

Socialdepartementet

103 33 Stockholm

Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård (SOU 2024:70)

(S2024:01892)

Sammanfattning av Försäkringskassans huvudsakliga synpunkter

Försäkringskassan bedömer att de föreslagna reformerna medför ett större behov av tillskott av medel än vad utredningen har bedömt att myndigheten har behov av. Att Försäkringskassan får full kostnadstäckning för de kostnader som följer av förslagen är en förutsättning för att myndigheten ska kunna hantera reformerna.

Regeringen har den 30 januari 2025 gett Försäkringskassan i uppdrag att förbereda för ett införande av tiotandvården den 1 januari 2026. Försäkringskassan bedömer att det är möjligt att införa delar av reformerna som föreslås i betänkandet till den 1 januari 2026, men att det inte är möjligt för myndigheten att hantera ändringar i perioderna för att tillgodoräkna sig allmänt och särskilt tandvårdsbidrag. Ett ikraftträdande den 1 januari 2026 medför också att driftsättningen av Försäkringskassans nya it-stöd för den statliga tandvårdsersättningen kommer att bli försenad.

Försäkringskassan ser att det finns behov av ytterligare överväganden kring hur kommuntypstillägget för vissa personkategorier ska bedömas samt att det inte är lämpligt att Försäkringskassan ska föreskriva om kommuntyper på det sätt som utredningen föreslår. Vidare bedömer myndigheten att konstruktionen av den sekretessbrytande bestämmelse som utredningen föreslaget behöver ses över, samt att myndighetens kontrollmöjligheter behöver ses över i vissa delar.

Utredningen föreslår förändringar i Försäkringskassans möjligheter att avansluta vårdgivare. Försäkringskassan ser positivt på att myndigheten får ökade möjligheter att besluta om avanslutning, men ser att det finns behov av att det nu gällande rekvisitet för avanslutning inte tas bort och att det bör övervägas att införa övergångsbestämmelser till den nya regleringen.

Utredningen har föreslagit att tiotandvård som ett första steg ska omfatta de som är 67 år och äldre. Vid bedömningen av om det är resurseffektivt att först utveckla tiotandvården till att omfatta samtliga som är 67 år och äldre, för att därefter basera urvalet på en munhälsoprofil bör det övervägas hur lång tid detta inledande steg kommer att vara i kraft. Försäkringskassan ser att munhälsoprofil kan vara ett mer ändamålsenligt urvalskriterium för att identifiera de patienter som har störst behov och är positiv till att förutsättningarna för detta utreds vidare.

11.5.5 Utlänningar utan rätt till bistånd enligt LMA ska hänvisas till socialtjänsten

På sidan 360 anges att de berörda utlänningarna inte har tillgång till det statliga tandvårdsstödet. Försäkringskassan gör dock bedömningen att det inte kan uteslutas att vissa av de berörda utlänningarna kan vara berättigade till statligt tandvårdsstöd. Denna bedömning grundar sig på i huvudsak följande. Det handlar om personer som tidigare kan ha bedömts bosatta i Sverige. Anledningen till det är att det skulle kunna finnas situationer där t.ex. en person som tidigare bedömts bosatt i Sverige enligt socialförsäkringsbalken (SFB) och vars tillfälliga uppehållstånd löpt ut fortfarande anses bosatt här.

I 1 kap. 5 § första punkten lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd (STL) anges att statligt tandvårdsstöd får lämnas om patienten, när tandvårdsåtgärden påbörjas, är *försäkrad* för bosättningsbaserade förmåner enligt 4 och 5 kap. SFB. En person får anses vara försäkrad för bosättningsbaserade förmåner om hen uppfyller de krav på bosättning som anges i 5 kap. 2 och 3 §§ SFB (se 4 kap. 3 § och 5 kap. 1 § SFB). Att uppfylla dessa krav på bosättning bedöms således vara tillräckligt för att statligt tandvårdsstöd ska kunna lämnas enligt 1 kap. 5 § första punkten STL. Att personen även måste omfattas av socialförsäkringsskyddet, bl.a. genom att uppfylla förutsättningarna i 5 kap. 12 § SFB, går inte att utläsa av 1 kap. 5 § första punkten STL eller av bestämmelserna i SFB. Av 5 kap. 12 § SFB följer att en person som enligt utlänningslagen behöver ha uppehållstillstånd som huvudregel ska ha ett sådant tillstånd för att bosättningsbaserade förmåner ska kunna lämnas.

