskassan.

Försäkringskassan ska betala ersättning till patienter som trots sin rätt till avgiftsfri tandvård har varit tvungen att betala den själv (1 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter [RFFS 1998:4] om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade). Om patienten skickar in ett kvitto som bekräftar att hon eller han själv betalat vården så kan Försäkringskassan göra en manuell betalning till patienten.

3.5.5 Totalförsvarspliktiga

Totalförsvarspliktiga kan få avgiftsfri tandvård för akut tandvård och annan nödvändig vård för att tandhälsan inte ska försämrans under totalförsvarsplikten. Denna vård betalas av Försvarsmakten. För mer detaljerad information om vad som gäller, se kap. 11 *Totalförsvarets pliktverks föreskrifter* (TPVFS 2002:2) om förmåner till totalförsvarspliktiga under tjänstgöring.

3.5.6 Omhändertagna

Omhändertagna personer som omfattas av den bosättningsbaserade socialförsäkringen har rätt till statligt tandvårdsstöd. Regionerna betalar tandvården för omhändertagna personer som inte är bosatta i Sverige, men som har rätt till vård i Sverige med stöd av förordning 883/2004 eller konventioner och överenskommelser om sjukvårdsförmåner. Se vägledning 2021:1 *Vård i gränsöverskridande situationer*.

3.5.7 Arbetsskada

En person som haft kostnader för tandvård på grund av en arbetsskada kan få ersättning från arbetsskadeförsäkringen. En förutsättning är att vårdgivaren är ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för tandvårdsstöd. Vårdgivaren ska alltid på vanligt sätt och inom två veckor rapportera och begära ersättning enligt reglerna för

statligt tandvårdsstöd. Det betyder att eventuell ersättning från det statliga tandvårdsstödet lämnas innan ersättning enligt arbetsskadeförsäkringen blir aktuell.

Läs mer om arbetsskador i vägledning 2003:4 *Förmåner vid arbetsskada*.

4 Beräkning och utbetalning

I det här kapitlet beskrivs ersättnings- och beräkningsregler för de olika delarna i det statliga tandvårdsstödet:

- allmänt tandvårdsbidrag (ATB)
- särskilt tandvårdsbidrag (STB)
- högkostnadsskydd
- sent inkommen begäran om ersättning
- abonnemangstandvård.

När både allmänt tandvårdsbidrag och särskilt tandvårdsbidrag avses benämns detta som tandvårdsbidrag.

4.1 Allmänt tandvårdsbidrag

Syftet med det allmänna tandvårdsbidraget är att uppmuntra till regelbundna tandvårdsbesök. Bidraget finns som ett tillgodohavande hos Försäkringskassan.

Det allmänna tandvårdsbidraget tilldelas patienten den 1 juli varje år från och med det år patienten fyller 24 år. Bidragets storlek beror på patientens ålder:

- Den som är 30–64 år får 300 kronor.
- De som är 24–29 år samt 65 år och äldre får 600 kronor (2 kap. 1 § STL och 4 § STF).

Från och med den 1 juli 2017 sänktes åldersgränsen från 75 till 65 år för det högre allmänna tandvårdsbidraget.

Det allmänna tandvårdsbidraget får användas för att betala en del av kostnaderna för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder.

Det går att spara det allmänna tandvårdsbidraget i två år. Om man har kvar två bidrag den 1 juli när nytt tilldelas så försvinner det äldsta bidraget och ersätts med ett nytt. (2 kap. 1 § STL) Det allmänna tandvårdsbidraget måste användas vid ett tillfälle och kan inte delas upp. Däremot kan man använda två bidrag under ett år, samtidigt eller vid två olika behandlingstillfällen.

För att det allmänna tandvårdsbidraget ska kunna betalas ut måste patienten vara försäkrad för bosättningsbaserade förmåner enligt 4 och 5 kap. SFB eller, utan att vara bosatt här, ha rätt till förmåner enligt förordning 883/2004 den 1 juli det år som bidraget tilldelas (2 kap. 1 § STL). Patienter som uppfyller kraven för att vara försäkrade enligt socialförsäkringsbalken först efter den 1 juli ett år, har inte rätt till allmänt tandvårdsbidrag förrän den 1 juli året efter det. För de här patienterna får vårdgivaren information via Försäkringskassans elektroniska system om att det finns allmänt tandvårdsbidrag som inte utnyttjats. Om patienten väljer att använda ett allmänt tandvårdsbidrag som tilldelats innan patienten var försäkrad för bosättningsbaserade förmåner, faller besöket ut för manuell handläggning eftersom patienten inte har laglig rätt till det tandvårdsbidraget. Försäkringskassan kommer då att utreda om patienten har rätt till det begärda allmänna tandvårdsbidraget.

4.2 Tandvårdsbidrag som ett tillgodohavande

Tandvårdsbidrag hanteras som ett tillgodohavande som patienten har hos Försäkringskassan. Hanteringen sker elektroniskt. Patienten bestämmer när han eller hon vill använda bidraget, men det är vårdgivaren som begär och får tandvårdsbidraget utbetalat till sig. Tandvårdsbidraget kommer patienten till del genom att det dras av från den avgift som patienten betalar till vårdgivaren.

4.2.1 Tandvårdsbidrag i förhållande till tandvårdsersättning

Den del av tandvårdskostnaderna som betalas med tandvårdsbidraget får inte ligga till grund för beräkning av tandvårdsersättning (2 kap. 5 § STL). Anledningen är att de tandvårdsåtgärder som betalas med tandvårdsbidrag redan är subventionerade. Om tandvårdsbidraget ingick i beräkningen av tandvårdsersättning skulle vissa tandvårdsåtgärder komma att subventioneras två gånger (prop. 2011/12:7 s. 33).

4.2.2 Tandvårdsbidrag som använts av en annan vårdgivare

Om Försäkringskassan fattar ett negativt beslut i ett eller flera patientbesök för en vårdgivare där tandvårdsbidrag har begärts eller har betalats ut, kan Försäkringskassan i vissa fall betala ut fler tandvårdsbidrag än patienten har rätt till. Det kan gälla om vårdgivaren begär omprövning av ett beslut där tandvårdsbidrag har begärts eller betalats ut och Försäkringskassan ändrar beslutet. När omprövningsbeslutet ska verkställas upptäcks att tandvårdsbidragen har använts av en annan vårdgivare efter avslagsbeslutet, men innan omprövningsbeslutet fattades. I dessa undantagsfall ska tandvårdsbidragen betalas ut till båda vårdgivarna.

4.2.3 Tandvårdsbidrag som används för betalning av avtal om abonnemangstandvård

En patient som har rätt till allmänt eller särskilt tandvårdsbidrag får använda bidraget för att betala sitt avtal om abonnemangstandvård. Eftersom abonnemangstandvården även omfattar reparativa tandvårdsåtgärder, kommer det särskilda tandvårdsbidraget i dessa fall även att kunna användas för betalning av annan tandvård än förebyggande tandvård (prop. 2011/12:7 s. 28). Detta är ett undantag från huvudregeln att det särskilda tandvårdsbidraget bara kan användas för betalning av vissa förebyggande tandvårdsåtgärder. Läs mer under avsnitt 4.6, *Abonnemangstandvård*.

4.3 Särskilt tandvårdsbidrag

Patienter som har en sjukdom eller funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa kan ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag. Patienten kan använda det särskilda tandvårdsbidraget på 600 kronor två gånger om året, den 1 januari och den 1 juli (4 a, 4 b §§ STF). Syftet med bidraget är att uppmuntra till förebyggande tandvård så att allvarliga tandsjukdomar kan undvikas. Det är därför endast tillåtet att använda det särskilda tandvårdsbidraget till vissa förutbestämda tandvårdsåtgärder. Vilka dessa åtgärder är framgår av 6 § TLVFS.

Det särskilda tandvårdsbidraget kan delas upp och användas vid fler än ett tillfälle. Om patienten inte använder hela det särskilda tandvårdsbidraget vid ett besök finns den resterande delen kvar som ett tillgodohavande (2 kap. 1 a § jämförd med 2 kap. 1 § STL). Denna del måste användas under det innevarande halvåret. Det går alltså inte att spara hela eller delar av det särskilda tandvårdsbidraget (2 kap. 1 a § STL) till nästa halvår.

För att det särskilda tandvårdsbidraget ska kunna betalas ut måste patienten vara försäkrad för bosättningsbaserade förmåner enligt 4 och 5 kap. SFB (2 kap. 1 a § STL).

4.3.1 Sjukdomar eller funktionsnedsättningar som ger rätt till särskilt tandvårdsbidrag

För att ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag ska patienten enligt 4 a § STF ha någon av följande sjukdomar/funktionsnedsättningar:

- vara muntorr på grund av långvarig läkemedelsbehandling
- vara muntorr på grund av strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen
- ha Sjögrens syndrom
- ha kronisk obstruktiv lungsjukdom och har ordinerats syrgas eller näringsdryck
- ha cystisk fibros
- ha ulcerös colit
- ha Crohns sjukdom
- ha tarmsvikt
- ha frätskador på tänderna och anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom
- ha svårinställd diabetes
- genomgå dialysbehandling
- vara immunosupprimerad på grund av läkemedelsbehandling
- ha genomgått en organtransplantation.

Socialstyrelsen har i föreskrifter tydliggjort gränserna för när en patient ska anses ha någon av de uppräknade sjukdomarna eller funktionsnedsättningarna (SOSFS 2012:16). Det är när den förebyggande tandvårdsåtgärden påbörjas som patienten ska ha någon av sjukdomarna eller funktionsnedsättningarna (2 kap. 1 a § 2 STL).

4.3.2 Vårdgivaren bedömer rätten till särskilt tandvårdsbidrag

En behandlare hos vårdgivaren bedömer om en patient är berättigad till särskilt tandvårdsbidrag genom att kontrollera att patienten har de intyg som behövs för att visa att han eller hon hör till en ersättningsberättigad grupp. Om patienten har en livslång sjukdom som är känd av behandlaren och som finns dokumenterad i tandvårdens journal så behövs inte något intyg.

Vanligtvis är det tillräckligt att vårdgivaren kontrollerar att patienten har intyg som visar att han eller hon hör till en grupp som har rätt till särskilt tandvårdsbidrag. När det gäller de patientgrupper där även salivprov krävs, kommer vårdgivaren också att behöva göra en bedömning av salivprovsvärdet. Den grad av muntorrhet som krävs för att en patient ska tillhöra en ersättningsberättigad grupp framgår av Socialstyrelsens föreskrifter.

4.3.3 Förhandsprövning av rätten till särskilt tandvårdsbidrag

En patient kan ansöka om att Försäkringskassan förhandsprövar rätten till särskilt tandvårdsbidrag. Även patientens vårdgivare kan ansöka om förhandsprövning av särskilt tandvårdsbidrag (4 kap. 5 a § STL).

Vid en förhandsprövning ska Försäkringskassan besluta om huruvida patienten uppfyller villkoren för särskilt tandvårdsbidrag (4 kap. 5 a § STL), det vill säga om patienten har någon av de sjukdomar eller funktionsnedsättningar som krävs för att ha rätt till bidraget.

Ansökan om förhandsprövning ska göras på en fastställd blankett och till ansökan ska man bifoga det underlag som är aktuellt för patienten. Vilket underlag som behövs beror

på patientens diagnos. Närmare information om vilket underlag som behövs finns i *Socialstyrelsens föreskrifter om särskilt tandvårdsbidrag (SOSFS 2012:16)*. Socialstyrelsen har även utformat en blankett för läkarintyg specifikt för särskilt tandvårdsbidrag. Dock kan patienten i de flesta fall få intyget av den läkare som han eller hon vanligtvis har kontakt med.

Försäkringskassans beslut om särskilt tandvårdsbidrag fattas utifrån Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:16), där det beskrivs vilka underlag som krävs för att olika patientgrupper ska ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag. Läkarintyg behövs i regel för förhandsprövningen, i vissa fall tillsammans med resultatet av ett salivprov. Beslutet om att patienten tillhör en av patientgrupperna som har rätt till särskilt tandvårdsbidrag gäller antingen i fyra år eller tills vidare. För de diagnoser där underlaget ska förnyas efter fyra år fattas beslut om särskilt tandvårdsbidrag för fyra år. Underlaget behöver inte förnyas om beslutet gäller tills vidare.

En förutsättning för att ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag är att patienten uppfyller villkoren för att vara försäkrad för det statliga tandvårdsstödet. Eftersom beslutet gäller under lång tid kan den förutsättningen ändras. En patient som inte längre är försäkrad förlorar sin rätt till särskilt tandvårdsbidrag.

Om beslutet går patienten emot kan det omprövas. Läs mer under avsnitt 9.8 *Förhandsprövning av särskilt tandvårdsbidrag*.

4.4 Högkostnadsskydd

Det statliga tandvårdsstödet högkostnadsskydd innebär att staten betalar en del av kostnaderna till patienter med stora tandvårdsbehov. Grunden för högkostnadsskyddet är de ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som vårdgivare rapporterat in för en patient under en tolv månadersperiod. Detta utgör patientens ersättningsgrundande belopp. (2 kap. 4 § STL)

Den ersättning som betalas ut med stöd av högkostnadsskyddet kallas tandvårdsersättning. Beräkningen av tandvårdsersättning utgår från patientens aktuella ersättningsgrundande belopp. För varje tandvårdsåtgärd som ingår i patientens ersättningsgrundande belopp finns ett referenspris som tandvårdsersättningen beräknas utifrån. Men om vårdgivarens pris för den aktuella åtgärden är lägre ska det priset ligga till grund för beräkningen (2 kap. 4 § STL).

4.4.1 Beräkning av tandvårdsersättning

Högkostnadsskyddet i form av tandvårdsersättning börjar betalas ut när en patient under en tolv månadersperiod fått ersättningsberättigande åtgärder utförda till en kostnad som överstiger 3 000 kronor. Patienten måste själv stå för tandvårdskostnader upp till 3 000 kronor under denna period. Med kostnad avses det lägsta priset av vårdgivar- och referenspriset för varje åtgärd. (2 kap. 4 § STL)

- I intervallet 3 000 kronor till 15 000 kronor är ersättningen 50 procent.
- För den del som överstiger 15 000 kronor är ersättningen 85 procent. (3 § TLVFS)

Exempel

Bertil har under en tiomånadersperiod fått en omfattande protetisk behandling. Hans tandläkare har löpande rapporterat de slutförda behandlingsåtgärderna till Försäkringskassan. Kostnaden för behandlingen var 47 000 kronor, vilket är Bertils totala ersättningsgrundande belopp under ersättningsperioden.

Försäkringskassan beräknar Bertils sammanlagda ersättning så här:

För tandvårdskostnaderna från 3 000 kronor upp till 15 000 kronor har Bertil rätt till ersättning med 6 000 kronor $(15\ 000 - 3\ 000) \times (0,50)$.

För tandvårdskostnaderna över 15 000 kronor har Bertil rätt till 27 200 kronor i ersättning $(47\ 000 - 15\ 000) \times (0,85)$.

Totalt har alltså Bertil rätt till 33 200 kronor i ersättning $(6\ 000 + 27\ 200)$.

4.4.2 Referenspriser

För varje tandvårdsåtgärd som ingår i högkostnadsskyddet finns ett referenspris som tandvårdsersättningen beräknas utifrån.

För de flesta åtgärder finns enligt TLVFS 2012:2 Bilaga 2, två referenspriser, ett för allmän tandvård och ett för specialisttandvård.

Referenspris för specialisttandvård får användas om följande krav är uppfyllda (5 § TLVFS 2012:2):

- Patienten ska ha remitterats till en tandläkare med bevis om specialistkompetens.
- Tandvårdsåtgärderna ska avse det behandlingsbehov som beskrivs eller efterfrågas i remissen.
- Remissen ska komma från en behandlare inom tandvård eller övrig hälso- och sjukvård.
- Tandvårdsåtgärderna ska utföras inom specialistens kompetensområde.

Referenspriset för specialisttandvård kan också användas om det finns särskilda skäl. Det kan vara när åtgärderna i remissen kräver att specialisten även utför ytterligare åtgärder som ett led i, eller för att möjliggöra, åtgärderna i remissen. I sådana fall kan referenspriset för specialisttandvård användas även för de åtgärder som inte omnämns i remissen. (Allmänt råd till 5 § TLVFS 2012:2) Läs mer under avsnitt 5.6.1, *Remiss och specialisttandvård*.

Socialstyrelsens förteckning över tandläkare med specialistkompetens finns inlagda i Tanden.

4.4.3 Om vårdgivaren har ett annat pris än referenspriset

Den ersättning som en patient ska få beräknas utifrån det referenspris som åtgärden har. Men om vårdgivarens pris för den aktuella åtgärden är lägre är det detta pris som ska ligga till grund för beräkningen (2 kap. 4 § STL).

För att rapporteringen till Försäkringskassan ska bli korrekt måste vårdgivaren ange aktuellt pris för varje enskild patient och åtgärd. Eventuella rabatter ska vara avräknade och överskjutande kostnader ska vara inräknade i det vårdgivarpris som rapporteras in.

Vårdgivaren ska upprätta ett underlag för beräkning av tandvårdsstöd för åtgärder som vårdgivaren har utfört på en patient (15 § STF). Det innebär att vårdgivaren ska rapportera in den utförda vården till Försäkringskassan, även om en patient inte betalar något för behandlingen. Vårdgivarens pris anges då till noll kronor.

Om patienten fått rabatt

Om patienten har fått rabatt av sin behandlare ska den vara avräknad i det vårdgivarpris som rapporteras in. Framgår det under Försäkringskassans utredning att patienten har fått rabatt på utförd tandvård, men att det är oklart hur stor rabatten är eller om den har avräknats från det inrapporterade vårdgivarpriset, ska vårdgivaren komplettera insänt underlag genom att specificera rabatten i förhållande till vårdgivarpriset per åtgärd.

I de fall vårdgivaren inte specificerar vilken rabatt patienten har fått kan Försäkringskassan inte avgöra vilket pris respektive åtgärd har. Försäkringskassan får då återkräva utbetald tandvårdsersättning genom att ändra inrapporterat vårdgivarpris till noll kronor för samtliga åtgärder i det aktuella patientbesöket.

Om patienten fått en avbetalningsplan

När vårdgivaren och patienten har kommit överens om en avbetalningsplan ska vårdgivaren rapportera in varje åtgärd med respektive vårdgivarpris. Vårdgivaren måste också upprätta och dokumentera en plan för vilken behandling, det vill säga vilka åtgärder, som avbetalningsplanen gäller och hur avbetalningarna ska ske.

Avbetalningsplanen ska normalt upprättas i samband med att vården utförs. Läs mer om hur Försäkringskassan kontrollerar patientens kostnad i avsnitt 5.5.1, *Patientens kostnad*.

4.4.4 Ersättningsperioden

Tandvårdsersättning beräknas under en ersättningsperiod av högst ett år. Ersättningsperioden kan inte förlängas. Den börjar när den första ersättningsberättigande åtgärden är slutförd och har inget samband med kalenderåret (2 kap. 4 § STL).

Patienten kan välja att starta en ny ersättningsperiod innan den pågående perioden är avslutad (2 kap. 4 § STL). Om patienten vill starta en ny ersättningsperiod ska vårdgivaren anmäla det till Försäkringskassan senast i samband med att den första ersättningsberättigande åtgärden i den nya ersättningsperioden rapporteras (4 § FKFS 2008:6).

Det är inte tillåtet för vårdgivaren att i efterhand ta bort det patientbesök som startat en ersättningsperiod i avsikt att flytta fram ersättningsperiodens slutdatum.

Försäkringskassan ska kontakta vårdgivaren om denne lämnar in en ersättningsbegäran för sent och dessutom begär att startdatumet för patientens ersättningsperiod ska ändras. Vårdgivaren behöver då kunna styrka att denne var överens med patienten om ändringen när åtgärderna i den aktuella ersättningsbegäran utfördes. Det vanligaste och enklaste sättet att göra det är med en journalanteckning, men det går att göra på andra sätt. Om vårdgivaren inte kan styrka överenskommelsen kan begäran om ändrat startdatum avslås med stöd av 2 kap. 4 § STL och 4 § FKFS (2008:6).

Om ett tandläkarbesök som en patient gjort utomlands enligt ersättningslagen påverkar en pågående ersättningsperiods startdatum, ska Försäkringskassan kontakta patienten. Patienten får då avgöra om ersättningsperiodens startdatum ska ändras eller inte (2 kap. 4 § STL). Ett beslut om att ändra startdatum i en pågående ersättningsperiod kan medföra korrigerande och tilläggsutbetalning av efterföljande besök, eftersom patientens ersättningsgrundande belopp ändras. Patienten och vårdgivaren ska i så fall informeras om detta. Av breven ska framgå hur mycket ytterligare ersättning som

betalats ut till vårdgivaren. Patienten får sedan kontakta vårdgivaren för att begära sin ersättning från denne.