Enligt Försäkringskassan kan det därför inte uteslutas att vissa av de berörda utlänningarna kan komma att anses bosatta i Sverige och därmed uppfylla kraven för att vara försäkrade för bosättningsbaserade förmåner enligt socialförsäkringsbalken. Statligt tandvårdsstöd kommer då i enlighet med 1 kap. 5 § första punkten STL att kunna lämnas för dessa personer.

Den tidigare lydelsen av 1 kap. 5 § STL föreskrev att personen skulle ha *rätt till* bosättningsbaserade förmåner för att statligt tandvårdsstöd skulle kunna lämnas. Denna lydelse skiljer sig således från den nuvarande lydelsen. Det saknas närmare uttalanden i förarbeten avseende den ändrade formuleringen (jfr prop. 2009/10:223).

12.2.2 Ett kommuntypstillägg ska ges för tiotandvård

Skälen för förslaget till kommuntypindelning

I avsnittet föreslås att en ersättning i form av ett kommuntypstillägg ska lämnas till vårdgivare som ger tandvård till patienter bosatta utanför storstadskommunerna. Försäkringskassan är positiva till förslaget att kommuntypstillägget ska utgå från patientens folkbokförda adress. Försäkringskassan får idag inte uppgifter om var den inrapporterade tandvårdsåtgärden har utförts dvs. på vilken mottagning eller adress. Att utgå från patientens bosättning minskar även risken för fusk och fel jämfört med om det skulle utgå från en uppgift som vårdgivaren förfogar över.

I utredningen föreslås att Försäkringskassan ska få i uppgift att föreskriva om vilken kommuntyp respektive kommun tillhör (se förslag till 20 § första stycket tionde punkten förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd (STF)). Vad Försäkringskassan kan och ska föreskriva om när det gäller kommuntypindelning är dock oklart. Av förslag till 5 c § STF framgår att kommuntypstillägg lämnas beroende på om patienten när tandvårdsåtgärden slutförs har sin bosättning i en kommun där en viss andel av befolkningen bor inom urbana respektive rurala områden. Bedömningen i de enskilda fallen ska alltså enligt förslaget utgå från hur det faktiskt ser ut i den kommun där

patienten har sin bosättning. Det är oklart om Försäkringskassan kan föreskriva om hur förhållandena i en viss kommun ser ut.

För det fall Försäkringskassan ändå ska föreskriva om detta kan det konstateras att hur många i en kommun som bor inom urbana respektive rurala områden och därmed vilken kommuntyp en viss kommun tillhör kommer att variera över tid. Försäkringskassans eventuella föreskrifter om vilken kommuntyp respektive kommun tillhör riskerar därför återkommande att inte spegla verkligheten. Utifrån att Försäkringskassans föreskrifter ska uppdateras efter hur verkligheten förändras och att det i det föreslagna systemet finns en inbyggd fördröjning i form av att Tillväxtverkets kommuntypindelning först ska uppdateras innan Försäkringskassans föreskrifter kan tas fram, beslutas samt träda i kraft finns det en risk för att kommuntypstillägget inte kommer att riktas till vårdgivare som behandlar patienter som är bosatta i rurala områden.

På sidan 377 anges att Försäkringskassan vid framtagande av föreskrifter ska använda Tillväxtverkets kommuntypindelning som utgångspunkt. En förutsättning för att Försäkringskassan ska kunna föreskriva om samt fatta beslut utifrån kommuntypindelning är därmed att Tillväxtverkets kommuntypindelning är aktuell och relevant. För att Försäkringskassan ska kunna följa förslagen i 5 c § och 20 § första stycket tionde punkten STF behöver Tillväxtverkets indelning därför uppdateras regelbundet. Det krävs också att Tillväxtverket över tid har ett uppdrag att administrera kommuntypindelningen. Försäkringskassan har ingen möjlighet att på egen hand undersöka eller utvärdera hur olika kommuner ska klassificeras. Utöver att Försäkringskassan vid framtagandet av föreskrifter är helt beroende av Tillväxtverkets arbete framstår det som en udda lösning att Försäkringskassan ska föreskriva om den kommuntypindelning som Tillväxtverket tar fram och administrerar.

Sammantaget framstår förslaget om att Försäkringskassan ska föreskriva om vilken kommuntyp respektive kommun tillhör som en besvärlig ordning som riskerar att leda till felaktiga beslut. En alternativ lösning bör därför övervägas.

Den närmare utformningen av förslaget

Kommuntypstillägget föreslås utgå från var patienten har sin bosättning. I förslag till 5 c § tredje stycket STF framgår hur bedömningen ska göras för dem som inte är bosatta i Sverige, men som har rätt till vårdförmåner i Sverige som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Utredningen föreslår att samma tillämpning ska gälla som enligt 5 a § tandvårdslagen vad avser kommuntypstillägg för dessa personer. Av denna bestämmelse framgår att det är området där personen är förvärvsverksam, eller registrerad som arbetssökande, som avgör vilken region som är ansvarig. Bestämmelsen ska ha motsvarande tillämpning för Försäkringskassans bedömning av vilken kommun som ska ligga till grund för kommuntypstillägget.

Uppgifter om var personer är förvärvsverksamma eller är registrerade som arbetssökande förekommer inte automatiserat i Försäkringskassans it-system för tandvårdsstödet. Det saknas överväganden i betänkandet om uppgifter om detta är något som vårdgivaren förväntas ge in, eller om Försäkringskassan ska inhämta uppgifterna.

Försäkringskassan ska enligt 4 kap. 8 a § STL betala ut ersättning inom två veckor från det att ansökan kom in och handläggningen inom det statliga tandvårdsstödet präglas därför av en hög automatiseringsgrad. Det framgår inte annat än att även det föreslagna kommuntypstillägget ska betalas ut inom den angivna tiden. Att utreda var personer är förvärvsverksamma eller registrerade som arbetssökande kommer att kräva längre handläggningstid. Mot denna bakgrund anser Försäkringskassan att det är önskvärt med förtydliganden kring hur Försäkringskassan ska kunna handlägga ärenden för denna personkategori på ett automatiserat sätt.

Sammantaget framstår det som att förslaget i 5 c § tredje stycket STF får oförutsedda effekter och alternativa lösningar bör därför övervägas. Ett alternativ är att kommundypstillägg för just den aktuella gruppen ska kunna utgå från den adress där tandvårdsåtgärden utförts. I så fall behöver dock vårdgivarens uppgiftsskyldighet i 15 § STF kompletteras med att uppgifter även bör lämnas om var tandvården har utförts. Ett liknande önskemål avseende vårdgivarens uppgiftsskyldighet har framförts i Försäkringskassans remissvar avseende Ökad kontroll över tandvårdssektorn (SOU 2023:82), FK 2024/001724. Det bör dock beaktas att en ordning som innebär att man utgår från en uppgift som vårdgivaren förfogar över innebär att risken för bidragsbrott ökar.

I betänkandet saknas överväganden kring hur bedömningen gällande kommundypstillägg ska göras för personer som har rätt till förmåner som följer av förordning nr 883/2004 men som varken är bosatta, förvärvsverksamma eller registrerade som arbetssökande i Sverige. Den aktuella gruppen omfattas inte av förslaget i 5 c § tredje stycket STF och det framgår därmed inte hur bedömningen ska göras i dessa fall.

12.3 Försäkringskassan och TLV ska ges i uppdrag att förbereda införandet av reformen tiotandvård

Försäkringskassan har fått ett regeringsuppdrag för att förbereda ett införande av reformen tiotandvård med ett ikraftträdandedatum den 1 januari 2026. Försäkringskassan redogör för vilka kostnader som införandet av reformerna som föreslås i betänkandet medför under avsnitt 15.6.1.