4.4.5 Prisberäkning vid tandvårdsbidrag

Den del av tandvårdskostnaderna som betalas med tandvårdsbidrag får inte ligga till grund för beräkningen av tandvårdsersättning (2 kap. 5 § STL). Om patienten väljer att använda båda tandvårdsbidragen i ett patientbesök kommer det särskilda tandvårdsbidraget alltid att dras före det allmänna tandvårdsbidraget. Tandvårdsbidragen räknas av från vårdgivarens pris.

Om tandvårdsbidrag begärs och patientbesöket innehåller flera åtgärder dras bidraget från den åtgärd som har högst vårdgivarpris. Om två åtgärder har samma vårdgivarpris dras bidraget från den åtgärd som har lägst referenspris. Om två åtgärder har samma vårdgivarpris och referenspris väljs en av åtgärderna slumpmässigt.

Det lägsta priset av vårdgivarens pris och referenspriset efter avräkning av begärt allmänt tandvårdsbidrag eller särskilt tandvårdsbidrag utgör åtgärdens ersättningsgrundande belopp. Om summan blir negativ så nollställs det ersättningsgrundande beloppet, eftersom det inte kan vara ett minusbelopp.

Exempel

Sven går till tandläkaren för en undersökning (åtgärd 101). Tandläkaren behöver göra en kompletterande undersökning (åtgärd 103) och upptäcker att Sven har ett hål i tand 12 som måste lagas (åtgärd 701).

Vid betalningen vill Sven använda båda sina tandvårdsbidrag som han har tillgängliga, ATB på 300 kronor och STB på 600 kronor. Enligt prisberäkningen ska STB beräknas först. Både åtgärd 101 och åtgärd 103 är åtgärder som berättigar till STB och därför väljs åtgärd 103 som har högst vårdgivarpris ($650 - 600 = 50$). Det innebär att 50 kronor ATB kommer att fördelas för åtgärd 103, eftersom åtgärden har det högsta vårdgivarpriset även för de åtgärder som inte är STB-relevanta. Resterande 250 kronor ATB räknas av från åtgärd 701 eftersom åtgärd 101 och åtgärd 701 har samma vårdgivarpris (500 kr) medan referenspriset för åtgärd 701 (545 kr) är lägre. Totalt blir det ersättningsgrundande beloppet 750 kronor.

Åtgärd	VG pris	Ref. pris	ATB	STB	HCP
101	500	745			500
103	650	335	50	600	0
701	500	555	250		250
Totalt	1 650	1 635	300	600	750

Exempel

Lisa går akut till tandläkaren eftersom hon har ont i en tand. Tandläkaren gör en akutundersökning (åtgärd 103) och ser att han behöver slipa lite på en tand (åtgärd 301).

Vid betalningen vill Lisa använda båda sina ATB på 300 kronor som hon har tillgängliga. ATB beräknas för åtgärd 103 eftersom båda åtgärderna i besöket har samma vårdgivarpris men åtgärd 103 har ett lägre referenspris än åtgärd 301. Eftersom summan blir negativ för åtgärd 103 ($335 - 600 = -265$), så nollställs det ersättningsgrundande beloppet. Det beror på att det inte får vara ett minusbelopp. Totalt blir det ersättningsgrundande beloppet 370 kronor.

Åtgärd	VG pris	Ref. pris	ATB	STB	HCP
103	600	335	600		(-265) 0
301	600	370			370
Totalt	1 200	705	600		370

4.4.6 Vårdgivaren får uppgifter från Försäkringskassan

Vårdgivaren behöver uppgifter från Försäkringskassan för att kunna beräkna patientens tandvårdskostnader. Försäkringskassan ska därför på begäran av vårdgivaren lämna de uppgifter som vårdgivaren behöver för beräkningen. (4 kap. 1 § STL)

Enligt 14 § STF ska Försäkringskassan lämna uppgifter om

- patienten omfattas av rätten till ersättning från det statliga tandvårdsstödet
- patienten utnyttjat sina tandvårdsbidrag
- patientens tandvårdskostnader för slutförda ersättningsberättigande åtgärder under ersättningsperioden
- startdatum som gäller för den aktuella ersättningsperioden
- datum för den senaste slutförda ersättningsberättigande åtgärden
- patienten omfattas av ett abonnemangsavtal och vad avtalet omfattar
- patientens rätt till STB enligt förhandsprövningsbeslut.

Av bestämmelsen framgår även att vårdgivaren endast får hämta dessa uppgifter för patienter som vårdgivaren ska behandla eller har behandlat.

En vårdgivare får alltså enbart begära ut uppgifter om ATB, STB eller högkostnadsskydd för patienter som redan behandlats eller står i begrepp att behandlas hos vårdgivaren. Det är inte tillåtet att göra förfrågningar om personer till Försäkringskassans it-system när det inte finns ett behandlar-patient-förhållande. Förfrågningar i marknadsföringssyfte för att hitta nya kunder är därför inte tillåtna.

Eftersom Försäkringskassan endast får lämna ut uppgifterna till vårdgivare är det heller inte tillåtet med funktioner på webbplatser eller i appar där vem som helst kan fylla i ett personnummer och få information om en persons tillgängliga tandvårdsbidrag eller högkostnadsskydd. Personer som inte har behandlats eller står i begrepp att behandlas hos en vårdgivare och har frågor om sin rätt till tandvårdsstöd ska vända sig direkt till Försäkringskassan.

4.5 Sent inkommen begäran om ersättning

För att vårdgivaren ska kunna få ersättning i form av tandvårdsersättning och tandvårdsbidrag ska begäran om ersättning komma in till Försäkringskassan senast två veckor efter det att den ersättningsberättigande åtgärden slutfördes (4 kap. 8 § STL). Om det finns särskilda skäl kan dock Försäkringskassan betala ut ersättning även när begäran kommer in för sent. Om åtgärderna rapporteras in senare än två veckor efter att de slutfördes så handläggs begäran om ersättning manuellt. En bedömning ska alltid göras i det enskilda ärendet och därför är det viktigt att komma ihåg att nedanstående exempel under avsnitt 4.5.1, *Särskilda skäl*, inte är en komplett uppräkningslista av alla tänkbara särskilda skäl.

4.5.1 Särskilda skäl

I några få undantagsfall kan Försäkringskassan bedöma att en begäran om ersättning som rapporteras in för sent ändå kan godkännas. Det gäller i situationer när ett avslag annars skulle anses som stötande.

Frågan om särskilda skäl har prövats av Kammarrätten i Sundsvall den 17 januari 2012 i mål nummer 2555–2568-11 och 2585–2589-11, Domsnytt 2012:33, och följande referat ger en vägledning om hur särskilda skäl bör betraktas.

Frågan i målen var om vårdgivarens datorhaveri utgjorde sådant särskilt skäl att dröjsmålet med rapporteringen av utförda tandvårdsbehandlingar ändå kunde godtas. Skälet till förseningen var att vårdgivarens datasystem hade havererat och att även vårdgivarens backupsystem hade visat sig vara felande.

Försäkringskassan avlog begäran om ersättning med motiveringen att interna dataproblem hos vårdgivaren inte utgjorde ett särskilt skäl att komma in med underlaget mer än två veckor för sent och de inte heller bedömde att det fanns något annat särskilt skäl. Försäkringskassan påpekade att det, trots datorhaveriet, funnits möjlighet att sköta rapporteringen elektroniskt med hjälp av e-legitimation. Vårdgivaren invände mot det och anförde dels att det skulle ta en månad att registrera en e-legitimation och att det därför inte skulle varit till någon hjälp, och dels att det inte finns något krav på att en vårdgivare med journalsystem även ska ha e-legitimation.

Kammarrätten anförde att särskilda skäl normalt utgörs av en undantagssituation som inte rimligen kan förutses och rent allmänt framstår som ursäktlig. Det innebär inte att kraven på den enskilde ska ställas alltför högt. Kammarrätten anförde vidare att när det gäller frågan om ifall ett haveri av ett datasystem kan utgöra särskilda skäl så bör det, förutom en tydlig dokumentation, även kunna ställas krav på att det funnits backupsystem som normalt skulle trätt i funktion. Om situationen är sådan att även backupsystemet havererat bör omständigheterna kunna anses vara så speciella att det finns särskilda skäl. Möjligheten att rapportera med hjälp av e-legitimation var inte så pass klagörande att det mot bolagets bestridande framstod som möjligt att bedöma om det varit en faktisk möjlighet i den situationen. Kammarrätten fann att det fanns sådana särskilda skäl att vårdgivarens rapportering skulle beaktas av Försäkringskassan trots att den inkom för sent.

Det viktigaste att ta fasta på i detta referat är uttalandet "särskilda skäl utgörs normalt av en undantagssituation som inte rimligen kan förutses och rent allmänt framstår som ursäktlig".

Funktionsproblem i IT-stöd

Om funktionsproblem i Försäkringskassans IT-stöd gjort att vårdgivaren inte kunnat lämna in underlag och begära ersättning i tid så kan det vara ett särskilt skäl (prop.

2007/08:49 s.171). Även funktionsproblem i de elektroniska journalsystem som är anslutna till Försäkringskassan kan godtas som särskilt skäl. Det är dock viktigt att notera att när funktionsproblemen hos Försäkringskassan eller i journalsystemen har upphört finns inte heller något hinder att rapportera in patientbesöket. Därmed finns då inte längre några särskilda skäl som gör att den sena inrapporteringen ska godtas.

Personliga skäl

Ett annat särskilt skäl kan vara om vårdgivaren blivit förhindrad att lämna ansökan i rätt tid på grund av allvarlig sjukdom hos vårdgivaren eller nära anhörig (prop. 2007/08:49 s.105 och 171). Hur och i vilken omfattning sjukdomen påverkat vårdgivarens möjlighet att lämna underlag inom två veckor måste bedömas från fall till fall. Det är inte tillåtet att göra efterforskningar om vårdgivarens sjukdom i några andra av Försäkringskassans register. Vårdgivaren måste styrka sin sjukdom direkt till den som handlägger det statliga tandvårdsstödet.

Personliga skäl accepteras bara som ett särskilt skäl av Försäkringskassan om de personliga skälen faktiskt gjorde att vårdgivaren förhindrades från att rapportera in patientbesöket i tid. Det innebär att om det fanns någon annan person hos vårdgivaren som kunde rapportera in patientbesöket finns inga särskilda skäl som gör att Försäkringskassan ska godta den för sena inrapporteringen. Om det inte fanns någon annan som hade behörighet att rapportera in patientbesöket ska vårdgivaren styrka sjukdomen som utgör de personliga skälen med ett läkarintyg.

Patient som inte är registrerad hos Försäkringskassan

Om en patient inte är registrerad hos Försäkringskassan när vårdgivaren begär ersättning går ärendet till manuell handläggning för utredning av om patienten har rätt till statligt tandvårdsstöd. Det kan även leda till att patientens försäkringstillhörighet behöver utredas och om patienten ska vara registrerad hos Försäkringskassan. Under utredningstiden kan vårdgivaren skicka in nya begäran om ersättning som även de går till manuell handläggning.

Vårdgivaren kan i stället välja att avvakta resultatet av utredningen som startades av den första inskickade ersättningsbegäran. Om utredningen visar att patienten har rätt till tandvårdsstöd kan vårdgivaren ha ett antal patientbesök att rapportera som är äldre än två veckor. Dessa kan ändå godkännas på grund av att det finns särskilda skäl, nämligen att vårdgivaren inväntat resultatet av Försäkringskassans utredning.

Om vårdgivaren skickat in begäran om ersättning som avslagits så kan besluten rättas genom ett ändringsbeslut, eftersom nödvändiga uppgifter saknades när beslutet fattades (4 kap. 9 § STL och 113 kap. 3 § SFB). Förutsättningen är givetvis att Försäkringskassan har fattat beslut om att patienten omfattades av det statliga tandvårdsstödet vid den tidpunkt när tandvårdsåtgärderna utfördes.

Återrapporterade och bortkorrigerade patientbesök

En begäran om ersättning som kommit in i tid och sedan korrigeras bort på vårdgivarens begäran eftersom hen har upptäckt fel i inrapporteringen och som därefter rapporteras in igen, då för sent, kan godkännas som särskilt skäl. Detta gäller inte de fall där återrapporteringen inte överensstämmer med ursprungsinrapporteringen, det vill säga där ytterligare åtgärder lagts till. I dessa kan de tillagda åtgärderna avslås. Detsamma gäller för ytterligare patientbesök som rapporteras in tillsammans med det första patientbesöket, så kallade åtgärdstillägg.

Vårdgivarens begäran om korrigering kan godkännas om den är placerad

- mellan den första och sista ersättningsbegäran i en ersättningsperiod
- som den sista ersättningsbegäran i en ersättningsperiod
- först i ersättningsperioden under förutsättning att vårdgivaren har rapporterat in eller kommer att rapportera in en ny ersättningsbegäran som ska ersätta den som korrigerats bort
- först i ersättningsperioden om ersättningsbegäran som ska korrigeras har gjorts på fel patient, fel besöksdatum eller om fel åtgärd har rapporterats in.

Tandvårdsåtgärd förhandsprövad hos regionen

En vårdgivare kan bedöma att en planerad tandvårdsåtgärd bör omfattas av regionens ansvar för tandvård och att regionen ska ersätta vårdgivaren för åtgärden. Följaktligen gör vårdgivaren en förhandsprövning av tandvårdsåtgärden hos regionen och lämnar inte någon begäran om statligt tandvårdsstöd till Försäkringskassan.

Om det i efterhand visar sig att vårdgivarens bedömning var felaktig och att regionen inte ersätter den utförda tandvårdsåtgärden, kommer begäran om ersättning från det statliga tandvårdsstödet att lämnas in för sent. I denna situation kan det anses som ett särskilt skäl. Försäkringskassan kan betala ut ersättning trots att begäran kom in för sent.

4.5.2 Högkostnadsskydd och tandvårdsbidrag vid sen inrapportering

Om ett patientbesök rapporterats in för sent och Försäkringskassan finner att det saknas något särskilt skäl till den fördröjda rapporteringen, ska det inte påverka bedömningen av om tandvårdsåtgärderna är ersättningsberättigande eller inte (2 kap.4 § och 4 kap. 8§ STL). Frågan har prövats av kammarrätten, den 2 november 2012 i mål nr 7958-11, Domsnytt 2019:026.

Patientens högkostnadsbelopp ska räknas upp utifrån den ersättningsberättigande vård som inrapporterats. Förutsättningen är dock att åtgärden skulle ha varit ersättningsberättigande om den rapporterats in i tid. Däremot ska varken någon tandvårdsersättning eller något tandvårdsbidrag betalas ut till vårdgivaren.

Motivet till detta är att den fördröjda rapporteringen ligger helt utanför patientens kontroll, att vården är ersättningsberättigande och att patientens högkostnadsskydd inte ska påverkas av att vårdgivaren rapporterat besöket för sent.

Om det finns efterföljande besök som har beslutats före det för sent rapporterade besöket, ska det avslagna besöket korrigeras i besöksdatumordning och efterföljande besök i beslutsdatumordning.

I de fall korrigeringarna medför tilläggsutbetalning av tandvårdsersättning ska Försäkringskassan skicka ett brev till patienten som beskriver att ytterligare tandvårdsersättning betalats till vårdgivaren. Om korrigeringen medför tilläggsutbetalning till annan vårdgivare ska även den vårdgivaren informeras.

För sent inkomna patientbesök med vårdgivarpris 0 kronor kan godkännas eftersom det inte finns någon ersättningsbegäran.

4.6 Abonnemangstandvård

Abonnemangstandvård innebär att en vårdgivare under tre år till ett fast pris ska ge en patient den tandvård som abonnemanget omfattar.

4.6.1 Abonnemangsavtal

Det allmänna och det särskilda tandvårdsbidraget får användas till betalning av ett abonnemangsavtal. En patient kan varje år, eller halvår, använda sitt tandvårdsbidrag som delbetalning för abonnemangstandvården. När tandvårdsbidraget används till abonnemanget så behöver det inte göras i samband med att en ersättningsberättigande åtgärd utförs.

Inom det statliga tandvårdsstödet finns regler för vad ett avtal om abonnemangstandvård ska innehålla för att det ska vara möjligt att använda tandvårdsbidrag som delbetalning för ett abonnemangsavtal. Vårdgivaren ska till ett fast pris, under en treårsperiod utföra viss tandvård som patienten behöver. Det finns inget hinder mot att betalningen fördelas på flera tillfällen, exempelvis i form av en månadsavgift.

Den tandvård som avtalet måste omfatta är

- undersökningar och utredningar
- hälsofrämjande insatser
- behandling av sjukdoms- och smärttillstånd
- reparativ vård.

Abonnemangsavtalet omfattar också undersökning och behandling vid akut vårdbehov. Patienten kan även välja att utvidga abonnemangsavtalet till att omfatta annan tandvård. (2 kap. 2 § STL)

Vårdgivaren ska rapportera abonnemangsavtalen till Försäkringskassan. De uppgifter som vårdgivaren ska rapportera är vilken period som abonnemangsavtalet omfattar, det vill säga när abonnemangsavtalet börjar och slutar. Om abonnemangsavtalet innehåller tandvård utöver den som är obligatorisk ska det också rapporteras. Slutligen ska avgiften för abonnemanget rapporteras. (16 § STF) Med avgift menas det sammanlagda priset som patienten betalar under treårsperioden.

4.6.2 BTB Avtal

När vårdgivaren begär ersättning för tandvårdsbidrag som har använts som delbetalning av ett avtal om abonnemangstandvård görs detta genom transaktionstypen "Begäran om tandvårdsbidrag för avtal om abonnemangstandvård", BTB Avtal. Begäran skapas av vårdgivaren genom en efterföljande transaktion på avtalet där man begär tandvårdsbidrag. När ersättning begärs för ett särskilt tandvårdsbidrag går det endast att begära hela det belopp som är tillgängligt, summan för bidraget går inte att dela.

Utredning av försäkringstillhörighet görs inte när abonnemangsavtalet skapas utan blir först aktuellt när vårdgivaren rapporterar in patientbesök eller begär tandvårdsbidrag genom ett BTB Avtal.

Patienter som har rätt till tandvårdsstöd med stöd av förordning 883/2004 kan ha ett abonnemangsavtal. Patienter som endast har rätt till nödvändig tandvård har dock inte rätt till tandvårdsbidrag som är kopplat till abonnemangsavtal eftersom abonnemangsavtal innebär ett avtal om planerad vård.

4.6.3 Abonnemangsavtal i förhållande till tandvårdsersättning

Abonnemangsavtal i sig är inte en ersättningsberättigande åtgärd, och den kostnad en patient har ska därför inte ligga till grund för beräkning av tandvårdsersättning.

Tandvård som omfattas av ett avtal om abonnemangstandvård får inte ligga till grund för beräkning av tandvårdsersättning (2 kap. 5 § STL). När en person har abonnemangstandvård är vårdgivarens pris för en utförd åtgärd som ingår i abonnemanget noll kronor. Trots det ska åtgärden rapporteras in till Försäkringskassan, även om det inte leder till någon utbetalning av tandvårdsstöd. Detta gäller också när vården utförs av en annan vårdgivare än den som patienten har ett abonnemangsavtal med, ifall åtgärden omfattas av abonnemangsavtalet. Däremot får tandvård som inte ingår i avtalet tas med i beräkningen av tandvårdsersättning.

Exempel

William har ett abonnemangsavtal med sin tandläkare. Avtalet omfattar bara den obligatoriska vården. Han betalar 90 kronor varje månad för sitt abonnemang. Han brukar använda sitt allmänna tandvårdsbidrag, så att hans årskostnad för avtalet blir 780 kronor ($90 \times 12 - 300 = 780$). Denna kostnad är inte ersättningsberättigande och kan alltså inte ligga till grund för högkostnads-skyddet.

Undantag är i de fall behandling utförs på grund av arbetsskada eller olycksfall. Vårdgivaren ska då markera i rutan "Abonnemangspatient som behandlats för arbetsskada/olycksfall" i Tandens och radstatus ändras till godkänd och behandlingen blir därmed ersättningsgrundande.

4.6.4 Rapportering av abonnemangsavtal

Vårdgivarna har skyldighet att rapportera när en patient ingår ett avtal om abonnemangstandvård (16 § STF). Vilka övriga uppgifter som ska rapporteras framgår av avsnitt 4.6.1, *Abonnemangsavtal*.

Samma skyldighet att rapportera finns även när ett avtal om abonnemangstandvård upphör att gälla i förtid. Uppgift om avtalen ska lämnas inom två veckor. Denna tidsgräns gäller både när ett avtal ingåtts eller upphört att gälla i förtid. (16 § STF)

En patient kan av någon anledning välja att avsluta sitt abonnemangsavtal med en vårdgivare. När patienten inte längre har något abonnemangsavtal gäller vanliga regler för högkostnads-skyddet.