12.2.6 Tiotandvård bör införas stegvis

Utredningen beskriver att det är svårt att bedöma om, och när, ett nationellt riskbedömningssystem som kan ligga till grund för bedömningen av rätten till tiotandvård kan införas. Försäkringskassan anser att frågan om när ett sådant system kan införas är av vikt för att bedöma om det är resurseffektivt att införa tiotandvård med ålder som urvalskriterium som ett första steg. Att genomföra en förändring från att tiotandvården baseras på ålder till att ersättningen baseras på ett riskbedömningssystem kommer bl.a. innebära behov av omfattande it-utveckling. Om ett skifte till ett riskbedömningssystem bedöms kunna genomföras i relativ närtid kan det medföra att Försäkringskassan först kommer att behöva genomföra stora utvecklingsinsatser för att införa tiotandvården i den form som utredningen nu föreslår, för att kort därefter på nytt behöva genomföra omfattande utvecklingsinsatser.

13.1.4 Skyldighet att ta emot patienter och prioritera patienter efter behov

Utredningen anger att Försäkringskassan kan upptäcka om personer som är 67 år eller äldre nekas vård hos en vårdgivare. Om en patient nekas vård innebär det att det inte uppstår ett ärende hos Försäkringskassan. Det medför svårigheter för Försäkringskassan att vid en efterhandskontroll identifiera vårdgivare som inte erbjuder vård till patienter som har rätt till tiotandvård. Utredningen anför vidare att Försäkringskassan ska göra en bedömning av om det finns en trovärdig förklaring till varför personer som är 67 år eller äldre i mindre utsträckning får vård hos en viss vårdgivare. Bedömningar av om en vårdgivare har tillräckliga personella resurser eller vilka avvägningar som är lämpliga ur patientsäkerhetsskäl är avvägningar som skiljer sig från de bedömningar Försäkringskassan i dagsläget gör av vårdgivare. Sådana bedömningar kräver såväl annat underlag som annan kompetens. Försäkringskassan noterar också att den enda konsekvensen Försäkringskassan kan besluta om för en

vårdgivare som åsidosätter den föreslagna regeln är avanslutning. Det är inte möjligt att exempelvis besluta om att neka ersättning eftersom det inte uppstår en begäran av tandvårdsstöd när patienten nekas vård. Det bör därför övervägas om det är lämpligare att kontrollerna av om en vårdgivare nekar patienter vård utövas av någon annan myndighet.

13.1.5 Patienten ska ges information om utförd tandvård och till vårdgivaren lämnad tandvårdsersättning

Försäkringskassan ifrågasätter om det informationslämnande/hämtande som beskrivs av utredningen är direktåtkomst. Det framstår som att det utredningen avser är ett annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst (jfr. t.ex. prop. 2023/24:29 s. 83 f). Att en försäkrad får tillgång till viss information via Mina sidor behöver inte betyda att hen ges direktåtkomst. Det kan istället handla om att ett urval av relevant information presenteras för hen i tjänsten. Frågan om formen för utlämnande, eller genom vilken slags teknisk lösning, som patienten kan ta del av uppgifterna genom kan lämnas till Försäkringskassan.

Den föreslagna bestämmelsen i 19 d § STF omfattar uppgifter som exempelvis behandlande läkares namn, bevis om specialistkompetens, tandvårdsmottagning och vårdgivare. Det saknas överväganden om detta är uppgifter om patienten själv, vad det i så fall betyder för behovet av reglering av direktåtkomst och om det innebär att det finns behov av att göra andra bedömningar kring utformningen av den sekretessbrytande bestämmelsen.

Utredningen föreslår att det läggs till en ny 28 kap. 6 a § i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. Försäkringskassan är positiv till att det föreslås en bestämmelse som medger ett rutinmässigt utlämnande av information och som inte förutsätter bedömningar av sekretessen i varje enskild situation. Försäkringskassan efterfrågar dock ett mer utförligt resonemang kring den föreslagna bestämmelsen.