4.6.5 Vårdgivaren avslutar ett abonnemangsavtal

Vårdgivaren kan, genom sitt journalsystem, annullera ett abonnemangsavtal under förutsättning att det är ett pågående eller ett framtida avtal. Anledningen till att abonnemangsavtalet ska annulleras kan vara att vårdgivaren av misstag skapat ett avtal eller av misstag rapporterat ett personnummer för en annan patient än den som avtalet gäller. I dessa fall kan vårdgivaren själv annullera abonnemangsavtalet genom att ändra huvudstatus till "Avbryt"

En vårdgivare kan även avsluta ett pågående abonnemangsavtal i förtid genom att ändra slutdatum till ett datum som är tidigare än det ursprungligt angivna slutdatumet. En anledning till att avtalet ska avslutas i förtid kan vara att patienten har flyttat, eller att patienten vill avsluta sitt avtal.

BTB Avtal kopplade till abonnemangsavtal som annulleras

Om vårdgivaren annullerar ett abonnemangsavtal kräver Försäkringskassan tillbaka de tandvårdsbidrag som felaktigt har betalats ut till vårdgivaren, och som har använts som delbetalning av abonnemangsavtalet. Återkravet görs genom att Försäkringskassans

elektroniska system, Tanden, skapar en automatisk korrigerig. Tandvårdsbidragen blir då även tillgängliga på nytt för patienten.

Ett BTB Avtal som har skickats in och som ligger för manuell handläggning, kommer att avskrivas av handläggare på Försäkringskassan.

BTB Avtal kopplade till abonnemangsavtal som avslutas i förtid

Om vårdgivaren avslutar ett abonnemangsavtal i förtid kan det leda till att tandvårdsbidrag som betalats ut krävs tillbaka av Försäkringskassan. Det beror på om de begärda tandvårdsbidragen, som har använts som delbetalning av abonnemangsvtalet, var tillgängliga före eller efter abonnemangsvtalets nya slutdatum. Om tandvårdsbidragen var tillgängliga efter abonnemangsvtalets nya slutdatum kommer tandvårdsbidrag som betalats ut att krävas tillbaka och blir tillgängliga på nytt för patienten. Återkravet görs genom att Tanden skapar en automatisk korrigerig. Om tandvårdsbidragen var tillgängliga innan abonnemangsvtalets nya slutdatum kommer de inte att krävas tillbaka.

Ett BTB Avtal som har skickats in och som ligger för manuell handläggning, kommer att utredas av handläggare på Försäkringskassan om tandvårdsbidrag ska betalas ut eller inte.

4.6.6 Metodstöd – att avsluta ett abonnemangsavtal och utreda kopplade BTB Avtal

Det här metodstödet beskriver olika situationer när handläggare på Försäkringskassan annullerar eller avslutar ett abonnemangsavtal i förtid och där utredning ska göras om huruvida tandvårdsbidrag har betalats ut felaktigt.

Metodstödet beskriver även hur Försäkringskassan handlägger BTB Avtal som ligger för manuell handläggning när vårdgivaren själv har annullerat eller avslutat ett abonnemangsavtal i förtid.

När du som handläggare annullerar eller avslutar ett abonnemangsavtal i förtid ska du alltid kontrollera kopplade BTB Avtal, om tandvårdsbidrag har betalats ut felaktigt. Det ska du göra eftersom det inte skapas någon automatisk korrigerig av felaktigt utbetalt tandvårdsbidrag när du avslutar ett abonnemangsavtal. En automatisk korrigerig av felaktigt utbetalt tandvårdsbidrag skapas bara om vårdgivaren själv annullerar eller avslutar abonnemangsavtal i förtid.

Annulera ett abonnemangsavtal som felaktigt skapats

Som handläggare kan du annullera ett pågående eller framtida abonnemangsavtal. Du kan även annullera ett avtal där avtalsperioden redan har passerat.

Om Försäkringskassan får uppgift om att ett abonnemangsavtal aldrig skulle ha skapats, eller att patienten inte vill förnya sitt avtal, ska du annullera abonnemangsvtalet genom att ändra huvudstatus i Tanden till "Avbryt".

I de fall tandvårdsbidrag har betalats ut ska du skapa en Korrigerig BTB så att vårdgivaren återkrävs på det felaktigt utbetalda beloppet och så att tandvårdsbidragen blir tillgängliga på nytt för patienten.

Du ska även kontrollera om det finns BTB Avtal som ligger för manuell handläggning. Det ska i det här fallet inte bli en utbetalning av tandvårdsbidrag, och därför ska du avslå eller avskriva vårdgivarens begäran om tandvårdsbidrag, eller eventuellt återkräva dem genom att fullfölja korrigerigen i Korrigerig BTB.

Handlägga BTB Avtal när vårdgivaren har annullerat ett abonnemangsavtal

Vårdgivaren kan annullera ett pågående eller framtida abonnemangsavtal. De felaktigt utbetalda tandvårdsbidragen korrigeras och krävs automatiskt tillbaka från vårdgivaren i dessa fall. Tandvårdsbidragen blir genom den automatiska korrigeringen tillgängliga på nytt för patienten.

Den automatiska korrigeringen skapas inte för de BTB Avtal eller Korrigering BTB som ligger för manuell handläggning. Det ska i dessa fall inte bli en utbetalning av tandvårdsbidragen och därför ska du avskriva vårdgivarens begäran om tandvårdsbidrag, eller eventuellt återkräva dem genom att fullfölja korrigeringen i Korrigering BTB.

Anledningen till att du ska avskriva begäran om tandvårdsbidrag är att Försäkringskassan då fullföljer vårdgivarens begäran om att annullera abonnemangsavtalet. Beslutsbrev ska inte skickas till vårdgivaren.

Avsluta ett abonnemangsavtal i förtid

Som handläggare kan du avsluta ett pågående eller ett avslutat abonnemangsavtal i förtid genom att ändra abonnemangsavtalets till och med datum.

Du ska kontrollera om tandvårdsbidrag har betalats ut och om de var tillgängliga före eller efter abonnemangsavtalets nya slutdatum. Om tandvårdsbidragen var tillgängliga efter det nya slutdatumet ska du skapa en Korrigering BTB så att vårdgivaren återkrävs på det felaktigt utbetalda beloppet och så att tandvårdsbidragen blir tillgängliga på nytt för patienten. Du ska inte göra något återkrav om de utbetalda tandvårdsbidragen var tillgängliga innan det nya slutdatumet.

Du ska även kontrollera om det finns BTB Avtal som ligger för manuell handläggning. Om BTB Avtalet gäller tandvårdsbidrag som var tillgängliga först efter abonnemangsavtalets nya slutdatum så ska du avslå eller avskriva vårdgivarens begäran om tandvårdsbidrag. Om de begärda tandvårdsbidragen var tillgängliga före det nya slutdatumet ska du utreda om de ska betalas ut eller inte.

Handlägga BTB Avtal när vårdgivaren har avslutat ett abonnemangsavtal i förtid

Vårdgivaren kan själv avsluta ett pågående abonnemangsavtal i förtid. De tandvårdsbidrag som betalats ut, och var tillgängliga först efter det nya slutdatumet, korrigeras automatiskt och utbetalat tandvårdsbidrag krävs tillbaka från vårdgivaren. Tandvårdsbidragen blir genom den automatiska korrigeringen tillgängliga på nytt för patienten.

Den automatiska korrigeringen skapas inte för de BTB Avtal eller Korrigering BTB som ligger för manuell handläggning. Dessa ärenden ska utredas av dig innan ett beslut om eventuell utbetalning eller avslag kan göras. Det innebär att du ska kontrollera om de begärda tandvårdsbidragen var tillgängliga före eller efter det nya slutdatumet. Begärda tandvårdsbidrag som var tillgängliga innan det nya slutdatumet ska utredas om de kan betalas ut.

Om tandvårdsbidrag har begärts och de var tillgängliga först efter abonnemangsavtalets nya slutdatum ska begäran om tandvårdsbidrag avskrivas. Anledningen till att begäran om tandvårdsbidrag ska avskrivas är att Försäkringskassan fullföljer vårdgivarens begäran om att avsluta abonnemangsavtalet. Beslutsbrev ska inte skickas till vårdgivaren.

Abonnemangsavtal som ska annulleras eller avslutas i förtid eftersom patienten inte uppfyller villkoren för bosättning

Om en patient aldrig har uppfyllt villkoren för bosättning under abonnemangsperioden ska abonnemangsavtalet annulleras. För att annullera ett avtal ändrar du huvudstatus på avtalet till "Avbryt" i Tandem.

Om däremot villkoren för bosättning upphör under abonnemangsperioden, ska du avsluta abonnemangsavtalet det datum som rätten till statligt tandvårdsstöd upphörde. För att avsluta ett avtal ändrar du endast till och med datum.

Du ska även kontrollera om det finns ett BTB Avtal kopplat till abonnemangsavtalet och utreda om tandvårdsbidrag har betalats ut felaktigt.

Om du efter utredning kommer fram till att patienten inte har rätt till tandvårdsstöd ska du avslå begäran om tandvårdsbidrag. Beslutsbrev ska skickas till vårdgivaren och patienten. Du ska även informera vårdgivaren om att abonnemangsavtalet har avslutats hos Försäkringskassan.

5 Efterhandskontroller

Vid en efterhandskontroll utreder Försäkringskassan om vårdgivarens rapportering av tillstånd och åtgärder uppfyller villkoren enligt reglerna om statligt tandvårdsstöd och om rätt tandvårdsersättning har betalats ut.

Det här kapitlet beskriver syftet med efterhandskontroller, gällande bestämmelser, vad en efterhandskontroll är och vad den innebär för vårdgivaren.

Kapitlet innehåller även en beskrivning av när beslut om återbetalning är aktuellt.

5.1 Syfte med efterhandskontroller

Försäkringskassan är ansvarig för att kontrollera att de automatiska utbetalningar som görs inom ramen för det statliga tandvårdsstödet är förenliga med gällande regelverk. Kontrollen görs i form av efterhandskontroller och vårdgivare är då skyldiga att visa att den inrapporterade behandlingen är gjord enligt gällande regler, det vill säga är ersättningsberättigande. (Prop. 2007/08:49 s. 97)

När vårdgivaren rapporterar utförd tandvård till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd, görs maskinella kontroller för att säkerställa att patienten omfattas av tandvårdsstödet och att de inrapporterade tillstånden och åtgärderna får kombineras. Patientens tandvårdsersättning beräknas och betalas ut automatiskt till vårdgivaren via det elektroniska systemet, Tandén. Det finns begränsningar i vad Tandén kan kontrollera och därför ska efterhandskontrollerna fånga upp det som inte kan kontrolleras maskinellt.

Efterhandskontrollerna styrs till områden där det finns ökad risk för felaktiga utbetalningar med syfte att identifiera och motverka de som systematiskt överutnyttjar det statliga tandvårdsstödet (prop. 2007/08:49 s.98). Tanken är också att efterhandskontrollerna ska ha en preventiv och lärande effekt. När vårdgivaren vet att sannolikheten är stor att de kommer att bli kontrollerade skapas en drivkraft att sträva efter att göra rätt. Vårdgivaren ska alltså veta att missbruk av försäkringen innebär ett risktagande.

Efterhandskontrollerna innebär ett lärande där Försäkringskassan ger återkoppling till vårdgivaren om hur bestämmelserna i det statliga tandvårdsstödet ska tillämpas. Kontrollerna kan även bli en kvittens för vårdgivare att de har rapporterat utförd tandvård på rätt sätt. Efterhandskontrollerna kan också leda till att Försäkringskassan ger information till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) om hur regelverket behöver förbättras eller förtydligas.

5.2 Urval vid efterhandskontroller

Inriktningen på efterhandskontrollerna bestäms med hjälp av riskanalyser och genom utvärdering av tidigare utförda kontroller. Även bearbetning av data och analys av rapporteringsmönster är underlag för planering av efterhandskontroller. Denna modell för riskvärdering tillsammans med impulser, används vid urval av kontroller i syfte att motverka avsiktliga och oavsiktliga fel. Impulser som indikerar avsiktliga fel kan lämnas av Försäkringskassans anställda, patienter, myndigheter eller andra. Ju större risken är för överutnyttjande av tandvårdsstödet och avsiktliga fel desto större urval av ärenden granskas. (Prop. 2007/08:49 s.98)

Efterhandskontrollerna har olika karaktär beroende på vad som ska granskas. Försäkringskassan genomför både slumpmässiga och riktade efterhandskontroller.

Syftet med de slumpmässiga kontrollerna är att uppskatta hur mycket tandvårdsstöd som betalas ut felaktigt. Riktade kontroller kan göras inom avgränsade områden, exempelvis av vårdgivare, ärenden med höga ersättningsbelopp, specifika tillstånd eller åtgärder. Riktade kontroller kan även göras i högre utsträckning av vårdgivare och mottagningar som tidigare uppgett felaktiga uppgifter eller försökt få ersättning på felaktiga grunder. (Prop. 2007/08:49 s. 98)

5.3 Gällande bestämmelser

För att en vårdgivare ska kunna få ersättning ska vårdgivaren vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd. Vårdgivaren har uppgiftsskyldighet gentemot Försäkringskassan om utförd tandvård som ingår i det statliga tandvårdsstödet. Det innebär en skyldighet att lämna uppgifter om utförd tandvård och information gällande avtal om abonnemangstandvård (3 kap. 1 och 3 §§ STL).

Om Försäkringskassan begär det är vårdgivaren skyldig att lämna upplysningar och visa upp journal och övrigt material som rör undersökning eller behandling av en patient. Det gäller under förutsättning att uppgifterna behövs i ett ärende om statligt tandvårdsstöd. (3 kap. 2 § STL)

Vilken ersättning som kan betalas ut anges i 2 kap. 4 § STL. Där framgår att tandvårdsersättning betalas ut för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder, med viss andel av patientens sammanlagda kostnader. Det gäller under förutsättning att kostnaderna överstiger det belopp som fastställts enligt 2 kap. 6 § STL. Se även kapitel 4, *Beräkning och utbetalning*. Där framgår även vad som gäller för tandvårdsbidrag.

Om det vid en efterhandskontroll visar sig att vårdgivaren har fått tandvårdsersättning med ett för högt belopp, får Försäkringskassan kräva tillbaka den ersättning som har betalats ut felaktigt (4 kap. 2 § STL).

5.4 Vad innebär en efterhandskontroll?

Vid en efterhandskontroll kontrollerar Försäkringskassan

- att den rapporterade tandvården stämmer med tillgänglig dokumentation
- att tandvården är ersättningsberättigande
- att den rapporterade tandvården verkligen har utförts, eventuellt genom kontakt med patienten
- att patientens tillstånd, som är grund för den ersättningsberättigande åtgärden, var korrekt angiven
- att det finns underlag för patienter som fått särskilt tandvårdsbidrag.

Försäkringskassan kan även kontrollera att vårdgivaren uppfyller sina skyldigheter gentemot patienten, exempelvis att patienten fått undersökningsprotokoll och kostnadsförslag. I efterhandskontroller ingår även att kontrollera att det pris som vårdgivaren debiterat patienten stämmer med det inrapporterade vårdgivarpriset.

Patientbesök som söks fram till efterhandskontrollerna kan ingå i pågående eller avslutade ersättningsperioder. Om det blir aktuellt med återkrav av tandvårdsersättning så påverkas patientens ersättningsgrundande belopp, se avsnitt 4.4, *Högekostnads-skydd*.

Alla slutförda åtgärder under en ersättningsperiod granskas i en efterhandskontroll. Det innebär att alla vårdgivare och mottagningar som varit inblandade i patientens tandvård under ersättningsperioden ingår i efterhandskontrollen.

Anledningen till att alla patientbesök under en ersättningsperiod ingår i en efterhandskontroll är att granskningen ska ge en helhetsbild av den tandvård som en patient har fått under en längre tid och skapa en tydlig bild av behandlarnas tillämpning av tandvårdsstödet. Det kan resultera i att oavsiktliga och avsiktliga fel upptäcks och ger Försäkringskassan möjlighet att informera vårdgivarna om hur regelverket ska användas genom återkoppling till dem via beslutsbrev.

Resultatet av en efterhandskontroll kan leda till en utökad kontroll av fler ersättningsperioder för samma patient. Det kan också resultera i att det blir aktuellt med fler efterhandskontroller för vårdgivaren gällande andra patienter.

5.5 Vilken dokumentation krävs av vårdgivaren?

Vid en efterhandskontroll begär Försäkringskassan att vårdgivaren ska skicka in daganteckningar, röntgendokumentation, fotografier eller modeller som underlag för bedömning. Även annat underlag kan krävas för att styrka den utförda tandvården. Det kan till exempel vara fickstatus, operationsberättelse och tandteknisk faktura.

I TLVFS finns villkor med utökade dokumentationskrav och det måste då framgå av vårdgivarens underlag att villkoret är uppfyllt.

Hur vårdgivarna ska utforma sina journaler styrs av patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Utgångspunkten för Försäkringskassans efterhandskontroller är att vårdgivarna följer dessa regelverk, och om en god journalföring har gjorts så finns oftast tillräckligt underlag för att ta ställning till rätten till ersättning. Men att vårdgivarna följer patientdatalagen är inte ett krav för att Försäkringskassan ska betala ut tandvårdsersättning.

När Försäkringskassan gör en efterhandskontroll, eller en utredning i samband med en sanktion, kan vi misstänka att en patient inte har betalat det vårdgivarpris som rapporterats in. Eftersom ersättningens storlek bland annat beror på hur det pris som patienten och vårdgivaren kommit överens om, kan vi behöva begära in underlag från vårdgivarens bokföring. Underlagen ska visa patientens kostnad, det vill säga hur mycket patienten har betalat eller ska betala.

I samband med en efterhandskontroll kan det uppmärksammas att det finns uppenbara och allvarliga brister i den behandling som utförts eller att det är fråga om bristande dokumentation enligt bestämmelserna i patientdatalagen och HSLF-FS 2016:40. Uppgifter om allvarliga och uppenbara fel överlämnas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Läs mer i avsnitt 6.4, *Impuls för överlämnande av uppgifter till Inspektionen för vård och omsorg*.

5.5.1 Patientens kostnad

Det statliga tandvårdsstödet ersätter en del av patientens kostnad. Hur stor tandvårdsersättningen blir beror därför bland annat på vilket pris vårdgivaren har avtalat med patienten. (2 kap. 4 § STL)

Om Försäkringskassan misstänker att patientens kostnad inte stämmer överens med det pris som vårdgivaren rapporterat in, ska Försäkringskassan utreda patientens kostnad. Vårdgivaren ska kunna styrka patientens kostnad genom att skicka in underlag som normalt ingår i ett företags bokföring. Om vårdgivaren inte kan det, eller om kostnaden inte stämmer med det inrapporterade vårdgivarpriset, får Försäkringskassan kräva tillbaka den tandvårdsersättning som har betalats ut. Denna bedömning ska utgå från det lägsta av vårdgivarens inrapporterade pris och referenspriset. Patientens

betalning ska alltså jämföras med det belopp som tandvårdsersättningen beräknats utifrån (3 kap. 2 § STL och 4 kap. 2 § STL).

Kvitto är inte ett bevis på betalning

Vårdgivaren är alltid skyldig att ge patienten ett kvitto som underlag för vad som ingår i patientens kostnad för den utförda tandvården. Ofta kallas kvittot för kontantfaktura. Kontantfakturan ska innehålla följande uppgifter:

- vårdgivarens pris för varje enskild åtgärd för den specifika patienten
- referenspriset och åtgärdskoderna för den tandvård som utförts
- hur mycket statligt tandvårdsstöd som patienten fått för behandlingen (11 § STF).

En kontantfaktura är en faktura som har upprättats när kontant betalning har skett vid ett försäljningsställe. Anledningen till att vårdgivare använder sig av kontantfakturer är att en försäljning som dokumenteras genom en kontantfaktura inte behöver registreras i ett kassaregister. Det gäller under förutsättning att kontantfakturan innehåller de uppgifter som bokföringslagen kräver ska finnas i en verifikation.

Utöver kontantfakturan behövs det ytterligare underlag från vårdgivarens bokföring som styrker betalningstransaktionen. Detta eftersom kontantfakturan i sig inte är ett bevis på att eller hur mycket patienten faktiskt betalat. Vilket underlag som behövs beror på hur betalningen gjorts.

Vårdgivarens bokföringsskyldighet

En vårdgivare är en näringsidkare och har bokföringsskyldighet. Det innebär att vårdgivaren ska redogöra för de affärshändelser som sker i verksamheten genom att bokföra ekonomiska transaktioner. En affärshändelse är en inkomst, utgift, en förändring av en tillgång eller en skuld. Kravet på bokföring innebär att man måste spara kvitton, fakturer och andra underlag för att registrera och redovisa dem såväl i kronologisk (dag för dag) som systematisk ordning (i olika konton). Enligt bokföringslagen (1999:1078) 5 kap. 1 § 1 st. omfattar bokföringsskyldigheten bland annat att:

Affärshändelserna skall bokföras så att de kan presenteras i registreringsordning (grundbokföring) och i systematisk ordning (huvudbokföring). Detta skall ske på ett sådant sätt att det är möjligt att kontrollera fullständigheten i bokföringsposterna och överblicka verksamhetens förlopp, ställning och resultat.

En vårdgivare kan bli av med sin F-skatt om denne inte sköter sin bokföring. En giltig F-skatt är en förutsättning för att få vara ansluten till det statliga tandvårdsstödet (§ 18 STF).

Bokföringen ska göras på ett varaktigt sätt. En bokförd affärshändelse ska alltså inte kunna ändras eller tas bort utan att en bokförd rättelse görs. Bokföringslagens krav på varaktighet gör att det inte är tillåtet att bokföra i ett program där registreringen kan ändras i efterhand, till exempel i Excel.

Många journalsystem tillhandahåller bokföringspaket som är sammankopplade med journalföringen på så sätt att vårdgivaren kan föra in uppgifter om patientens betalning eller utestående skuld och få ett underlag till bokföring. Vårdgivaren skickar sedan de sammanställda uppgifterna för bokföring, vilket sker i ett separat bokföringssystem. En grundbok från ett bokföringssystem visar alla bokförda affärshändelser dag för dag i företaget.

Den sammanställning som vissa journalsystem tillhandahåller om den enskilda patientens ekonomiska transaktioner är tänkt som ett hjälpmedel för att kunna följa

patientens kostnader över tid. Det kan till exempel vara vad patienten själv ska och har betalat, och hur mycket ersättning som behandlingen ger rätt till från Försäkringskassan. Det finns ingen koppling mellan uppgifterna i sammanställningen och vad patienten faktiskt har betalat. Uppgifterna om patientens ekonomiska transaktioner kan vårdgivaren föra in själv, och det betyder inte att vårdgivaren har fått betalt.

Det finns två metoder för hur vårdgivaren kan sköta sin bokföring: faktureringsmetoden och kontantmetoden. Faktureringsmetoden innebär att näringsidkaren löpande bokför alla affärshändelser, till exempel en kundfordring när en faktura skapas, och betalning när pengarna kommer in.

Faktureringsmetoden är huvudmetoden i bokföringslagen. De företag som har en nettoomsättning på högst 3 miljoner kronor kan dock välja att löpande bokföra enligt kontantmetoden (5 kap § 2 bokföringslagen).

Kontantmetoden innebär att företaget löpande under året endast bokför de affärshändelser som avser inbetalningar, utbetalningar, insättningar och uttag. Företaget bokför alltså inte några kundfordringar i den löpande bokföringen, utan bokföringen sker först när kunden betalat. Vid företagets bokslut som görs vid räkenskapsårets utgång, ska dock samtliga obetalda fordringar och skulder bokföras. Kontantmetoden kallas därför även för bokslutsmetoden.

Bokföringen systematiserar de ekonomiska händelserna i ett företag och består av:

- verifikationer
- grundbok (kan även kallas dagbok eller verifikationslista)
- huvudbok
- resultat- och balansräkningar
- årsbokslut eller årsredovisning.

De delar av bokföringen som är relevanta för Försäkringskassan att kontrollera är verifikationer, grundbok och huvudbok. Detta gör vi för att säkerställa att vårdgivaren har uppgivit rätt vårdgivarpris och att patientens betalning har kommit vårdgivarens företag till godo.

Verifikation

En verifikation är ett skriftligt underlag som dokumenterar en affärshändelse. En verifikation kan vara en faktura, ett kvitto, ett skuldebrev, kontoutdrag eller något annat underlag som innehåller information om affärshändelsen.

Verifikationer ska samlas i datumordning och ska sparas i minst 7 år. I samband med att det görs får varje verifikation ett nummer eller annat identifieringstecken som sedan ska synas i grundboken.

För att en kontantfaktura ska uppfylla kraven på en verifikation i 5 kap § 7 bokföringslagen (BFL) ska den innehålla följande uppgifter:

- patientens namn och personnummer
- vilka åtgärder fakturan gäller
- vårdgivarens pris för varje åtgärd
- vilket pris patienten debiterats (efter avdrag för eventuella rabatter)
- datum som kontantfakturan upprättades
- datum för betalning (om patienten redan betalat).

Kontantfakturan ska även ha ett fakturanummer eller ett löpnummer så att patientintäkten eller fordran kan spåras i bokföringen.

Grundbok

I grundboken redovisas alla företagets affärshändelser dag för dag. Varje affärshändelse får ett verifikationsnummer och innehållet ska kunna verifieras av verifikationen med samma nummer. De affärshändelser som avser kontanta in- och utbetalningar ska enligt bokföringslagen bokföras i grundboken senast påföljande arbetsdag. Andra affärshändelser ska bokföras så snart det är möjligt (5 kap § 2 1 st. BFL).

För att få ett ordnat system i bokföringen används konton. Samma slags affärshändelser ska samlas på samma ställe – ett konto – för att göra det möjligt att få en överblick över samma slags utgifter respektive inkomster under en viss period och samma sorts tillgångar och skulder vid en viss tidpunkt. Att kontera innebär att man anger på verifikationen på vilket konto affärshändelsen ska sorteras.

Klumpsumman av alla betalningar under en viss dag av en viss typ kan få ett gemensamt verifikationsnummer i grundboken, exempelvis ett verifikationsnummer för dagens kortbetalningar och ett för dagens kontantbetalningar. Verifikationsnumret finns för att man ska kunna härleda exakt vilka betalningar som innefattas i klumpsumman för en viss typ av betalning den aktuella dagen.

Huvudbok

I huvudboken redovisar företaget alla ekonomiska händelser uppdelat på olika konton. Detta för att företagets resultat ska kunna följas löpande, och för att de ska kunna redovisas i slutet av året i form av ett årsbokslut eller en årsredovisning. Företagaren bestämmer i princip själv vilka konton som ska finnas i huvudboken och vad de ska heta. Men det vanligaste är att företagaren använder sig av BAS-kontoplanen och de bestämda kontonummer för olika konton som finns i den.

I BAS-kontoplanen delas kontona in i olika klasser. Kontonumret består oftast av fyra siffror där den första siffran anger:

- 1 för tillgångar
- 2 för skulder
- 3 för intäkter
- 4–8 för kostnader.

Läs mer om BAS-kontoplanen på bas.se. En vårdgivare kan välja att ha flera olika konton med olika namn och siffror som betecknar olika typer av intäkter och skulder relaterat till patientavgifter. Vårdgivaren kan alltså ha olika konton för:

- utestående patientfordringar (dvs. när patienten ännu inte betalt, exempelvis vid avbetalningsplaner)
- patientintäkter som betalats med kort
- patientintäkter som betalats kontant.

Vilka underlag ska vårdgivaren skicka in för att styrka patientens kostnad?

Om Försäkringskassan har anledning att tro att vårdgivarens inrapporterade pris inte överensstämmer med det pris patienten betalat, kan Försäkringskassan begära att vårdgivaren kommer in med underlag som styrker följande:

- Att vårdgivarens pris som avtalats med patienten stämmer överens med det inrapporterade vårdgivarpriset.
- Hur mycket patienten har betalat till vårdgivaren, eller hur mycket patienten ska betala enligt den avbetalningsplan som man kommit överens om.

Vilket underlag som vårdgivaren ska komma in med för att Försäkringskassan ska anse att patientens kostnad är styrkt beror på hur patienten betalat, eller hur vårdgivaren avtalat med patienten att hen ska betala.

Om det inrapporterade priset inte stämmer med patientens kostnad

Tandvårdsersättning beräknas efter patientens faktiska kostnad. Om vårdgivaren inte kan styrka att patienten har eller kommer att ha någon kostnad för behandlingen ska Försäkringskassan kräva tillbaka hela den utbetalade tandvårdsersättningen.

Om vårdgivaren däremot kan styrka att patienten betalat eller kommer att betala en viss andel av det inrapporterade vårdgivarpriset måste vårdgivaren också specificera vad betalningen avser. Kan vårdgivaren göra det ska Försäkringskassan inte kräva tillbaka hela beloppet, utan enbart mellanskillnaden mellan den patientkostnad som vårdgivaren kan styrka och det inrapporterade priset för behandlingen.

Exempel på underlag som kan styrka patientens kostnad

Om Försäkringskassan har anledning att tro att vårdgivarens inrapporterade pris inte stämmer överens med patientens kostnad kan Försäkringskassan begära in underlag för att klargöra om det är så. Beroende på underlagens utformning kan det räcka med något av följande:

- Faktura
- Kontantfaktura
- Avbetalningsplan med kostnadsförslag
- Beslut från socialtjänsten med kostnadsförslag.

Exempel på underlag som kan styrka patientens betalning

Det kan räcka med något av följande underlag för att styrka att betalning skett beroende på hur de är utformade:

- Babskvitto
- Utbetalningsspecifikation från socialtjänsten
- Utbetalningsspecifikation från en fond
- Utbetalningsspecifikation från ett kreditinstitut
- Utskrift av inbetalning på bankgiro
- Utskrift av Swish-betalning
- Insättningskvitto på konto
- Kontoutdrag

- Korttransaktioner från kontoutdrag
- Bokföring i form av grundbok (ekonomiska händelser i kronologisk ordning) och/eller huvudbok (ekonomiska händelser uppdelat i olika konto).

Tänk på att det oftast behövs ytterligare underlag för att kunna spåra patientens betalningar i bokföringen, såsom omsättningsfil eller verifikationslista.

Exempel på underlag som kan vara till hjälp för att kunna spåra patientens betalningar

Följande underlag kan vara till hjälp för att spåra patientens betalningar i annat underlag, men styrker inte som enskild handling patientens betalning:

- Sammanställning vård
- Patientens registrerade ekonomi
- Patientens ekonomiska transaktioner
- Omsättningsfil.

Följande underlag anses normalt styrka att det pris som vårdgivaren rapporterat in stämmer med patientens kostnad, att patientens pris kommer att betalas eller att vårdgivaren planerat att ta betalt av patienten:

- Beslut och kostnadsförslag från socialtjänsten – förutsatt att utförd behandling följer beslutet.
- Beslut eller avtal om att skulden är överlåten till ett kreditinstitut.
- Avbetalningsplan upprättad i nära anslutning till utförd vård.

Avbetalningsplan

Om vårdgivaren och patienten har kommit överens om en avbetalningsplan måste det finnas en upprättad plan för vilken behandling som avbetalningsplanen gäller och hur avbetalningarna ska ske. Patientens kostnadsförslag kan visa vilken behandling som avbetalningsplanen gäller. Hur betalningen ska ske kan vara dokumenterat i patientjournalen eller i ett separat avtal.

En avbetalningsplan ska normalt vara upprättad i nära anslutning till att tandvården utfördes. Det avgörande är att det finns en tydlig avsikt att patienten ska betala för sin tandvård. En avbetalningsplan som skapas först när Försäkringskassan startar en efterhandskontroll är som huvudregel inte trovärdig.

Förvaltningsrätten i Umeå konstaterade den 2 februari 2017, i mål nummer 1611-16, att en avbetalningsplan som upprättats sex månader efter utförd behandling inte styrker att patienten haft en kostnad för tandvård. Försäkringskassan hade därför skäl att kräva tillbaka den tandvårdsersättning som hade betalats ut.

Förvaltningsrätten påpekar att det är vårdgivaren som ska styrka rätten till tandvårdsersättning och som därmed riskerar återkrav om tillräcklig dokumentation saknas vid en efterhandskontroll. Vårdgivaren är skyldig att dokumentera varje patientbesök, utförda åtgärder, betalningar, avbetalningsplaner m.m., på ett sådant sätt att uppgifterna utan svårighet kan tas fram för kontroll när Försäkringskassan begär det samt att se till att dokumentationen ger relevant information.

Om en vårdgivare hävdar att de har upprättat en avbetalningsplan för en patient, men att patienten sedan inte betalade alls eller som överenskommet, behöver vårdgivaren kunna styrka att det var deras avsikt att patienten skulle betala enligt avbetalningsplanen. Vårdgivaren styrker det genom att visa att beloppet är bokfört i

huvudboken som en utestående kundfordring eller kundförlust för det aktuella året. Om inte vårdgivaren har bokfört den uteblivna betalningen som en utestående kundfordring eller kundförlust har vårdgivaren inte styrkt att avsikten var att patienten skulle betala. Vårdgivaren ska också kunna visa vilka åtgärder man vidtagit för att få betalt, till exempel att driva in skulden via inkassoföretag.

5.5.2 När vårdgivaren saknar underlag

Ibland saknas underlag för en efterhandskontroll på grund av händelser som ligger utanför vårdgivarens kontroll. Sådana situationer kan till exempel vara när journaluppgifter och datorer försvunnit i samband med inbrott eller blivit förstörda i en brand. Försäkringskassan ska då begära att vårdgivaren lämnar in handlingar som styrker anledningen till att vårdgivaren inte har möjlighet att komma in med något underlag. Det kan röra sig om en kopia på polisanmälan eller en anmälan till försäkringsbolag om skada. Försäkringskassan bör inte göra återkrav på utbetald tandvårdsersättning i dessa fall.

5.5.3 Patientjournal på engelska

En behandlare med utomnordisk utbildning kan efter en ansökan hos Socialstyrelsen beviljas förordnande att utöva sitt yrke inom tandvården. Behandlaren kan också beviljas rätt att föra patientjournal på engelska, om det anges i förordnandet. (HSLF-FS 2016:40)

Om en patientjournal, som är skriven på engelska, kommer in till Försäkringskassan ska Socialstyrelsen kontaktas för att kontrollera om behandlaren har ett förordnande att få skriva sina journaler på engelska. Om en behandlare för journaler på engelska utan förordnande av Socialstyrelsen ska en anmälan göras till IVO.

Hur du lämnar en impuls till IVO framgår av riktlinje 2011:2, *Överlämnande av uppgifter i tandvårdsärenden mellan Försäkringskassan och tillsynsmyndigheterna*.

Även om en impuls har lämnats till IVO så är språket i sig ingen anledning att avslå den inrapporterade behandlingen, om det går att förstå vad som är gjort och varför.

5.6 Försäkringskassans utredning

Försäkringskassans utredning görs utifrån det underlag som vårdgivaren har skickat in. Underlaget ska styrka att de inrapporterade tillstånden och åtgärderna är ersättningsberättigande enligt reglerna i tandvårdsstödet. I utredningen granskas vårdgivarens underlag i förhållande till gällande regler för respektive tillstånd och åtgärd. Vid misstanke om att vårdgivaren rapporterat in felaktiga priser kan Försäkringskassan begära in underlag som styrker patientens kostnad och betalning.

Försäkringskassans utredning utgår från bestämmelserna i TLVFS, som i detalj beskriver vilka tillstånd och tandvårdsåtgärder som är ersättningsberättigande och villkoren för dessa. I utredningen används också handboken om tandvårdsstödet som TLV ger ut, och konsultationer sker med de försäkringsodontologiska rådgivarna. Se även kapitel 6, *Försäkringsodontologisk rådgivare*.

När TLVFS ändras gäller ändringen ofta villkoren för att tillstånd och tandvårdsåtgärder ska vara ersättningsberättigande. Ändringarna kan också innebära att nya tillstånd eller åtgärder tillkommer eller tas bort.

När Försäkringskassan genomför efterhandskontroller kan andra villkor gälla än de som gällde när åtgärden utfördes. För att avgöra vilka villkor som ska tillämpas ska utredaren undersöka om det finns någon övergångsbestämmelse, som i så fall ska tillämpas.

5.6.1 Remiss och specialisttandvård

För att en vårdgivare ska ha rätt att rapportera in åtgärder som gäller specialisttandvård ska behandlaren som utfört tandvården ha bevis om specialistkompetens. Försäkringskassan kontrollerar maskinellt vid inrapporteringen att behandlaren har bevis om specialistkompetens utifrån ett registerutdrag från Socialstyrelsen. Först när en tandläkare har bevis om specialistkompetens kan referenspris för specialisttandvård tillämpas.

Referenspris för specialisttandvård kan bara ligga till grund för beräkning av tandvårdsersättning när en patient remitterats till en behandlare som har bevis om specialistkompetens (5 § TLVFS). Det krävs även att åtgärderna utförs av en specialist inom det egna specialistområdet och att åtgärderna avser det behandlingsbehov som beskrivs eller efterfrågas i remissen.

Remissen ska komma från en behandlare inom tandvården eller hälso- och sjukvården. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) framgår att en remiss är en beställning av en tjänst eller en begäran om övertagande av vårdansvar.

En remiss behöver inte nödvändigtvis vara ett fysiskt papper, utan kan finnas dokumenterad i journalen i form av anteckning med specifik fråga till specialisten åtföljt av ett svar från honom eller henne.

Vid en efterhandskontroll bör Försäkringskassan begära att få ta del av remissen för att kunna bedöma om åtgärden är ersättningsberättigande. Krav på remiss gäller i samtliga fall där behandlaren begärt referenspris för specialisttandvård och där behandlaren vid inrapporteringen markerat att det finns en remiss. De rapporterade åtgärderna ska avse det behandlingsbehov som beskrivs eller efterfrågas i remissen.

I TLV:s handbok om tandvårdsstödet framgår att när den behandling som en patient remitterats för är slutförd, så kan inte referenspriset för specialisttandvård ligga till grund för beräkning av tandvårdsersättning för ytterligare åtgärder som tandläkaren med specialistkompetens utför på patienten. Det gäller även om det är inom tandläkarens specialistområde. En behandling som en patient remitterats för är slutförd när det slutliga remissvaret har skickats.

Referenspriset för specialisttandvård kan också användas om det finns särskilda skäl. Det kan vara när åtgärderna i remissen kräver att specialisten även utför ytterligare åtgärder som ett led i, eller för att möjliggöra, åtgärderna i remissen. I dessa fall kan referenspriset för specialisttandvård användas även för de åtgärder som inte omnämns i remissen. (Allmänt råd till 5 § TLVFS 2012:2)

5.6.2 Brister i underlaget som inte ska leda till beslut om återbetalning

Försäkringskassan ska inte fatta beslut om återbetalning om den utförda åtgärden skulle ha varit ersättningsberättigande i förhållande till patientens verkliga tillstånd. När underlaget bedöms kan det visa sig att vårdgivaren begärt ersättning utifrån ett annat tillstånd än vad underlaget styrker. Om det i bedömningen av underlaget är uppenbart att det finns ett alternativt tillstånd, ska Försäkringskassan uppmärksamma det i beslutet till vårdgivaren. Detsamma gäller om vårdgivaren av misstag har rapporterat in att behandling har utförts på en viss tand men underlaget visar att den ersättningsberättigande behandlingen har utförts på en annan tand.

Försäkringskassans arbete med efterhandskontroller syftar till att kontrollera om de tandvårdsåtgärder som rapporterats var ersättningsberättigande eller inte. Därför

behöver ingen korrigerig göras av ovanstående felaktiga rapporteringar som inte påverkar utbetalningen av ersättning. Det är dessutom endast i de undantagsfall där det blir fråga om en omgörning som korrigeringen har någon betydelse. Sammanfattningsvis ska Försäkringskassan inte rätta fel som inte påverkar beräkningen av ersättning.

Försäkringskassan ska informera vårdgivaren om eventuellt felaktiga inrapporteringar i beslutsbrevet, även om vårdgivarens rätt till tandvårdsersättning inte påverkats.

5.6.3 Metodstöd – att utreda patientens kostnad för tandvård som rapporterats in

När du misstänker att en patient inte har betalat för sin tandvård i enlighet med det inrapporterade vårdgivarpriset, ska du begära in underlag från vårdgivaren som styrker att och hur mycket patienten har betalat för sin tandvård. Om vårdgivaren inte kan styrka patientens kostnad ska utbetalt tandvårdsstöd återkrävas. Läs mer i avsnitt 5.5. *Vilken dokumentation krävs av vårdgivaren?*

Kontantbetalning

En kontantfaktura specificerar vad betalningen avser, men är ingen garanti för att patienten betalat. Om patienten betalat kontant, ska inbetalningen därför synas som en bokförd intäkt i grundboken med det verifikationsnummer som finns på kontantfakturan. Om grundboken är uppbyggd så att samtliga kontantbetalningar en viss dag har ett gemensamt verifikationsnummer, och består av en klumpsumma för patientintäkterna den dagen, måste vårdgivaren kunna redogöra för vilka patientavgifter som ingår i den specifika dagens verifikationsnummer. Vårdgivaren kan då antingen visa de kontantfakturer som ingår i dagens kontantbetalningar i dagboken, eller på annat sätt redogöra för vilka patientintäkter som ingår i klumpsumman.

Det finns inte något krav på att kontanta betalningar måste sättas in på ett bankkonto inom en viss tid, men kontantbetalningar ska bokföras i grundboken senast påföljande arbetsdag. Om det är en betalning som gjordes under ett avslutat räkenskapsår, ska betalningen också synas som en intäkt i huvudboken under det konto som är aktuellt.