Den information som räknas upp i 19 d § STF är kortfattad information om redan utförd vård, snarare än sådan värderande eller framåtblickande information som avses i 28 kap. 2 § OSL¹. Det innebär att det är svårt att se framför sig i vilka situationer 28 kap. 2 § OSL kommer att vara tillämplig på den informationen, även om det kanske inte kan uteslutas att någon sådan situation kan uppkomma. En tydligare motivering kring funktionen av 28 kap. 6 a § OSL kommer att vara ett stöd i myndighetens tillämpning av bestämmelsen.

28 kap. 2 § OSL är ett undantag från huvudregeln att sekretessen till förmån för en enskild inte gäller i förhållande till den enskilde själv (jfr undantagen från sekretess i 10 kap. 1 § och 12 kap. 1 § OSL). Konsekvensen av att 28 kap. 2 § OSL är tillämplig är alltså att socialförsäkringssekretessen i 28 kap. 1 § OSL alltså gäller i förhållande till den enskilde, trots att det rör sig om uppgifter om den enskilde själv. Det är därför mer korrekt att beskriva det som att sekretess i en sådan situation gäller enligt 28 kap. 1 och 2 §§ OSL, inte enligt 2 § ensamt. Som tidigare nämnts omfattar 19 d § förordningen om statligt tandvårdsstöd dessutom även uppgifter om andra än patienten själv. Man bör därför överväga om bestämmelsen i stället ska ha lydelsen "Sekretessen enligt 1 och 2 §§ hindrar inte att uppgift lämnas till den vård- eller behandlingsbehövande enligt vad som föreskrivs i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen."

¹ Se också betänkandet s. 438

Försäkringskassan bedömer vidare att konstruktionen med en undantagsbestämmelse från en undantagsbestämmelse är överdrivet komplicerad. Det bör därför övervägas om det finns andra lösningar som är lämpligare.

13.1.7 Vårdgivarpriset för viss åtgärd ska innehålla alla kostnader för vald behandlingsmetod och material

Försäkringskassan har idag få möjligheter att upptäcka om patienten debiteras för tilläggskostnader. För att förslaget ska få fullt genomslag bör en översyn av vilka verktyg Försäkringskassan behöver för att kontrollera det göras.

13.1.8 Försäkringskassan ska ges utökade förutsättningar att avansluta vårdgivare

I avsnittet ges förslag på att Försäkringskassan ska få besluta att anslutningen till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd ska upphöra om vårdgivaren medvetet eller av grov oaktsamhet har åsidosatt bestämmelser om statligt tandvårdsstöd. Försäkringskassan är positiv till att det nuvarande allvarlighetsrekvisitet inte är med i det aktuella förslaget och att fler ageranden därmed kommer att omfattas av bestämmelsen.

Enligt den föreslagna lydelsen behöver vårdgivarens åsidosättande inte ha varit *allvarligt* för att Försäkringskassan ska kunna besluta om avanslutning, men det tillkommer ett subjektivt rekvisit om att vårdgivarens agerande ska ha varit *medvetet eller av grov oaktsamhet*. Skälen till utredningens förslag är i huvudsak att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut om avanslutning i fler fall än idag. Förslaget på ny lydelse gör dock att det finns en risk för att allvarliga åsidosättanden som idag omfattas av bestämmelsen inte kommer kunna ligga till grund för avanslutning efter ett eventuellt ikraftträdande. För att det inte ska finnas en risk för att Försäkringskassan inte kommer att kunna avansluta vårdgivare som allvarligt åsidosatt bestämmelserna om statligt tandvårdsstöd bör det övervägas om den nuvarande möjligheten för Försäkringskassan att avansluta vårdgivare som allvarligt har åsidosatt bestämmelser om statligt tandvårdsstöd ska finnas kvar som ett komplement till den föreslagna nya lydelsen.