Om vårdgivaren inte kan visa att en betalning gjorts med kontantfaktura och att den finns registrerad i grundboken, så är det inte styrkt att vårdgivaren har fått betalningen. En kontantbetalning som inte bokförs kan inte ligga till grund för beräkningen av patientens tandvårdsstöd. Vi ser det då som att patienten inte haft någon kostnad för vården, och vi ska därför återkräva den tandvårdsersättning som betalats ut. Om du uppmärksammar att en vårdgivare inte sköter sin bokföring, ska du lämna en impuls om detta till Skatteverket.

Kortbetalning

Om patienten betalat med kort, ska vårdgivaren kunna visa ett babskvitto. Ett babskvitto är en kvittoremsa från kortbetalningen. På babskvittot ska det framgå vilken behandling betalningen gäller, till exempel genom att babskvittot hänvisar till löpnumret på den kontantfaktura som patienten ska ha fått. För att vi ska vara säkra på att kortbetalningen ska ha gjorts just till vårdgivaren, ska det finnas uppgifter om företagets namn och organisationsnummer på babskvittot.

Om du bedömer att det är nödvändigt i utredningen kan du även begära in grundboken för att säkerställa att kortbetalningen bokförts den aktuella dagen. Betalningen kan också synas på utdrag från företagskontot.

Inbetalning till bankkonto och Swish

Om patienten betalat genom inbetalning på vårdgivarens företagskonto (oftast bank- eller plusgiro), ska vårdgivaren kunna redovisa insättningen genom att lämna in ett kontoutdrag. Vårdgivaren ska kunna specificera vem som betalat in pengarna och vad insättningen gäller, till exempel med den kontantfaktura som patienten ska ha fått. Anledningen till detta är att en oärlig vårdgivare inte ska kunna göra en inbetalning till sig själv för att på så sätt ge intrycket att en patient betalat. Det är också viktigt att alla inbetalningar ska ske till företagskontot, inte till ett privatkonto, eftersom det är vårdgivaren (i form av ett företag) som ska ha fått betalt, inte till exempel firmatecknaren som privatperson.

Om betalningen skett via Swish ska du kontrollera vem som skickat betalningen. Även här ska du säkerställa att betalningen går till vårdgivarens företag, inte till ett privatkonto.

Delbetalning

Om kontantfakturan anger att det är en delbetalning måste det

- finnas uppgift om vad den gäller
- följa med ett kostnadsförslag som specificerar hela behandlingen samt totalkostnaden för behandlingen.

Information om hur vi utreder om delbetalningen kan anses vara styrkt görs enligt respektive avsnitt i kapitel 5, beroende på hur patienten har betalat.

Vårdgivaren ska styrka delbetalningen och den utestående kundfordringen, och kunna visa vad planen är för slutbetalningen. Om det inte finns någon sådan plan, finns det heller ingen reell avsikt att få in ytterligare delbetalningar. Patientens sammanlagda pris som kan ligga till grund för beräkning av tandvårdsstöd är då det som betalats.

Avbetalningsplan

Om vårdgivaren och patienten kommit överens om en avbetalningsplan, måste det även finnas en plan för den behandling som avbetalningsplanen avser. Det kan till exempel vara patientens kostnadsförslag samt hur man avtalat om att avbetalningarna ska ske. Detta kan vara dokumenterat i till exempel patientjournalen. En sådan plan ska normalt vara upprättad i nära anslutning till att tandvården utfördes. Det avgörande är att det ska finnas en avsikt från vårdgivarens sida att patienten ska betala för sin tandvård. Se även avsnittet *Avbetalningsplan* under avsnitt 5.5.1.

Utredning om en gjord avbetalning kan anses vara styrkt görs enligt respektive avsnitt i vägledningen, beroende på hur patienten har betalat.

Det finns ett antal domar som slår fast att en avbetalningsplan som skapas först när Försäkringskassan inleder en efterhandskontroll inte är trovärdig. Patienten har i de fallen inte ansetts ha haft någon kostnad för sin tandvård, utan man har ansett att avbetalningsplanen är en efterhandskonstruktion. Om en vårdgivare hävdar att de har upprättat en avbetalningsplan för en patient, men att patienten inte betalat som överenskommet, ska den utestående betalningen finnas med som en utestående kundfordring eller kundförlust i huvudboken för året i fråga. Annars är det inte styrkt att avsikten var att patienten skulle betala via avbetalningsplanen, och det är ingen reell fordran. Om en avbetalningsplan inte följts ska vårdgivaren också kunna visa vilka åtgärder man vidtog för att få betalt.

Ett företag vars årliga nettoomsättning normalt uppgår till högst tre miljoner kronor får dröja med att bokföra affärshändelserna tills patienten betalar (bokföring enligt kontantmetoden), (5 kap § 2 bokföringslagen). Vid räkenskapsårets utgång ska dock

samtliga då obetalda fordringar och skulder bokförs. En vårdgivare skulle kanske kunna hänvisa till denna bestämmelse och påstå att det finns upprättade avbetalningsplaner, men att de inte syns i bokföringen eftersom patienten inte börjat betala än. Det vill säga att man inte behöver kunna se att det finns en utestående kundfordring förrän räkenskapsåret är slut.

För att vårdgivaren ska kunna hävda detta måste det finnas dokumentation om hur avbetalningsplanen ska gå till. Dokumentationen kan bestå av antingen ett separat avtal om avbetalningsplan med villkor för den, eller noteringar i patientjournalen. Vi får bedöma om det är rimligt att anta att vårdgivaren verkligen trodde att patienten hade möjlighet att följa avbetalningsplanen när den upprättades.

Följande är en situation när det inte är rimligt att anta att vårdgivaren trodde att patienten skulle kunna fullfölja avbetalningsplanen.

Det står i patientjournalen att en patient saknar betalningsförmåga och att han eller hon är beviljad en viss summa för nödvändig tandvård av socialförvaltningen. Patienten gör sedan en betydligt dyrare behandling där han eller hon får en avbetalningsplan för resterande kostnad. Vi bedömer att konstruktionen med avbetalningsplan i detta fall är en medveten kundförlust från vårdgivarens sida och att det från början inte fanns någon avsikt att få betalt för den dyra behandlingen. En sådan medveten kundförlust är att betrakta som en rabatt.

Patienter med bistånd från socialförvaltning

Det finns vårdgivare som inriktar sig på att hjälpa ekonomiskt utsatta personer med omfattande tandvårdsbehandlingar och ger dem frikostiga rabatter, men de rapporterar inte in vårdgivarpris som överensstämmer med patientens kostnad till Försäkringskassan. Det innebär att Försäkringskassan finansierar en mycket stor del av tandvården och att det statliga tandvårdsstödet utnyttjas på ett sätt som det inte är avsett för. Det förekommer också att en patient medges hjälp med kostnad för den allra nödvändigaste tandvården från socialförvaltningen i sin hemkommun, men att vårdgivaren rapporterar in något helt annat än den tandvård som socialförvaltningen har avtalat att bekosta.

Om det finns uppgifter om att en patient får behandlingen betald av socialförvaltningen i sin hemkommun och vi misstänker att vårdgivaren överutnyttjar tandvårdsstödet, ska vårdgivaren på begäran komma in med följande underlag:

- kostnadsförslaget som socialförvaltningens beslut grundar sig på
- socialförvaltningens beslut
- underlag som styrker att patienten har betalat enligt kostnadsförslaget.

Om tandvården som rapporterats in inte överensstämmer med underlaget, ska vi lämna en impuls till socialförvaltningen i enlighet med lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen. Det kan till exempel vara om socialförvaltningen betalar för proteser, men vårdgivaren har rapporterat in fast protetik.

Om kostnaden för utförd tandvård överstiger det belopp socialförvaltningen beslutat att betala, ska vårdgivaren kunna visa att även det överstigande beloppet är betalt och bokfört enligt bokföringslagens bestämmelser. Kan vårdgivaren inte visa att hela den inrapporterade behandlingen är betald är det utestående beloppet att betrakta som en rabatt.

5.7 Efterhandskontroll av särskilt tandvårdsbidrag

I efterhandskontroller ingår även kontroll av utbetalning av särskilt tandvårdsbidrag (STB). Läs mer om rätten till STB i avsnitt 4.3, *Särskilt tandvårdsbidrag*.

I vissa fall har Försäkringskassan förhandsprövat patientens rätt till särskilt tandvårdsbidrag. I de fall förhandsprövning saknas ska Försäkringskassan i en efterhandskontroll utreda om rätten till STB fanns vid tillfället för patientbesöket.

Det som ska ligga till grund för Försäkringskassans bedömning i efterhandskontrollen är uppgifterna i vårdgivarens patientjournal om den aktuella patienten, och vad som i övrigt kommit fram i utredningen. Underlaget från vårdgivaren bör innefatta ett läkarintyg, och vid vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar även salivprovresultat. Läs mer i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2012:16).

Försäkringskassan kan återkräva utbetalt STB, precis som annan ersättning som betalas ut inom det statliga tandvårdsstödet. Vid en efterhandskontroll bedömer Försäkringskassan det underlag vårdgivaren hade tillgång till vid tidpunkten när STB begärdes. Om bedömningen av underlaget visar att vårdgivaren hade skälig anledning att anta att patienten hade rätt till STB så ska Försäkringskassan inte återkräva bidraget, om det senare visar sig att patienten inte hade rätt till STB. (4 kap. 2 § STL prop. 2011/12:7 s. 38) Skälig anledning kan till exempel vara att patienten har visat vårdgivaren ett läkarintyg som styrker att han eller hon har en sådan sjukdom eller funktionsnedsättning som ger rätt till STB.

Om en patient gått hos samma tandläkare eller tandhygienist under en längre tid kan vårdgivaren ha långvarig kännedom om sin patients kroniska sjukdom eller funktionsnedsättning. Det bör då finnas anteckningar i patientens journal om hans eller hennes diagnos, även om vårdgivaren inte nödvändigtvis har något läkarintyg. I det fallet bedöms också vårdgivaren ha haft skälig anledning att anta att patienten haft rätt till STB. (Prop. 2011/12:7 s. 39).

5.8 Beslut om återkrav

Vid en efterhandskontroll kan Försäkringskassan upptäcka att en åtgärd som rapporterats in inte var ersättningsberättigande. Orsaken till att vi bedömer att åtgärden inte var ersättningsberättigande kan vara att villkoren för tillståndet inte är uppfyllda, eller att vårdgivaren inte utfört alla de moment som ska ingå i åtgärden. Det kan vara uppenbart utifrån underlagen att vårdgivaren har utfört en annan ersättningsberättigande åtgärd än den som de begärt ersättning för, eller att underlaget inte styrker en inrapporterad åtgärd.

Försäkringskassan får besluta om att kräva tillbaka utbetald tandvårdsersättning om vårdgivarens insända underlag inte styrker att den utförda tandvården överensstämmer med TLVFS:s villkor. Försäkringskassan får besluta om återkrav, exempelvis när

- patientens tillstånd innebär att den utförda åtgärden inte är ersättningsberättigande
- det finns brister i dokumentationen, till exempel villkor D.1 där det finns krav på att det aktuella tillståndet ska dokumenteras med röntgen, foto eller modell innan behandlingen påbörjas
- den utförda och dokumenterade åtgärden inte stämmer överens med den åtgärd som vårdgivaren rapporterat in
- en mer omfattande åtgärd utförts utan att det finns underlag som visar varför vårdgivaren begärt ersättning i det enskilda fallet
- underlaget inte styrker att åtgärden är utförd

- vårdgivaren har begärt ersättning innan åtgärden var slutförd.

Försäkringskassan bör i varje enskilt fall uppmärksamma om det är uppenbart att patienten hade ett annat tillstånd som innebär att den utförda åtgärden är ersättningsberättigande. Om en inrapporterad åtgärd inte stämmer överens med vad som faktiskt har utförts, ska Försäkringskassan utreda om det finns någon annan uppenbar åtgärd som är ersättningsberättigande. Försäkringskassan ska då utgå från det underlaget som finns.

Om det i utredningen visar sig att det är uppenbart att en alternativ åtgärd är ersättningsberättigande ska Försäkringskassan fatta beslut om återbetalning av tandvårdsersättning som då endast omfattar den för högt utbetalda ersättningen. I praktiken blir resultatet att vårdgivaren blir återbetalningsskyldig för mellanskillnaden mellan ersättningen för den utförda åtgärden och ersättningen för den åtgärd som rapporterats. I vissa fall kan även en tilläggsutbetalning bli aktuell.

Om det vid en efterhandskontroll visar sig att vårdgivaren har fått tandvårdsersättning med ett för högt belopp, får Försäkringskassan kräva tillbaka den ersättning som har betalats ut felaktigt. Återkravet innebär att kvittning får göras från en annan fordran på ersättning som vårdgivaren har. (4 kap 2 § STL) Om kvittning inte är möjlig får Försäkringskassan i stället återkräva den felaktigt utbetalda ersättningen genom att lämna den återstående skulden för manuell fordringshantering.

Vårdgivaren får inte kräva patienten på det belopp som Försäkringskassan återkrävt (prop. 2007/08:49 s. 114). Läs mer om vårdgivarens ansvar och återbetalningsskyldighet i avsnitt 2.6.3, *Vårdgivaren ansvarar för korrekt ersättning* och avsnitt 2.6.5, *Återbetalningsskyldighet*.

5.8.1 Impuls vid misstanke om allvarliga brister

Det kan uppstå misstankar om att en vårdgivare eller mottagning medvetet har lämnat felaktiga uppgifter till Försäkringskassan i samband med utredning av ett ärende eller efter att utredningen är avslutad. En impuls ska lämnas till fördjupad utredning vid misstanke om att en vårdgivare eller mottagning får, har fått eller kan komma att få ersättning på felaktiga grunder. Läs mer i kapitel 8, *Sanktioner*, om vad Försäkringskassan kan göra när vårdgivaren medvetet avviker från regelverket.

I samband med en efterhandskontroll kan det även uppstå misstankar om att den tandvård som utförts inte är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet, eller att det finns uppenbara allvarliga brister i den behandling som utförts. Om så är fallet ska bedömning göras om impuls ska lämnas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Hur du lämnar en impuls till IVO framgår av riktlinjerna 2011:2, *Överlämnande av uppgifter i tandvårdsärenden mellan Försäkringskassan och tillsynsmyndigheterna*.

6 Försäkringsodontologisk rådgivare

I det här kapitlet beskrivs den försäkringsodontologiska rådgivarens roll som stöd till Försäkringskassans utredare och specialister i det statliga tandvårdsstödet. Kapitlet innehåller förtydligande när det gäller dokumentation vid frågor till den försäkringsodontologiska rådgivaren, se JO:s beslut dnr 3726-2011, och ett metodstöd som närmare beskriver processen vid ett skriftligt yttrande.

6.1 Den försäkringsodontologiska rådgivarens roll

Den försäkringsodontologiska rådgivaren är anställd som tjänsteman på Försäkringskassan. Inom ramen för denna tjänst står inte rådgivaren under IVO:s tillsyn, trots att han eller hon är legitimerad tandläkare. Det beror på att rådgivaren arbetar på Försäkringskassan i egenskap av administratör och inte kliniker.

Som anställd tjänsteman på Försäkringskassan ska den försäkringsodontologiska rådgivaren bland annat stå för odontologisk sakkunskap och verka för ett gott samarbete mellan Försäkringskassan och vårdgivarna. En fullständig beskrivning av yrkesrollen finns på intranätet under medarbetare och yrkesroller.

Den försäkringsodontologiska rådgivaren ska inte överta vårdgivarens roll genom att själv undersöka eller behandla patienten och inte heller bedöma om det är en lämplig behandling som har utförts. Det är inte den försäkringsodontologiska rådgivarens roll att bedöma om tandvården är ersättningsberättigande eller inte. Den bedömningen görs av utredaren.

6.1.1 Odontologiskt sakkunnig

Den försäkringsodontologiska rådgivaren är expert i de odontologiska frågor som aktualiseras i försäkringshandläggningen, det vill säga ett försäkringsodontologiskt stöd i handläggningen. Han eller hon ska vid behov hjälpa utredaren att tolka informationen om patientens odontologiska tillstånd i det underlag som Försäkringskassan har tillgång till. Rådgivaren kan även stödja utredaren i att avgöra om informationen i det odontologiska underlaget är tillräckligt för att bedöma ärendet.

Den försäkringsodontologiska rådgivaren ska stärka utredarnas och specialisternas kunskap i odontologiska frågor. Det kan rådgivaren göra vid individuella konsultationer kopplade till ärenden och genom medverkan i gruppdiskussioner om ärenden. Vid en gruppdiskussion bidrar den försäkringsodontologiska rådgivaren med sin odontologiska kunskap och specialisten med sin kunskap om försäkringen. Det gör att de tillsammans ger ett grundläggande stöd till utredarna.

Den försäkringsodontologiska rådgivaren kan också stärka utredarnas och specialisternas kunskap i generella odontologiska ämnen genom utbildning och information i grupp.

En viktig roll för den försäkringsodontologiska rådgivaren i egenskap av tjänsteman på Försäkringskassan är att företräda Försäkringskassan i det utåtriktade arbetet. Det gäller särskilt som odontologisk sakkunnig i kontakten med tandläkare och annan tandvårdspersonal. Detta framgår i beskrivningen av yrkesrollen.

6.2 Konsultation

Utredaren ska i varje enskilt ärende bedöma om den försäkringsodontologiska rådgivaren behöver konsulteras.

Utredaren ska konsultera den försäkringsodontologiska rådgivaren om något är oklart när det gäller odontologiska frågor eller om det är svårt att tolka patientens journal, röntgenbilder, foton med mera. Rådgivaren ska med sin kompetens hjälpa till med att bedöma om det odontologiska underlaget innehåller tillräcklig information och är av tillräckligt god kvalitet för en bedömning.

Den försäkringsodontologiska rådgivaren ska inte bedöma rätten till tandvårdsersättning. Rådgivarens yttrande är en viktig del av det totala beslutsunderlaget, men det är utredaren som bedömer och beslutar om rätten till tandvårdsersättning. Utredaren får heller aldrig motivera ett beslut enbart genom att hänvisa till det försäkringsodontologiska yttrandet.

6.2.1 Dokumentation vid konsultation

När den försäkringsodontologiska rådgivaren konsulteras i enskilda ärenden ska uppgifter som kan ha betydelse för utgången i ärendet dokumenteras. Läs mer om dokumentation i vägledning 2004:7, *Förvaltningsrätt i praktiken*.

Vid en muntlig konsultation, enskilt eller i grupp, där den försäkringsodontologiska rådgivarens uttalande kan ha betydelse för utgången i ärendet ska utredaren dokumentera uttalandet i en tjänsteanteckning. Om det finns osäkerhet om en uppgift kan ha betydelse för utgången i ett enskilt ärende, ska uppgiften dokumenteras. Formuleringen ska utformas i samråd med den försäkringsodontologiska rådgivaren och det ska framgå vilken rådgivare som har konsulterats, vilket underlag som ligger till grund för uttalandet, vad frågan gällde och resultatet av rådgivningen. Om utredaren bedömer att det krävs ett skriftligt yttrande från den försäkringsodontologiska rådgivaren så ska det begäras i stället, se avsnitt 6.3, *Skriftligt yttrande*.

Om utredaren överväger att fatta ett negativt beslut, ska vårdgivaren alltid kommuniceras om detta och även få ta del av de uppgifter som ligger till grund för beslutet, exempelvis ett yttrande från försäkringsodontologisk rådgivare. Läs mer om kommunikering i vägledning 2004:7, *Förvaltningsrätt i praktiken*.

6.2.2 Generella frågor

Generella odontologiska frågor kan ställas muntligt till rådgivaren utan att yttrande behöver skrivas. Det gäller när rådgivaren kan svara på frågan utan att göra en bedömning av underlaget i ärendet. Det kan jämföras med att utredaren frågar en annan kollega om ett råd, och då behöver varken den försäkringsodontologiska rådgivaren eller utredaren dokumentera vad som sagts.

6.2.3 Gruppdiskussioner

Vid en gruppdiskussion görs konsultationen muntligt där utredare, specialist och försäkringsodontologisk rådgivare deltar. Gruppdiskussionen fungerar som ett stöd för utredaren i det enskilda ärendet och ger tillfälle till generellt lärande för hela gruppen som får en ökad kompetens.

Utredaren behöver förbereda sig inför gruppdiskussionen genom att noggrant läsa in ärendet och göra stödanteckningar om vad hon eller han vill diskutera. Däremot behöver utredaren inte beskriva ärendet i sin helhet. Vid gruppdiskussionen ska utredaren ta med en utskrift av relevant odontologiskt underlag och ta upp vad han eller hon tycker är oklart utifrån en tydlig fråga som diskussionen kan utgå från.

Specialistens roll är att leda mötet och att bidra med sin försäkringskompetens samtidigt som den försäkringsodontologiska rådgivaren bidrar med sin odontologiska kompetens. Tillsammans utgör de ett försäkringsodontologiskt stöd till utredarna. Specialisten och

rådgivaren ska ha ett konsultativt förhållningssätt och guida utredaren till relevanta källor så att hon eller han själv kan hitta svar på sina frågor.

Specialisten och rådgivaren ska också identifiera vilka övergripande kompetens-utvecklingsfrågor som finns genom att uppmärksamma vilka försäkringsodontologiska frågor som förekommer ofta. Fördjupande information och utbildning kan sedan göras på dessa områden i samband med gruppdiskussioner.

Om en försäkringsodontologisk rådgivare vid en gruppdiskussion svarar på frågor i ett enskilt ärende så ska utredaren dokumentera detta. Om utredaren bedömer att det krävs ett skriftligt yttrande från den försäkringsodontologiska rådgivaren efter en gruppdiskussion så ska han eller hon be om ett sådant i stället.

6.3 Skriftligt yttrande

Om utredaren inte kan göra en odontologisk bedömning utifrån det material som vårdgivaren skickat, ska han eller hon be rådgivaren om ett skriftligt yttrande genom att dokumentera specificerade odontologiska frågor i journalen. Syftet med ett yttrande är att utredaren ska få odontologisk kunskap för att kunna få tillräckligt beslutsunderlag. Yttrandet ska grundas på vårdgivarens uppgifter i patientjournaler, intyg och utlåtanden, eller vad som i övrigt kommer fram av den tillgängliga dokumentationen, till exempel röntgenbilder, kliniska foton eller modeller.

Den försäkringsodontologiska rådgivaren ska inte bedöma om tandvården är ersättningsberättigande eller inte, och inte heller lägga in några värderingar angående utförd tandvård.

6.3.1 Metodstöd – att skriva yttrande

I det här avsnittet beskrivs processen med ett skriftligt yttrande, hur yttrandet ska vara disponerat och hur det används.

Vad ska utredaren göra?

Den försäkringsodontologiska rådgivaren behöver få tillgång till den information och de handlingar som är väsentliga i ärendet för att kunna göra sin bedömning. Det är därför viktigt att utredaren noterar i journalen vilka handlingar som kommit in i ärendet. Utredaren ska ställa frågor till rådgivaren, som bara ska svara på dessa frågor. Svaren ska enbart vara av odontologisk karaktär.

Om utredaren bedömer att det behövs fler än ett skriftligt yttrande i ärendet med anledning av att två eller fler mottagningar är inblandade i ärendet, så ska frågorna till den försäkringsodontologiska rådgivaren delas upp efter respektive mottagning.

Vad ska den försäkringsodontologiska rådgivaren göra?

Den försäkringsodontologiska rådgivarens uppgift är att bedöma det odontologiska underlaget utifrån de frågor som utredaren har ställt. Rådgivaren ska alltså inte bedöma rätten till tandvårdsersättning.

Den försäkringsodontologiska rådgivaren ska i sin bedömning

- ta del av utredarens frågor
- gå igenom det underlag som utredaren hänvisar till
- besvara utredarens frågor samt motivera sina svar.

Om det inte finns tillräckligt med information för att ta ställning till utredarens frågor eller om underlaget har för låg kvalitet för att användas som bedömningsunderlag så ska

rådgivaren notera detta under respektive fråga i yttrandet. Är utredarens frågor på något sätt otydliga ska rådgivaren vända sig till utredaren för ett klargörande.

Om den försäkringsodontologiska rådgivaren hittar något i ärendet som kan vara relevant för utredarens bedömning men inte täcks av frågorna ska rådgivaren notera det i en annan skrivelse, som han eller hon lämnar separat till utredaren.

Disposition av yttrandet

Den försäkringsodontologiska rådgivaren ska skriva sitt odontologiska yttrande enligt en fastställd mall. Yttrandet ska sedan sparas i ärendet som en bilaga.

Rådgivaren ska skriva sitt yttrande utifrån utredarens frågor. Som utgångspunkt kan följande disposition användas:

- Redovisning av vilket eller vilka underlag som yttrandet grundas på.
- Redovisning av svar på utredarens frågor.

Om det finns något annat i ärendet som kan anses relevant för bedömningen av ärendet ska det dokumenteras i en separat skrivelse.

Den försäkringsodontologiska rådgivaren ska alltid motivera sin bedömning. Språket i yttrandet ska alltid vara sådant att både utredaren och patienten kan förstå innehållet. Latinska och andra odontologiska termer ska därför alltid översättas eller förklaras med enklare ord.

Om två eller fler mottagningar ingår i ärendet ska den försäkringsodontologiska rådgivaren skriva ett yttrande för varje mottagning. Anledningen till det är att varje mottagning eller vårdgivare ska få var sin eventuella kommunikering och varsitt beslut.

Om den försäkringsodontologiska rådgivaren uppmärksammar något i ärendet som tyder på att en vårdgivare medvetet kan ha fått ersättning från det statliga tandvårdsstödet på felaktiga grunder, ska det dokumenteras separat i en fastställd Wimi-mall och lämnas som en impuls till fördjupad utredning.

Hur används den försäkringsodontologiska rådgivarens yttrande?

När utredaren har tagit del av det försäkringsodontologiska yttrandet ska han eller hon väga samman all den information som finns i ärendet och sedan fatta beslut. Det försäkringsodontologiska yttrandet är en del av beslutsunderlaget tillsammans med övrigt underlag. Om yttrandet inte går att tolka och utredaren därför inte kan fatta något beslut, ska utredaren vända sig till rådgivaren för ett klargörande.

Om det skriftliga yttrandet leder till att utredaren överväger att fatta ett beslut om avslag eller delvis avslag ska underlaget i ärendet, inklusive yttrandet, kommuniceras till vårdgivaren.

Utredaren ska motivera sitt beslut utifrån de uppgifter som finns i ärendet. Ett beslut får aldrig motiveras enbart genom att hänvisa till det försäkringsodontologiska yttrandet. Beslutet ska också innehålla hänvisningar till bestämmelser som beslutet grundas på. För mer information om hur beslut ska skrivas, se riktlinjer 2005:14, *Att skriva kommunikeringsbrev och beslutsbrev i Försäkringskassan*.

6.4 Impuls för överlämnande av uppgifter till Inspektionen för vård och omsorg

I samband med att Försäkringskassan genomför efterhandskontroller eller i samband med utredningar som gäller förhandsprövningar, kan det uppstå misstankar om att den tandvård som har utförts inte är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det kan även finnas uppenbara och allvarliga brister i den behandling som utförts eller upptäckas att det är bristande dokumentation enligt bestämmelserna i patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att komma ihåg att man alltid ska göra en bedömning i varje enskilt fall. Den som uppmärksammat bristerna ska kontakta en specialist och försäkringsodontologisk rådgivare för att gå igenom uppgifterna i ärendet. Därefter tas det ställning till om uppgifterna är sådana att Försäkringskassan bör överlämna uppgifterna till IVO.

Hur du lämnar en impuls till IVO framgår av riktlinje 2011:2, *Överlämnande av uppgifter i tandvårdsärenden mellan Försäkringskassan och tillsynsmyndigheterna*.

7 Omgörning av protetiska arbeten

Det här kapitlet beskriver reglerna vid omgörning av protetiska arbeten. Med omgörning menas att en protetisk behandling behöver göras om eller repareras inom en viss tid.

Vid omgörning prövas rätten till tandvårdsersättning enligt undantags- och omgörningsreglerna som framgår av lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd (STL), förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd (STF) och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets författningssamling (TLVFS 2008:1).

7.1 Behov av omgörning och rätten till ersättning

Det finns olika anledningar till att en protetisk behandling måste göras om och det kan vara svårt att i efterhand klargöra orsakssambanden. Anledningen till omgörningsbehovet kan till exempel bero på att arbetet eller behandlingen utförts på ett felaktigt sätt, att det funnits brister i materialet eller att materialet använts på fel sätt. Det kan också bero på patientens tandstatus. Exempelvis kan det finnas rotfrakturer under stiftförankrade kronor eller defekter i hårdvävnaden kring tandkronor på grund av karies.

Grundregeln är att fast eller avtagbar protetik som måste göras om inom en viss fastställd tid inte ger rätt till tandvårdsersättning. Den fastställda tiden framgår av TLVFS. Utgångspunkten är att en protetisk konstruktion ska ha en lägsta beräknad livslängd. För fast protetik slutförd före den 15 januari 2019 är tidsgränsen två år och för fast protetik slutförd från och med den 15 januari 2019 är tidsgränsen tre år. För avtagbar protetik är tidsgränsen ett år. Det innebär att en protetisk behandling som måste göras om eller repareras inom denna tid inte är ersättningsberättigande. Läs mer om vad som gäller för fast och avtagbar protetik i TLVFS (bilaga 1, villkor D.5–D.6, E.5–E.9, och E.15).

Tandvårdsersättning kan betalas ut efter förhandsprövning när en patient väljer att göra om behandlingen hos en annan vårdgivare än den som utförde den ursprungliga behandlingen, läs mer under avsnitt 7.3, *Omgörning – av en annan vårdgivare*.

I vissa fall kan ny ersättning betalas ut efter förhandsprövning om behandlingen omfattas av undantagsreglerna. Det gäller oavsett om behandlingen görs om hos samma vårdgivare eller hos någon annan. Läs mer under avsnitt 7.4, *Undantag från omgörningsreglerna*.

7.2 Omgörning – av samma vårdgivare

En protetisk behandling som görs om hos samma vårdgivare inom den fastställda tiden för konstruktionens livslängd ger normalt inte rätt till ersättning från det statliga tandvårdsstödet. De flesta vårdgivare lämnar garantier på protetiska arbeten, vilket innebär att patienten i de flesta fall inte behöver betala något för omgörningen. Om det uppstår behov av omgörning är det vanligt att patienten går tillbaka till den behandlare som gjorde protetiken och begär att den ska göras om eller repareras.

När tandläkaren gör om behandlingen ska den inte rapporteras till Försäkringskassan. Eventuell tidigare utbetald ersättning, patientens ersättningsgrundande belopp och ersättningsperiod påverkas inte. De uppgifter som finns lagrade i tandvårdssystemet om patienten berörs alltså inte. Vad patienten eventuellt får betala är en fråga mellan vårdgivaren och patienten.

7.3 Omgörning – av en annan vårdgivare

Patienten kan välja att göra om den protetiska behandlingen hos en annan vårdgivare än den som gjorde den ursprungliga behandlingen.

Behovet av att göra om den protetiska behandlingen ska förhandsprövas av Försäkringskassan innan behandlingen påbörjas (4 kap. 5 § STL). Vid förhandsprövning ska Försäkringskassan fastställa om den ursprungliga behandlingen var bristfälligt utförd, det vill säga om omgörningsbehovet är styrkt.

Förutsättningarna för en omgörning är att behandlingen inte är ersättningsberättigande enligt TLVFS och att omgörningen utförs av en annan vårdgivare än den som utförde den ursprungliga behandlingen. När en protetisk behandling behöver göras om av en annan vårdgivare får Försäkringskassan återkräva den utbetalda tandvårdsersättningen från den vårdgivare som utförde den ursprungliga behandlingen och betala ut ersättningen till den vårdgivare som utför omgörningen. (4 kap. 3 § STL)

Det innebär att Försäkringskassan, förenklat uttryckt, flyttar ersättningen från den vårdgivare som gjorde den ursprungliga behandlingen till den vårdgivare som utför omgörningen. Patientens karensbelopp eller ersättningsperiod påverkas inte.

Ersättningen till den vårdgivare som gör om behandlingen är begränsad enligt 6 § STF. Försäkringskassan lämnar ersättning med högst ett belopp som motsvarar det belopp som får krävas tillbaka från vårdgivaren som utförde den ursprungliga behandlingen. Den ersättning som betalas ut får dock inte överstiga det lägsta av följande belopp

- vårdgivarens pris för att göra om behandlingen
- referenspriset för att göra om behandlingen.

7.4 Undantag från omgörningsreglerna

Det finns undantag från omgörningsreglerna som innebär att en vårdgivare i vissa fall kan få ny ersättning för att göra om eller reparera en protetisk behandling (TLVFS 2008:1, bilaga 1).

För att Försäkringskassan ska kunna utreda om behandlingen omfattas av undantagsreglerna måste vårdgivaren skicka in en förhandsprövning. Vid förhandsprövningen ska Försäkringskassan fastställa om något av undantagen kan tillämpas. Om behandlingen omfattas av undantagsreglerna är åtgärderna ersättningsberättigande oavsett om behandlingen utförs hos samma vårdgivare eller hos någon annan. Ny tandvårdsersättning kan då betalas ut.

Undantagen är något olika utformade beroende på om den protetiska konstruktionen är fast, avtagbar eller byggd på implantat. I TLVFS framgår vilka undantag som gäller för respektive åtgärd.

Exempel på när en ny behandling kan vara ersättningsberättigande är

- om konstruktionen utsatts för yttre våld
- om konstruktionen behöver göras om på grund av ny skada på en annan tandposition än vad den ursprungliga konstruktionen avser
- om en avtagbar protes skadats eller förlorats och detta har ett samband med sjukdom hos patienten.

Det får alltså inte röra sig om brister i den ursprungliga behandlingen som vårdgivaren ansvarar för.

Att äta kött och råka tugga på ett ben är inte ovanligt och bör anses ingå i det normala användandet av tänderna eller protetiken. Om en protetisk konstruktion går sönder av den orsaken är det inte aktuellt med ny ersättning med stöd av undantag, eftersom det inträffade inte kan anses som yttre våld på konstruktionen.

Om en patient inte kan vänja sig vid en nygjord avtagbar protes kan ersättning lämnas för att i stället laga eller anpassa den gamla protesen. Även i den här situationen måste vårdgivaren skicka in en förhandsprövning.

7.5 Ansökan om förhandsprövning

Det finns en spärr i Försäkringskassans elektroniska system som gör att en behandling som görs om inom den fastställda tiden inte går att rapportera om det inte finns en beslutad förhandsprövning.

Vid en förhandsprövning utreder Försäkringskassan om de åtgärder som vårdgivaren planerar är ersättningsberättigande enligt undantagsreglerna eller ger rätt till tandvårdsersättning på grund av att den ursprungliga behandlingen var bristfälligt utförd.

Vårdgivaren begär förhandsprövning genom att ansöka om det via Försäkringskassans elektroniska system. I vissa fall kan vårdgivaren behöva skicka in kompletterande underlag, till exempel daganteckningar, röntgenbilder, foton och modeller.

Om omgörningen inte hinner slutföras inom den fastställda tiden ska den nya behandlingen rapporteras som ett vanligt patientbesök (TLVFS, bilaga 1) och med det pris patienten betalar för åtgärden. Är patientens pris 0 kronor på grund av en garanti som vårdgivaren erbjuder ska statligt stöd inte betalas ut.

7.5.1 Ansökan om förhandsprövning vid undantag

Eftersom den egentliga betydelsen av villkoren för undantag är att behandlingen är ersättningsberättigande finns det skäl att tillåta vårdgivaren att lämna in en ansökan om förhandsprövning upp till två veckor efter att behandlingen är slutförd.

Ansökan om förhandsprövning kan i den situationen jämföras med en begäran om ersättning, som vårdgivaren kan rapportera in upp till två veckor efter slutförd åtgärd (4 kap. 8 § STL). Det innebär att Försäkringskassan i dessa fall inte behöver utreda om det finns odontologiska eller medicinska skäl att påbörja behandlingen innan ansökan om förhandsprövning rapporteras in.

7.5.2 Ansökan om förhandsprövning vid omgörning

Om behandlingen inte omfattas av undantagsreglerna (TLVFS, D.6 eller E.9) ska behovet att göra om den protetiska behandlingen förhandsprövas av Försäkringskassan innan behandlingen påbörjas (4 kap. 5 § STL).

Om det finns odontologiska eller medicinska skäl som gör det nödvändigt att påbörja behandlingen innan förhandsprövningen är gjord ska ansökan lämnas till Försäkringskassan inom två veckor från det att åtgärden påbörjades (10 § FKFS 2008:6). Även andra särskilda skäl kan godtas som orsak till att det varit nödvändigt att påbörja eller genomföra behandlingen utan att förhandsprövning gjorts (7 § STF).

7.6 Begäran om ersättning efter godkänd förhandsprövning

Efter beslut om godkänd förhandsprövning får vårdgivaren utföra behandlingen och begära tandvårdsersättning genom att rapportera in de utförda åtgärderna till

Försäkringskassan. För att vårdgivaren ska kunna få ersättning ska begäran om ersättning komma in till Försäkringskassan senast två veckor efter det att åtgärderna slutfördes (4 kap. 8 § STL).

7.7 Beräkning av ersättning efter godkänd förhandsprövning

I det här avsnittet beskrivs hur patientens ersättningsgrundande belopp påverkas och hur tandvårdsersättningen beräknas beroende på om behandlingen omfattas av undantag eller om behandlingen görs om av en annan vårdgivare.

7.7.1 Ersättningsberäkning vid undantag

Om behandlingen omfattas av undantag är principen för att beräkna ersättningen densamma oavsett om behandlingen görs om hos samma vårdgivare eller hos någon annan.

När behandlingen har slutförts ska vårdgivaren rapportera in åtgärderna i förhållande till den godkända förhandsprövningen. Det innebär att andra åtgärder som utförts samtidigt och inte omfattats av förhandsprövningen ska rapporteras separat.

Tandvårdsersättningen beräknas utifrån aktuellt ersättningsgrundande belopp och referenspriset för åtgärden, eller vårdgivarpriset om det är lägre. Det innebär att patientens ersättningsgrundande belopp påverkas.

7.7.2 Ersättningsberäkning vid omgörning – av annan vårdgivare

När en behandling görs om och inte omfattas av undantag innebär det att den inte är ersättningsberättigande enligt TLVFS. Därför betalas inte någon ny ersättning ut. I stället flyttas den utbetalda ersättningen från den vårdgivare som utförde den ursprungliga behandlingen till den vårdgivare som utför omgörningen. (4 kap. 3 § STL)

Den tandvårdsersättning som betalats ut för den ursprungliga behandlingen kan återkrävas och betalas ut till den vårdgivare som gör om behandlingen. I stället för att kräva tillbaka ersättningen kan Försäkringskassan räkna av den från en annan fordran på ersättning som samma vårdgivare har. (4 kap. 3 § STL)

Patienten har vid den ursprungliga behandlingen fått tillgodoräkna sig åtgärden i sitt högkostnadsskydd. Det innebär att patientens ersättningsgrundande belopp inte påverkas när tandvårdsersättningen flyttas mellan de två vårdgivarna.

Exempel

Juan blev behandlad med en fast tandstödd bro hos sin ordinarie tandläkare Karin Karlsson. Eftersom Juan också fått annan tandvård tidigare under ersättningsperioden så var hans ersättningsnivå 85 procent när bron slutfördes. För den tandstödda bron betalade Försäkringskassan tandvårdsersättning med 7 650 kronor.

Bron gick sönder efter femton månader. Juan vände sig då till tandläkaren Barbro Olsson för att få den reparerad. Vid besöket hos tandläkare Olsson berättar Juan att bron bara är femton månader. Tandläkare Olsson inser att Försäkringskassan måste förhandspröva omgörningens behovet. Hon ansöker därför om en förhandsprövning.

Försäkringskassan bedömer att bron måste göras om. Av Försäkringskassans beslut till tandläkare Olsson framgår att omgörningen kommer att ersättas under förutsättning att behandlingen avslutas inom den fastställda tiden. Det framgår också att den högsta ersättning som Försäkringskassan kan betala för omgörningen är 7 650 kronor.

Tandläkare Olsson gör om bron. Hon rapporterar omgörningen i förhållande till förhandsprövningsbeslutet. Tandläkarens pris för att göra om bron är 6 500 kronor.

Tandläkare Olsson rapporterar in behandlingen och priset till Försäkringskassan. Juans ersättningsgrundande belopp i högkostnadsskyddet påverkas inte och ersättningsperioden påverkas inte heller. När begäran om ersättning kommit in och godkänts betalar Försäkringskassan ut 6 500 kronor till tandläkare Olsson. Vårdgivaren som utför omgörningen kan få den ersättning som hon begär eftersom den inte är högre än den ersättning som den första vårdgivaren fick.

Därefter startar återkravsprocessen gentemot den vårdgivare som gjorde den ursprungliga behandlingen.

7.7.3 Metodstöd – att återkräva ersättning vid omgörning av annan vårdgivare

När det finns en godkänd förhandsprövning och en begäran om ersättning kommit in från den vårdgivare som utfört den nya behandlingen ska du skapa en återkravsutredning för den ursprungliga behandlingen.

Dokumentera, utred och bedöm det befintliga underlaget och ta ställning till om uppgifterna behöver kompletteras och om villkoren för återkrav enligt 6 § STF är uppfyllda.

Om du överväger att fatta ett negativt beslut, ska du alltid kommunicera de uppgifter som ligger till grund för det tänkta beslutet. Det gäller också uppgifter som du har hämtat internt. Vårdgivaren som utförde den ursprungliga behandlingen har rätt att få ta del av underlaget som gör att du överväger att besluta om återkrav. Det innebär att du utöver ett eventuellt yttrande från FOR ska bifoga de röntgenbilder, foton och daganteckningar som ligger till grund för yttrandet. Läs mer om kommunikering i vägledning 2004:7, *Förvaltningsrätt i praktiken*.