Den största delen av de vårdgivare som är anslutna till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd är juridiska personer som ofta drivs i bolagsform. Med hänsyn till detta kan det finnas tillämpningssvårigheter när det gäller det föreslagna subjektiva rekvisitet om att vårdgivaren *medvetet eller av grov oaktsamhet* ska ha åsidosatt bestämmelserna om statligt tandvårdsstöd. I betänkandet saknas överväganden kring hur rekvisiten ska bedömas i förhållande till juridiska personer. Vid en framtida tillämpning finns det en risk för att det kommer att ställas krav på att Försäkringskassan ska visa att en specifik fysisk persons agerande skett medvetet eller av grov oaktsamhet. En sådan tillämpning skulle exempelvis innebära att det vid en eventuell avanslutning av vårdgivare som har haft återkommande återkrav krävs att Försäkringskassan visar att flera olika tandläkares agerande vid flera olika tillfällen har varit medvetna eller grovt oaktsamma. Det är dessutom bedömningar som det inte finns anledning att göra i de ursprungliga återkravsärendena. Även detta skulle kunna innebära att Försäkringskassan vid en tillämpning av förslaget i 19 § första stycket 5 STF inte kommer att kunna avansluta vårdgivare som hade kunnat avanslutas vid en tillämpning av dagens bestämmelse. En sådan tillämpning skulle även kunna påverka bedömningen enligt 18 b § andra stycket STF.

15.6.1 Försäkringskassan

Utredningen har föreslagit att förslagen i betänkandet ska träda i kraft den 1 juli 2026. Försäkringskassan har den 30 januari 2025 fått ett regeringsuppdrag för att förbereda inför ett ikraftträdande den 1 januari 2026. De uppskattningar av kostnader som görs

under detta avsnitt är gjorda utifrån ett ikraftträdandedatum den 1 januari 2026. Försäkringskassan har infört regeringens beslut om uppdraget lämnat uppgifter om beräknade kostnader. De kostnadsuppskattningarna skiljer sig något från de nu angivna kostnaderna, eftersom den lösning som Försäkringskassan presenterade för Regeringskansliet även innefattade förslag från betänkandet Ökad kontroll över tandvårdssektorn (SOU 2023:82).

Utredningen bedömer att Försäkringskassan behöver ett tillskott om cirka 20 miljoner per år. Försäkringskassan behöver ett större tillskott av medel för att kunna hantera reformerna i betänkandet. Försäkringskassan uppskattar att myndigheten behöver 13 miljoner kronor år 2025, som ökar till 50 och 62 miljoner kronor under 2026 respektive 2027. Under år 2028 behöver Försäkringskassan 82 miljoner kronor, som sedan under år 2029 och 2030 minskar till 57 miljoner kronor. Under år 2031 landar den permanenta ökningen på 50 miljoner kronor per år.

De huvudsakliga kostnaderna för att införa tiotandvården är kostnader för it-utveckling och it-drift samt personalkostnader för handläggning. Att införa tiotandvård bedöms öka incitamenten för att begå bidragsbrott, och det är därför viktigt att Försäkringskassan får rätt verktyg och resurser för att hantera reformen. Det är också angeläget att de utökade kontrollåtgärderna inte påverkar det befintliga kontrollarbetet negativt. För att det inte ska ske måste Försäkringskassan få full kostnadstäckning för de ökade kostnaderna för de utökade kontrollerna. Den ökade kontrollverksamheten till följd av förslagen i utredningen bedöms medföra ett behov av 25 årsarbetare.

Utöver kostnader för it-systemen och kontrollverksamheten medför förslagen i utredningen också kostnader för exempelvis informationsinsatser om reformerna och ökade portokostnader till följd av att patienter ska ges information om utförd tandvård och lämnad tandvårdsersättning.

Tabell Förvaltningskostnader i miljontals kronor ¹⁾

	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	Summa
Införande	9	2	2	13	0	0	0	0	26
Nedskrivningar	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Avskrivningar	0	6	6	16	16	16	10	10	80
Räntor	1	1	1	1	1	1	0	0	5
S:a Införandekostnader	10	9	9	30	17	17	10	10	111
Handläggning	3	20	20	20	20	20	20	20	145
Övrigt	0	20	33	32	20	20	20	20	165
S:a Löpande kostnader	3	40	53	52	40	40	40	40	310
Total summa	13	50	62	82	57	57	50	50	421

¹⁾ 2023 års prisnivå

I införandekostnaden ingår den lånefinansierade delen av utvecklingsutgiften med 80 miljoner kronor.

15.8.8 Bedömning av överensstämmelsen med de skyldigheter som följer av anslutningen till EU

I betänkandet anges att patienten kan få del av det föreslagna kommuntypstillägget. Försäkringskassan uppfattar det som att kommuntypstillägg syftar till att ge ett stöd till vårdgivare utanför storstadsregionerna, inte till patienten. Om kommuntypstillägget, som utgör 10 eller 20 % av referenspris, betalas ut till patienten när patienten ansöker om ersättning för tandvård utförd utomlands kan en sådan patient få en större ersättning än

den faktiska kostnaden för vården. Kommuntypersättningen betalas ut till vårdgivaren när vården utförs i Sverige och tillfaller i de fallen aldrig patienten. Det innebär att storleken på ersättningen till patienten kan variera beroende på om vården utförs i Sverige eller utomlands. Det saknas överväganden i betänkandet kring om det är en lämplig ordning.

Försäkringskassan ser också att det finns behov av en fördjupad analys av hur förslagen i betänkandet kommer att påverka handläggningen av ersättning för tandvård som utförts utanför Sveriges gränser.

16.1 Ikraftträdande

Utredningen föreslår att författningsförslagen ska träda i kraft den 1 juli 2026. Försäkringskassan har fått ett regeringsuppdrag att förbereda inför ett ikraftträdande den 1 januari 2026.

De uppskattningar som Försäkringskassan kan göra kring när de olika förslagen i betänkandet kan träda i kraft är förenade med stor osäkerhet. Försäkringskassan har tidigare lämnat underlag till Regeringskansliet kring hur en så kallad instegslösning som kan hantera delar av förslagen i betänkandet med ett ikraftträdande den 1 januari 2026 kan se ut. En sådan lösning medför bland annat att driftsättningen av ett nytt it-system för tandvården kommer att fördröjas. Det innebär det statliga tandvårdsstödet kommer att hanteras i det it-stöd som Försäkringskassan i dagsläget använder under en längre tid än planerat. Det medför bl.a. ökade risker för störningar i it-stödet och att Försäkringskassan fortsatt kommer ha begränsade möjligheter till att hantera förändringar i det statliga tandvårdsstödet.

Hur stor fördröjningen av driftsättningen kommer att bli är inte i dagsläget möjligt att uppskatta. Det innebär att det inte heller är möjligt att uppskatta ett rimligt ikraftträdandedatum för de förslag som inte kan hanteras inom ramen för instegslösningen. Försäkringskassan har hitintills identifierat förlängda perioder för patient att tillgodoräkna sig allmänt och särskilt tandvårdsbidrag som sådana förslag som inte kan hanteras innan det nya it-systemet är i drift.

Försäkringskassan förutsätter att det även sker en översyn av utformningen av den föreslagna lagstiftningen utifrån de aspekter som myndigheten har tidigare har lyft till Regeringskansliet. Exempelvis behöver Försäkringskassan få lagstöd för en it-lösning där ansökningar där patientpris överstiger referenspris inte tas emot av myndigheten om förslagen ska träda i kraft den 1 januari 2026.

16.2 Övergångsbestämmelser

Försäkringskassan konstaterar att det saknas övergångsbestämmelser gällande förslagen på ändring i 18 b § andra stycket och 19 § första stycket 5 STF.

Bestämmelsen i 18 b § STF handlar om att Försäkringskassan får neka en vårdgivare anslutning till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd. I andra stycket föreslås att Försäkringskassan ska få neka en anslutning om någon av de personer som vårdgivaren lämnat uppgifter om enligt 18 § tredje stycket STF tidigare har varit verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till Försäkringskassan elektroniska system och den vårdgivaren *medvetet eller av grov oaktsamhet* har åsidosatt bestämmelserna om statligt tandvårdsstöd.