Kommunicera vårdgivaren som gjort den ursprungliga behandlingen om Försäkringskassans förslag till beslut att återkräva tidigare utbetald ersättning och motivet till det.

Beslutet ska fattas tidigast när kommunikeringstiden är slut, om inte vårdgivaren begär att det ska fattas tidigare.

Kontrollera om vårdgivaren fortfarande är ansluten till Tandem och bedöm om återkravet kan kvittas eller om det ska skickas för manuell fordringshantering. Dokumentera, korrigera patienthistoriken och skriv sedan beslutsbrev.

7.8 Mer omfattande behandling vid omgörning – av annan vårdgivare

En omgörning kan godkännas som en mer omfattande behandling och i övrigt bestå av andra ersättningsberättigande åtgärder än den ursprungliga behandlingen. I dessa fall ska Försäkringskassan uppdatera det ersättningsgrundande beloppet i den del som avser de mer omfattande och tillkommande åtgärderna i konstruktionen (6 § STF). Bestämmelsen gäller endast när

- vården inte är ersättningsberättigande enligt TLFVS 2008:1, bilaga 1
- inga villkor för undantag är uppfyllda
- vården utförs av en annan vårdgivare.

Det innebär att det aldrig kan bli aktuellt att betala ut tandvårdsersättning för en mer omfattande behandling vid omgörning hos samma vårdgivare.

Kostnaden för åtgärden får inte beräknas högre än mellanskillnaden mellan kostnaden för den nya behandlingen och kostnaden för den behandling som behöver göras om. Beräkningen av kostnaderna för de åtgärder som ingår i behandlingarna ska ske utifrån åtgärdens referenspris, eller vårdgivarpriset om det är lägre (6 § STF).

Exempel

Maria har hos Folktandvården fått brokonstruktionen 13, 12, (11), (21), 22 och 23. Tillstånd 5037.

Sex månader senare besöker Maria privatpraktiserande tandläkare Soledad Avellana som konstaterar att tand 12 måste dras ut och att övriga tänder i brokonstruktionen är i dåligt skick och att hela den återstående bron behöver göras om. För att behandla tandluckan planeras implantat i position 12, hängande led i position 11, implantat i position 21 och kronor för tänderna i position 13, 22 och 23.

Tandläkare Soledad Avellana skickar in en ansökan om förhandsprövning där det framgår att inget av undantagsvillkoren enligt E.9 är uppfyllt. Behandlingen behöver göras om och den planerade behandlingen består av andra ersättningsberättigande åtgärder än den ursprungliga behandlingen.

Försäkringskassan bedömer att det finns ett omgöringsbehov och godkänner behandlingsförslaget.

Det lägre av vårdgivarpris eller referenspris vid den första behandlingen var 34 000 kronor.

Den mer omfattande behandlingen som behövs vid omgörningen har ett ersättningsgrundande belopp på 43 000 kronor. När omgörningen är utförd och begäran om ersättning kommit in uppdaterar Försäkringskassan Marias ersättningsgrundande belopp med skillnaden mellan kostnaden för den första behandlingen och kostnaden för den mer omfattande behandlingen, det vill säga 9 000 kronor (43 000 – 34 000). Utifrån detta belopp beräknas ersättningen för den utökade behandlingen.

Om Maria inte har fått någon annan vård under ersättningsperioden blir ersättningen 3 000 kronor (9 000 – 3 000) x (0,50).

Om Maria i stället får den mer omfattande behandlingen utförd i samma ersättningsperiod som den ursprungliga behandlingen blir ersättningen 7 650 kronor (9 000 x 0,85).

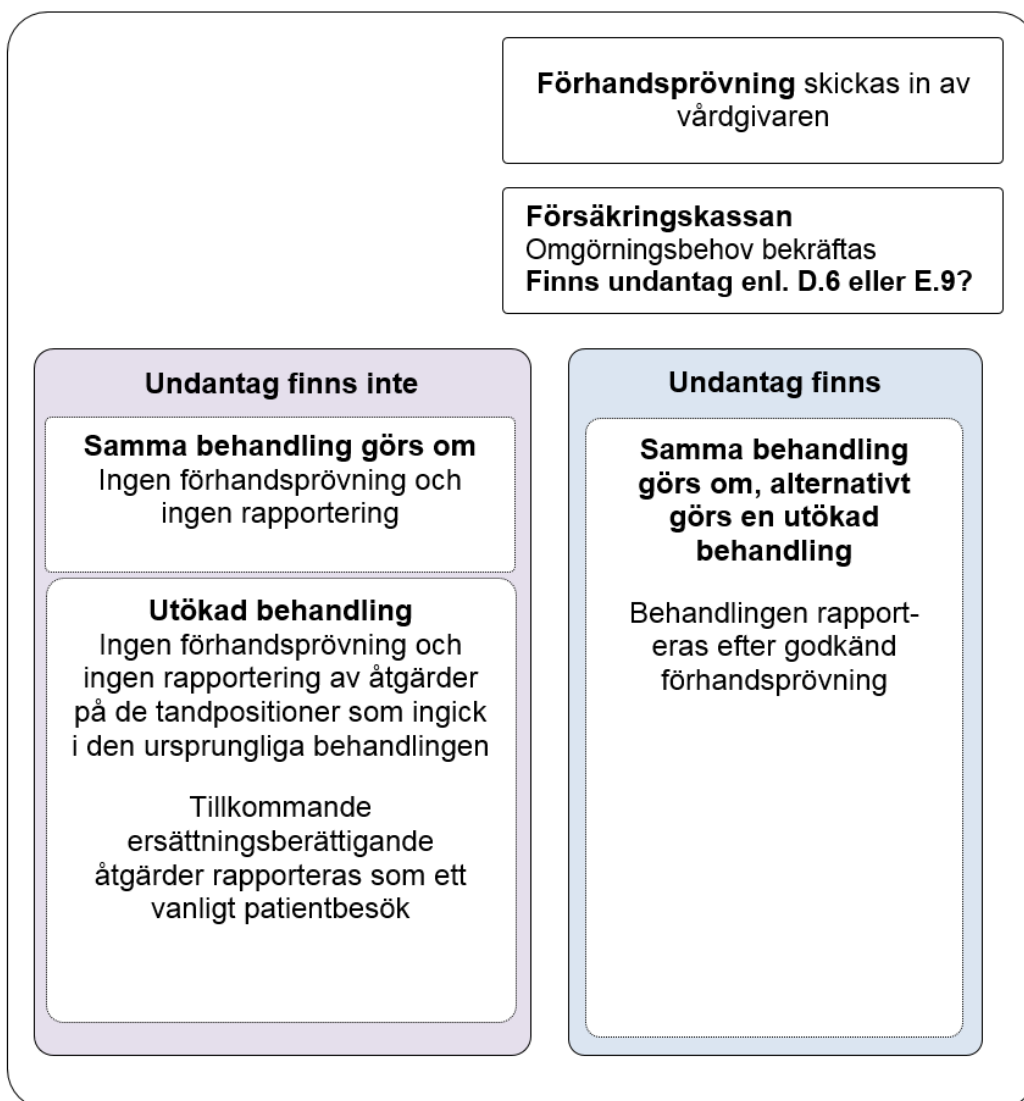
Folktandvården som utförde den första behandlingen återkrävs på tandvårds-ersättningen för den ursprungliga behandlingen och den betalas i stället ut till vårdgivaren som hanterat omgörningen.

Om Maria i stället hade gått tillbaka till den första vårdgivaren för att göra den mer omfattande behandlingen av konstruktionen, så hade ingen ersättning betalats ut. Det beror på att möjligheten till ersättning endast gäller när omgörningen utförs av en annan vårdgivare.

7.9 Olika situationer vid undantag eller omgörning

I det här avsnittet illustreras olika situationer där det finns behov av att göra om en behandling. I det ena fallet görs den ursprungliga behandlingen om hos samma vårdgivare och i det andra fallet görs den om hos en annan vårdgivare.

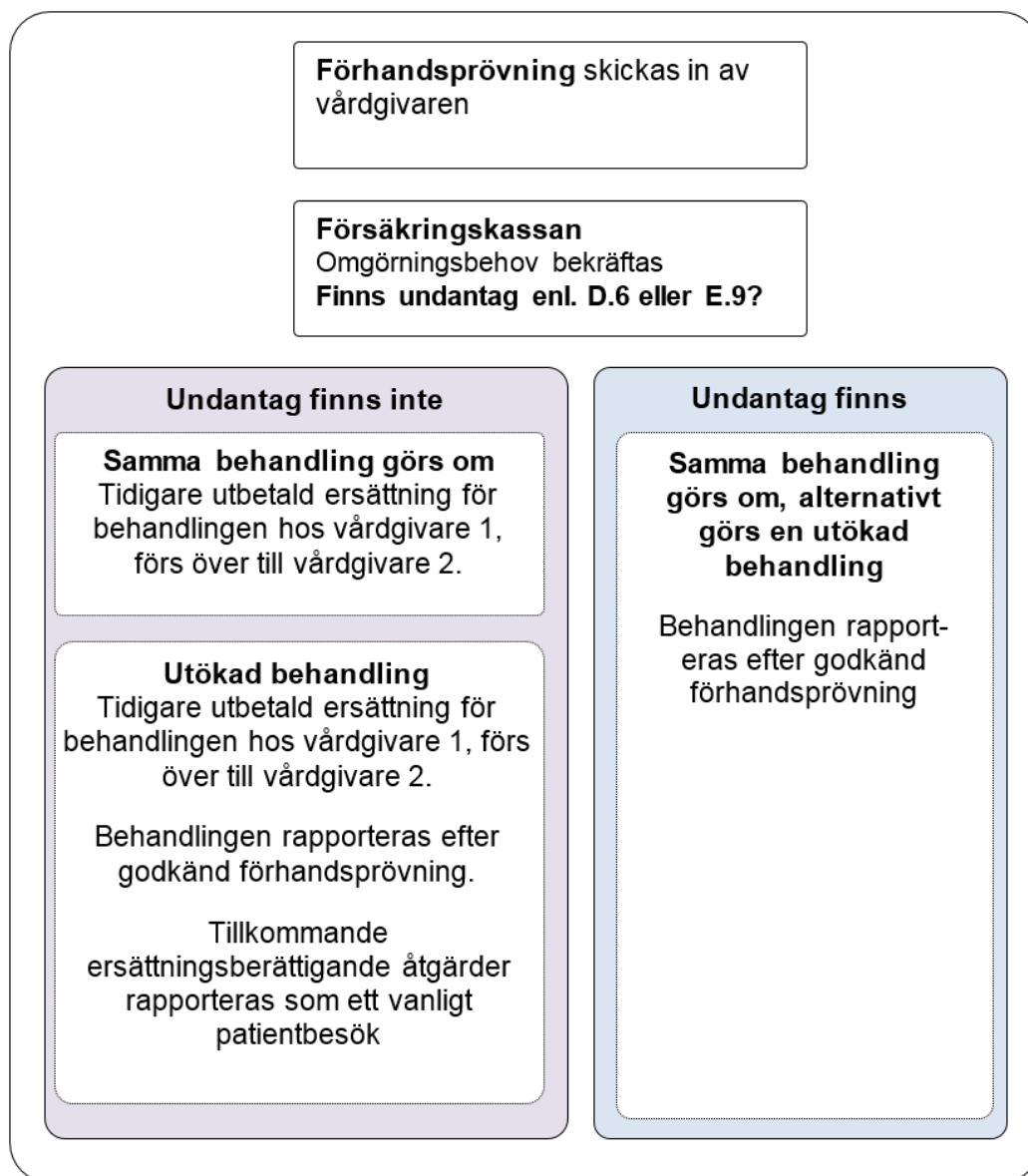
7.9.1 Samma vårdgivare gör om behandlingen



Vid validering i det elektroniska systemet av föreslagen behandling får vårdgivaren ett meddelande om att vården måste förhandsprövas. Ansökan om förhandsprövning ska endast skickas in i de fall undantagsreglerna kan tillämpas.

Om behandlingen inte omfattas av undantag ska vårdgivaren enbart rapportera in eventuell utökad behandling. Vid utökad behandling ska de tillkommande åtgärderna rapporteras som ett vanligt patientbesök. De åtgärder som utförs på de tandpositioner som ingick i den ursprungliga behandlingen ska inte rapporteras.

7.9.2 Annan vårdgivare gör om behandlingen



Vid validering av den föreslagna behandlingen får den nya vårdgivaren ett meddelande om att vården måste förhandsprövas. Vårdgivaren ska skicka in en ansökan om förhandsprövning till Försäkringskassan innan behandlingen påbörjas.

Efter godkänd förhandsprövning rapporterar vårdgivaren in behandlingen när den är utförd. Därefter startas återkravsprocessen mot den vårdgivare som utförde den ursprungliga behandlingen.

Tillkommande ersättningsberättigande åtgärder rapporteras som ett vanligt patientbesök enligt 6 § STF.

8 Sanktioner

Det här kapitlet beskriver Försäkringskassans sanktionsmöjligheter vid misstanke om att vårdgivaren medvetet avviker från regelverket eller inte fullgör sin skyldighet att lämna uppgifter till Försäkringskassan.

I kapitlet beskrivs Försäkringskassans möjlighet att hålla inne utbetalning av tandvårdsersättning och möjligheten att förelägga en vårdgivare om förhandsprövning av viss tandvård. Här beskrivs även skillnaderna mellan de två sanktionerna och vad dessa beslut innebär.

Försäkringskassan kan använda sanktioner mot en vårdgivare, mottagning eller behandlare. Även om sanktionen begränsas till en mottagning eller en behandlare så är det alltid vårdgivaren som har det yttersta ansvaret. Därför används främst begreppet vårdgivare i kapitlet, men det kan även gälla mottagning eller behandlare, beroende på hur sanktionen används. (4 kap. 6 och 8 §§ STL)

Kapitlet innehåller också två metodstöd som beskriver rutiner vid innehållande av ersättning och rutiner för utredning och beslut om föreläggande om förhandsprövning.

8.1 Försäkringskassans sanktionsmöjligheter

Försäkringskassan är ansvarig för att kontrollera att de automatiska utbetalningar som görs inom ramen för det statliga tandvårdsstödet stämmer med gällande regelverk (prop. 2007/08:49 s.97). Huvudsyftet med kontrollerna är att identifiera vårdgivare som avsiktligt gör fel och där vårdgivaren får, har fått eller kan komma att få tandvårdsersättning på felaktiga grunder. Om det finns misstanke om brott ska Försäkringskassan ta ställning till en eventuell polisanmälan, läs mer i vägledning 2004:1, *Kontrollutredning*.

Försäkringskassan kan använda sanktioner mot en vårdgivare som inte följer reglerna i det statliga tandvårdsstödet.

Försäkringskassan får

- hålla inne utbetalning av ersättning i väntan på att en vårdgivare fullgör sin uppgiftsskyldighet (4 kap. 8 § STL).
- förelägga en vårdgivare att begära förhandsprövning (4 kap. 6 § STL). Det gäller till exempel om vårdgivaren i väsentlig omfattning missköter att lämna uppgifter eller följa reglerna för ersättningsberättigande tandvård och om det finns anledning att anta att vårdgivaren kommer att fortsätta att avvika från regelverket.

För vårdgivaren innebär en sanktion ett ekonomiskt incitament att sträva efter att följa villkoren i lagstiftningen för statligt tandvårdsstöd. Det innebär också ett lärande för vårdgivaren gällande vilken dokumentation som krävs för att den inrapporterade eller planerade tandvården ska bedömas vara ersättningsberättigande.

Vid innehållande av ersättning kräver Försäkringskassan att vårdgivaren ska komma in med underlag som styrker att den tandvård vårdgivaren redan utfört i det individuella patientbesöket är ersättningsberättigande. Därefter kan Försäkringskassan betala ut tandvårdsersättningen.

Vid ett föreläggande förhandsprövar Försäkringskassan om den planerade tandvården är ersättningsberättigande, innan behandlingen påbörjas. Förhandsprövningens syfte är att kontrollera vårdgivare som allvarligt missköter sina skyldigheter. (Prop. 2007/08:49 s.107)

Försäkringskassan kan använda de två sanktionerna samtidigt. Det innebär att Försäkringskassan först förhandsprövar om den planerade tandvården är ersättningsberättigande innan behandlingen påbörjas och att vårdgivaren därefter ska komma in med underlag som styrker den utförda tandvården. Därefter kan eventuell tandvårdsersättning betalas ut.

8.2 Utredning vid misstanke om avsiktliga fel

Impulser som indikerar att en vårdgivare gör avsiktliga fel kan lämnas till Försäkringskassan av patienter, andra behandlare, andra myndigheter eller internt i samband med Försäkringskassans olika kontroller eller utredningar inom det statliga tandvårdsstödet. Försäkringskassan kan även analysera en vårdgivares rapporteringsmönster för att hitta avvikelser som kan ge signaler om avsiktliga fel och misstanke om brott.

För att Försäkringskassan ska kunna vidta sanktioner mot en vårdgivare krävs att Försäkringskassans utredning visar att det inte bara handlar om att vårdgivaren har gjort enstaka fel. Därför kan bland annat tidigare efterhandskontroller och omprövningar ge viktig information och i vissa fall kan en utökad kontroll av vårdgivaren krävas. En utökad kontroll kan både innebära att fler efterhandskontroller görs men även att ett elektroniskt mönstersök genomförs för att se hur vårdgivaren, mottagningen eller behandlaren tidigare har rapporterat in utförd tandvård. Det är omständigheterna i det enskilda ärendet som avgör hur långt tillbaka i tiden som utökade kontroller ska göras och vad de ska omfatta.

Försäkringskassan startar en fördjupad utredning om det finns misstankar om att en vårdgivare avsiktligt avviker från regelverket eller medvetet lämnat felaktiga uppgifter till Försäkringskassan. Förutsättningarna i det enskilda ärendet avgör om och när en sanktion blir aktuell. Det ska även bedömas från fall till fall om sanktionen ska gälla vårdgivaren, mottagningen eller en enskild behandlare.

Om en mottagning, behandlare eller bolag missköter sin uppgiftsskyldighet så är det alltid vårdgivaren som har det yttersta ansvaret (prop. 2007/08:49 s. 167).

Under en utredning av en ansökan om anslutning kan det komma fram uppgifter som gör att Försäkringskassan bedömer att det är nödvändigt att använda sanktioner mot en nyansluten vårdgivare. Det kan bli aktuellt om någon i verksamheten tidigare förekommit i sammanhang där Försäkringskassan upptäckt systematiska fel- eller överutnyttjanden av det statliga tandvårdsstödet. Genom sanktionen vill Försäkringskassan kunna säkerställa att vårdgivaren kommer att sköta sina åtaganden i det statliga tandvårdsstödet.

8.2.1 Information till vårdgivaren

I samband med att Försäkringskassan tar ställning till att ett innehållande av ersättning eller föreläggande om förhandsprövning behövs ska vi informera vårdgivaren om anledningen till sanktionen och vad den innebär. Eftersom det är vårdgivaren som ansvarar för att de som är verksamma inom vårdgivarens organisation sköter sina åtaganden inom ramen för tandvårdsstödet, ska informationen vara skriftlig och skickas till vårdgivarens adress. Detta gäller även om sanktionen bara ska gälla gentemot någon av vårdgivarens mottagningar eller gentemot enskilda behandlare. Informationen kan antingen skrivas in i det meddelande som skickas när vi inleder ett innehållande om ersättning, eller i beslutet om föreläggande om förhandsprövning.

8.2.2 Information till patienten

Det förekommer att Försäkringskassan i en utredning upptäcker att en vårdgivare medvetet har begärt tandvårdsstöd och upprättat en patientjournal för en patient som

inte har varit hos vårdgivaren. Ibland har patienten inte varit på besök hos vårdgivaren alls, och ibland gäller felaktigheterna en specifik behandling som vårdgivaren felaktigt begär ersättning för. Detta upptäcks oftast när Försäkringskassan i sitt kontrollarbete kontakter patienten för att ta reda på om den tandvård som rapporterats in stämmer med den behandling patienten har fått.

En patient har rätt att ta del av journalhandlingar om sig själv och kan även begära att journaler ska förstöras med IVO:s hjälp (8 kap. 1–4 §§ patientdatalagen). Om Försäkringskassan i sin utredning kommit fram till att det finns journalhandlingar som är falska hos en vårdgivare, ska patienten informeras om detta. Patienten ska också upplysas om att de enligt patientdatalagen har rätt att ta del av journalen och att få den förstörd. Informationen kan ges muntligt eller skriftligt.

8.3 Innehållande av tandvårdsersättning

Om en vårdgivare inte fullgör sin uppgiftsskyldighet enligt 3 kap. 2 och 3 § får Försäkringskassan vänta med att betala ut ersättning till dess att rätten till ersättning har utretts. (4 kap. 8 a § STL). Det betyder att Försäkringskassan kan utreda och besluta om rätten till statligt tandvårdsstöd före utbetalning och att vårdgivaren måste visa underlag som styrker att den utförda tandvården var ersättningsberättigad.

Innehållande av ersättning innebär att vårdgivarens begäran om ersättning stannar för manuell hantering och att vårdgivaren ska skicka in underlag som både styrker att behandlingen är utförd och att den berättigar till tandvårdsersättning. Det kan även innebära att patienten kontaktas.

Försäkringskassan kan välja att antingen innehålla ersättning för all behandling som vårdgivaren rapporterar in, eller enbart för vissa specifika åtgärder. Försäkringskassan kan även ändra omfattningen av innehållandet så att det gäller andra åtgärder under tiden sanktionen pågår. De utvalda åtgärderna som vårdgivaren rapporterar in till Försäkringskassan spärras då i det elektroniska systemet och granskas manuellt. Om andra åtgärder rapporteras in vid samma behandlingstillfälle så spärras även de för manuell granskning. Övrig inrapporterad tandvård som inte innefattar de utvalda åtgärderna hanteras maskinellt.

Försäkringskassan är skyldig att besluta om den innehållna tandvårdsersättningen inom två veckor från det att begäran om ersättning kommit in, om den inrapporterade tandvården visar sig vara ersättningsberättigad. Det förutsätter att vårdgivaren fullgör sin uppgiftsskyldighet och skickar in underlag som styrker inrapporterad tandvård. Det kan finnas särskilda skäl som gör att utredningen tar längre tid och att ersättning inte kan betalas ut inom två veckor. (4 kap. 8 a § 3 st. STL)

Innehållande, till skillnad från föreläggande, medför att patienten kan få sin behandling utförd när han eller hon behöver det utan att behöva vänta på Försäkringskassans förhandsprövning av ärendet.

8.3.1 Beslutsprocessen vid innehållande

Om en vårdgivare missköter sin uppgiftsskyldighet får Försäkringskassan hålla inne utbetalning av ersättning i avvaktan på att vårdgivaren fullgör sin skyldighet (4 kap. 8 § STL).

Försäkringskassans ställningstagande att innehålla ersättning för en vårdgivare är inget beslut som vårdgivaren kan begära att få omprövat. När Försäkringskassan bedömer att det krävs ett innehållande av ersättning får vårdgivaren ett informationsbrev. I brevet beskrivs de omständigheter som har gjort att ersättning kommer att hållas inne och vad den manuella handläggningen innebär för vårdgivaren.

Försäkringskassan kan besluta om innehållande av ersättning fram till dess att vårdgivaren fullgör sin uppgiftsskyldighet och kan visa att de tillämpar regelverket på ett korrekt sätt. Ställningstagandet om innehållande görs av kontrollutredaren, men eftersom det handlar om en sanktion är det lämpligt att även specialist, försäkringsodontologisk rådgivare och enhetschef deltar i beslutsprocessen.

Försäkringskassan kan ändra omfattningen av innehållandet så att det även gäller andra åtgärder under tiden sanktionen pågår. Vårdgivaren ska i sådana fall informeras om det skriftligen.

När Försäkringskassan bedömer att ersättningen inte längre behöver hållas inne ska vårdgivaren informeras om det. Efter att innehållandet har upphört ska Försäkringskassan göra efterhandskontroller som en uppföljning för att se om vårdgivaren sköter sin uppgiftsskyldighet.

8.3.2 Begäran om ersättning vid innehållande

Vid innehållande ska vårdgivaren rapportera in uppgifter om utförd tandvård till Försäkringskassan som vanligt, men inrapporteringen stoppas för manuell handläggning. Vårdgivaren ska även skicka in underlag som både styrker att behandlingen är utförd och att den berättigar till tandvårdsersättning.

Först när Försäkringskassan har granskat underlaget och bedömt att den inrapporterade tandvården är ersättningsberättigande görs beräkningen och eventuell tandvårdsersättning betalas ut. Den manuella granskningen innebär att Försäkringskassan utreder om det insända underlaget, vid varje behandlingstillfälle, styrker att den behandling som utförts är ersättningsberättigande enligt villkoren i TLVFS. Om misstanke finns att vårdgivarens inrapporterade pris inte stämmer överens med vad patienten betalat kan Försäkringskassan kräva att vårdgivaren ska kunna styrka patientens pris.

Om följderna av ett innehållande innebär att vårdgivaren inte får den tandvårdsersättning som de begärt, får vårdgivaren inte kräva patienten på ersättningen efter att behandlingen utförts (prop. 2007/08:49 s. 114). Läs mer i avsnitt 2.6.3, *Vårdgivaren ansvarar för korrekt ersättning*.

Både patienten och vårdgivaren har möjlighet att begära omprövning av Försäkringskassans negativa beslut för de individuellt inrapporterade behandlingstillfällena. Läs mer om omprövning i kapitel 9, *Omprövning och överklagan av beslut*.

8.4 Föreläggande om förhandsprövning

Om en vårdgivare åsidosatt sina skyldigheter i väsentlig utsträckning kan Försäkringskassan förelägga att vårdgivaren ska begära förhandsprövning av sin planerade tandvård. Då måste det också finnas anledning att anta att vårdgivaren kommer att åsidosätta sina skyldigheter i väsentlig utsträckning även i fortsättningen. (4 kap. 6 § STL)

Syftet med föreläggande om förhandsprövning är att kontrollera vårdgivare som allvarligt missköter sina åtaganden inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Det kan också handla om att en vårdgivare inte uppfyller ansvaret mot sina patienter. (Prop. 2007/08:49 s. 170)

Ett föreläggande innebär att Försäkringskassan fattar beslut om att en vårdgivare måste begära en förhandsprövning av planerad tandvård. Vid en förhandsprövning utreder Försäkringskassan om de åtgärder som vårdgivaren planerar kan ge rätt till tandvårdsersättning.

Försäkringskassan kan välja att antingen fatta beslut om föreläggande om förhandsprövning för all behandling som vårdgivaren planerar, eller enbart för vissa specifika tillstånd och åtgärder. Försäkringskassan kan även ändra omfattningen av föreläggandet så att det gäller andra tillstånd och åtgärder under tiden sanktionen pågår. Inrapporterad tandvård som inte ingår i föreläggandet hanteras maskinellt.

Ett föreläggande om förhandsprövning påverkar patienten på så vis att han eller hon får vänta på sin behandling tills Försäkringskassan har förhandsprövat och godkänt den. Förhandsprövningen innebär inte att Försäkringskassan ska bedöma om den planerade vården är en lämplig behandling i sig, utan bara om den är berättigad till statligt tandvårdsstöd. (Prop. 2007/08:49 s. 107)

8.4.1 Beslut om föreläggande

Försäkringskassan får besluta att vårdgivaren i varje enskilt fall ska begära förhandsprövning hos Försäkringskassan för att kunna få tandvårdsersättning (prop. 2007/08:49 s.107). Beslutet ska vara tidsbegränsat och gälla som längst ett år (4 kap. 6 § STL). Vårdgivaren kan begära omprövning av Försäkringskassans beslut. Läs mer om omprövning i kapitel 9, *Omprövning och överklagan av beslut*.

Det finns inget hinder mot att Försäkringskassan beslutar om ett nytt föreläggande när det första föreläggandet upphör att gälla. I de fall vårdgivaren under tiden för föreläggandet följer regelverket bör de under en period få en möjlighet att visa en korrekt tillämpning innan Försäkringskassan beslutar om ett nytt föreläggande.

Beslutet ska innefatta vilka av vårdgivarens mottagningar och behandlare som ska omfattas, under hur lång tid föreläggandet ska gälla och vilken typ av tandvård som ska förhandsprövas. Försäkringskassan avgör i varje enskilt fall vilken omfattning föreläggandet ska ha. Beslut om föreläggande fattas av kontrollutredaren, men eftersom beslutet handlar om en ovanlig och särskild situation kan det vara lämpligt att även specialist, försäkringsodontologisk rådgivare och enhetschef deltar i beslutsprocessen.

8.4.2 Ansökan om förhandsprövning och begäran om ersättning

Vårdgivaren begär förhandsprövning genom att ansöka om det via Försäkringskassans elektroniska system. Ibland kan vårdgivaren behöva skicka in kompletterande underlag, till exempel daganteckningar, röntgenbilder och modeller. Ett beslut om föreläggande kan även innebära att en vårdgivare ska bifoga kopior på undersökningsprotokoll tillsammans med ansökan om förhandsprövning (9 § FKFS 2008:6).

En förhandsprövning innebär att Försäkringskassan utreder om de åtgärder som vårdgivaren planerar kan ge rätt till tandvårdsersättning. Vårdgivaren ska skicka in underlag som styrker att behandlingen är nödvändig och berättigar till tandvårdsersättning enligt villkoren i TLVFS.

Efter beslut om godkänd förhandsprövning får vårdgivaren utföra behandlingen. Därefter kan vårdgivaren begära tandvårdsersättning genom att rapportera in den utförda tandvården till Försäkringskassan. För att vårdgivaren ska kunna få ersättning ska begäran om ersättning komma in till Försäkringskassan senast två veckor efter det att åtgärden slutfördes (4 kap. 8 § STL).

Om behandlingsåtgärderna inte förhandsprövats enligt föreläggandet får behandlingen inte läggas till grund för patientens sammanlagda ersättningsgrundande belopp under ersättningsperioden. Det innebär att en vårdgivare som omfattas av föreläggande och inte begärt förhandsprövning inte heller får någon ersättning av Försäkringskassan för

den utförda tandvården. I dessa fall kan inte heller vårdgivaren kräva patienten på betalning i efterhand för den uteblivna tandvårdsersättningen (4 kap. 4 § STL).

8.4.3 Ansökan om förhandsprövning efter att behandlingen påbörjats

När det behövs en förhandsprövning för en tandvårdsåtgärd, ska Försäkringskassan göra prövningen innan vårdgivaren påbörjar eller utför behandlingen. Om vårdgivaren inte har gjort någon ansökan om förhandsprövning betalar Försäkringskassan normalt inte ut någon tandvårdsersättning för den utförda tandvården (7 § STF).

Det finns undantag från denna regel som medför att Försäkringskassan ibland kan betala ut ersättning ändå, trots att tandvården inte är förhandsprövad. Vårdgivaren måste då kunna redovisa särskilda skäl för varför behandlingen påbörjats före förhandsprövningen. De särskilda skälen ska bedömas beroende på omständigheterna för den enskilde patienten. Särskilda skäl innebär att behandlingen ska vara av sådan karaktär att vårdgivaren bedömt att det är nödvändigt att påbörja behandlingen innan förhandsprövning gjorts, antingen av odontologiska eller medicinska skäl eller om det i övrigt funnits särskilda skäl att påbörja tandvårdsåtgärden (7 § STF). I en sådan situation ska vårdgivaren lämna in en ansökan om förhandsprövning senast två veckor efter det att behandlingen påbörjades (10 § FKFS 2008:6).

När en ansökan om förhandsprövning kommer in i efterhand ska Försäkringskassan först ta ställning till om det fanns särskilda skäl för vårdgivaren att utföra behandlingen utan att avvakta beslutet om förhandsprövning. Om sådana skäl inte har kommit fram vid utredningen behöver Försäkringskassan inte pröva den föreslagna tandvårdsåtgärden eller behandlingen. Försäkringskassan kan då avslå förhandsprövningen på den grunden att ansökan om förhandsprövning inte gjorts innan behandlingen påbörjades.

Om Försäkringskassan bedömer att vårdgivaren haft särskilda skäl för att påbörja eller utföra behandlingen innan Försäkringskassan gjort en förhandsprövning ska en prövning göras i efterhand.

9 Omprövning och överklagan av beslut

I det här kapitlet beskrivs vilka beslut inom det statliga tandvårdsstödet som kan omprövas och därefter överklagas, och vem som kan begära det.

9.1 Att begära omprövning av beslut

Den som inte är nöjd med Försäkringskassans beslut kan begära att beslutet omprövas (4 kap. 9 § STL och 113 kap. 7 § SFB). En sådan begäran ska göras inom två månader från den dag personen fick del av beslutet. Begäran om omprövning måste göras skriftligt med uppgift om vilket beslut som ska omprövas, hur och varför beslutet ska ändras, vem som begär omprövning och dennes kontaktuppgifter.

Efter omprövning kan överklagan göras hos förvaltningsrätten (4 kap. 9 § STL och 113 kap. 10 § SFB). Ett sådant överklagande ska också göras inom två månader från den dag personen fick ta del av omprövningsbeslutet.

Läs mer om vem som är behörig att begära omprövning och överklaga beslut i vägledning 2001:7 *Omprövning, ändring och överklagande av Försäkringskassans beslut*.

9.2 Anslutning och upphörande av anslutning

Försäkringskassan beslutar om vårdgivaren får vara ansluten till det elektroniska systemet eller inte. Vårdgivaren kan begära att beslutet omprövas och därefter överklaga beslutet, om det går vårdgivaren emot. Detsamma gäller Försäkringskassans beslut att en vårdgivares anslutning ska upphöra (18 och 19 §§ förordningen [2008:193] om statligt tandvårdsstöd).

9.3 Sent inkommen begäran om ersättning

Vårdgivaren ska rapportera utförda tandvårdsåtgärder och begära ersättning inom två veckor från det att åtgärderna slutfördes (4 kap. 8 § STL). Försäkringskassan ska besluta om det finns särskilda skäl att betala ut ersättning även om ansökan kommit in för sent. Vårdgivaren får begära omprövning och överklaga beslutet om det går vårdgivaren emot (4 kap. 9 § STL).

9.4 Återkrav av felaktigt utbetald ersättning

Om Försäkringskassan upptäcker att ersättning lämnats för vård som egentligen inte var ersättningsberättigad så får ett beslut om återkrav fattas. Försäkringskassan får, i stället för att kräva återbetalning, räkna av beloppet från en annan fordran som vårdgivaren har (kvittning). Om kvittning inte är möjlig får Försäkringskassan i stället återkräva den felaktigt lämnade ersättningen genom fordringshantering.

Vårdgivaren får begära omprövning av beslut om kvittning och återkrav. Ett omprövningsbeslut som är negativt för vårdgivaren kan överklagas. (4 kap. 2 och 9 § STL)

Ett beslut till patienten om att högkostnadsskyddet påverkas i en öppen ersättningsperiod, kan omprövas efter begäran av patienten. Omprövningsbeslutet kan därefter överklagas.

9.5 Innehållande av ersättning

Vårdgivaren kan inte begära omprövning av Försäkringskassans ställningstagande att innehålla ersättning. Däremot kan vårdgivaren begära omprövning av beslut som

Försäkringskassan fattar om att tandvården i det individuella patientbesöket inte är ersättningsberättigande. Detta gäller även för patienten.

9.6 Föreläggande om förhandsprövning

Vårdgivaren kan begära att Försäkringskassan omprövar beslutet om föreläggande av förhandsprövning. Ett omprövningsbeslut som är negativt för vårdgivaren kan överklagas. (4 kap. 6 och 9 § STL)

Vårdgivaren kan även begära omprövning av beslut som Försäkringskassan fattar om att tandvården i ett individuellt patientbesök inte är ersättningsberättigande. Omprövningsbeslutet kan i detta fall överklagas av vårdgivaren. Detta gäller även för patienten.

9.7 Förhandsprövning vid omgörning

Vårdgivaren kan begära omprövning av Försäkringskassans beslut att avslå en förhandsprövning som gäller omgörning av protetiska arbeten. Däremot får inte vårdgivaren överklaga ett beslut om förhandsprövning vid omgörning. (4 kap. 10 § STL)

Patienten kan både begära att beslutet omprövas och överklaga ett beslut om förhandsprövning vid omgörning.

9.7.1 Återkrav efter förhandsprövning vid omgörning

Beslut om återkrav till den vårdgivare som gjorde den ursprungliga behandlingen, som behöver göras om, kan omprövas och överklagas på begäran av den vårdgivaren. (4 kap.10 § STL)

9.8 Förhandsprövning av särskilt tandvårdsbidrag

Vårdgivaren kan begära omprövning av Försäkringskassans beslut att avslå en förhandsprövning som gäller särskilt tandvårdsbidrag. Däremot får inte vårdgivaren överklaga ett beslut om förhandsprövning av STB (4 kap. 10 § STL).

Patienten kan både begära att beslutet omprövas och överklaga ett beslut om förhandsprövning av STB.

Läs mer om vem som får begära omprövning och överklaga beslut i vägledning 2001:7 *Omprövning, ändring och överklagande av Försäkringskassans beslut.*

9.9 Besluts verkställighet och inhibition

Enligt 4 kap. 9 § tredje stycket STL gäller Försäkringskassans beslut omedelbart. Någon motsvarande reglering finns inte för avgöranden från domstol. Domstolars avgöranden i mål om tandvårdsstöd gäller därför – som huvudregel – först när de vunnit laga kraft. En ändringsdom från exempelvis förvaltningsrätten behöver i sådana fall inte verkställas förrän den vunnit laga kraft. Det här innebär även att det inte finns någon möjlighet för kammarrätterna eller Högsta förvaltningsdomstolen att besluta om inhibition av ett avgörande från lägre instans. Det saknas därför anledning att begära inhibition i mål om statligt tandvårdsstöd vid överklagande till högre instans.

Källförteckning

EU:s regelverk och internationella överenskommelser

Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen

Europaparlamentets och rådets förordning (EG) 987/2009 om tillämpningsbestämmelser till förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen

Fördraget om den Europeiska unionens funktionssätt, (EUF-fördraget)

Rådets förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen

Avtal om handel och samarbete mellan Europeiska unionen och Europeiska atomenergigemenskapen, å ena sidan och Förenade konungariket Storbritannien och Nordirland, å andra sidan

Förordning (1988:106) om tillämpning av en konvention den 29 juni 1987 mellan Sverige och Förenade Konungariket Storbritannien och Nordirland om social trygghet

SFS 1988:100 Särskilt sjukvårdsavtal med Québec

SFS 1989:102, 1995:282 Särskilt sjukvårdsavtal med Australien och ändringar från och med 1995-02-01

Lagar

Socialförsäkringsbalken (2010:110)

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Tandvårdslagen (1985:125)

Utlänningslagen (1989:529)

Lagen (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Bokföringslagen (1999:107)

Inkomstskattelagen (1999:1229)

Lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Patientdatalagen (2008:355)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Lag (2013:134) om nordisk konvention om social trygghet

Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård för vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

Lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (ersättningslagen)

Förordningar

Tandvårdsförordning (1998:1335)

Tandvårdsförordning (1998:1338)

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

Förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd

Förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan

Föreskrifter och allmänna råd

Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2008:6) om statligt tandvårdsstöd

Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2014:3) om Administrativt avtal till Nordisk konvention om social trygghet

Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1998:4) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:13) om uppgiftsskyldighet till tandhälsoregistret

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

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

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1997:14) och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2002:12) om delegering inom tandvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:17) om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd

Totalförsvarets pliktverks föreskrifter (TPVFS 2002:2) om förmåner till totalförsvarspliktiga under tjänstgöring

Försäkringskassans interna administrativa styrdokument

Försäkringskassans riktlinjer (2005:14): Att skriva kommuniseringsbrev och beslutsbrev i Försäkringskassan

Försäkringskassans riktlinjer (2011:2): Överlämnande av uppgifter i tandvårdsärenden mellan Försäkringskassan och tillsynsmyndigheterna

Förarbeten

Prop. 2007/08:49 Statligt tandvårdsstöd

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

DS 2018:36 Utökade möjligheter att avansluta tandvårdsgivare som misskött sig från det statliga tandvårdsstödet

Domar

Domstol	Mål nr	År refererad
RegR	6790-01	RÅ 2004 ref. 41
FÖD	1382:1989	FÖD 1992:18
KamR	2555–2568-11 och 2585–2589-11	Domsnytt 2012:33 (2012-01-17)
KamR	4396-08	Domsnytt 2012:69
KamR	7958-11	Domsnytt 2019:026
Förvaltningsrätten i Umeå	1611-16	
KamR Sundsvall	1090-19 och 1150-19	Domsnytt 2020:005

Beslut från Justitieombudsmannen (JO)

Justitieombudsmannens beslut den 27 februari 2013, diarienummer 3726-2011

Försäkringskassans vägledningar

Vägledning 2017:1	Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal
Vägledning 2010:1	Vårdförmåner med stöd av förordning 1408/71
Vägledning 2004:7	Förvaltningsrätt i praktiken
Vägledning 2004:1	Kontrollutredning
Vägledning 2003:4	Förmåner vid arbetsskada
Vägledning 2021:1	Vård i gränsöverskridande situationer
Vägledning 2001:7	Omprövning och överklagande av Försäkringskassans beslut

Övrigt

Tandvårds- och läkemedelförmånsverkets handbok till TLVFS 2008:1 om statligt tandvårdsstöd

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för styrning och ledning

Bilaga Tandnummer i båda käkarna