Försäkringskassans beslut om upphörande av anslutning till det elektroniska systemet som har skett innan ett eventuellt ikraftträdande kommer att vara fattade utan bedömning av om vårdgivarens agerande varit medvetet eller av grov oaktsamhet. Vid

en avsaknad av övergångsbestämmelse och utifrån den föreslagna lydelsen i 18 b § andra stycket STF kommer Försäkringskassan därför, i ett anslutningsärende, behöva utreda och bedöma huruvida någon av de aktuella personerna tidigare har varit verksam hos en vårdgivare som medvetet eller av grov oaktsamhet har åsidosatt bestämmelserna om statligt tandvårdsstöd. En sådan bedömning kommer troligen vara svår att göra i ett anslutningsärende utifrån att en tid kan ha passerat och utifrån att underlag för att göra bedömningen kan saknas.

I 19 § STF framgår när Försäkringskassan får besluta att anslutningen till det elektroniska systemet ska upphöra. Enligt förslag till ny lydelse i första stycket femte punkten får Försäkringskassan avansluta en vårdgivare som medvetet eller av grov oaktsamhet har åsidosatt bestämmelserna om statligt tandvårdsstöd. Förslaget innebär bland annat att det tillkommer ett subjektivt rekvisit som inte tillämpas utifrån dagens bestämmelse.

Avsikten med förändringen av avanslutningsgrunden är att den ska innebära en skärpning i förhållande till vårdgivaren och det är oklart om den nya lydelsen kommer att kunna tillämpas när det gäller åsidosättande som skett före ikraftträdandet. Vid en avsaknad av övergångsbestämmelser finns det därför en risk för att åsidosättanden som har skett före ett ikraftträdande inte kommer att kunna ligga till grund för ett beslut om upphörande av anslutning efter att förordningen trätt ikraft. Vårdgivares åsidosättande av bestämmelserna om statligt tandvårdsstöd som kan läggas till grund för ett beslut om att anslutningen ska upphöra härrör dessutom ofta från olika tidpunkter.

Sammantaget anser Försäkringskassan att införande av övergångsbestämmelser avseende 18 b och 19 §§ STF bör övervägas.

1.4 Förslag till ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

1 kap. 2 § 3 lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, STL

I den föreslagna nya punkten definieras vårdgivarens pris. Försäkringskassan ser ett behov av att det tydliggörs i författning att det är det pris som vårdgivaren faktiskt tillämpar gentemot den aktuella patienten som ersättning ska baseras på. Jämför formuleringen av 2 kap. 4 § andra stycket STL.

Se synpunkter avseende 2 kap. 4 b och 6 §§ STL samt 15 § förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd, STF.

2 kap. 3 a och 4 §§ STL

Avsikten med förslagen i betänkandet får antas vara att tandvårdsåtgärder som berättigar till förstärkt tandvårdsersättning inte ska beaktas vid bedömningen av patientens sammanlagda kostnader.

I författningskommentaren till den föreslagna 2 kap. 3 a § STL anges att andra stycket i denna bestämmelse innebär att tandvård inom förstärkt tandvårdsersättning inte omfattas i det ackumulerade ersättningsgrundande beloppet för generell tandvårdsersättning. Av ordalydelsen av den föreslagna 2 kap. 3 a § andra stycket STL följer att generell tandvårdsersättning inte får lämnas för en tandvårdsåtgärd som berättigar till förstärkt tandvårdsersättning. Enligt Försäkringskassan kan det dock ifrågasättas om ordalydelsen av bestämmelsen även medför att en sådan åtgärd inte ska ingå i det i det ackumulerade ersättningsgrundande belopp som ligger till grund för bedömningen av om och med vilket belopp som generell tandvårdsersättning ska lämnas för en annan åtgärd. Försäkringskassan ser det som önskvärt att det förtydligas i författningen att tandvård inom förstärkt tandvårdsersättning inte omfattas i det ackumulerade ersättningsgrundande beloppet för generell tandvårdsersättning. En möjlig placering av ett sådant förtydligande skulle kunna vara i 2 kap. 4 § STL.

2 kap. 4 b § första och andra stycket STL

I 2 kap. 4 b § första stycket STL anges att förstärkt tandvårdsersättning lämnas med en viss andel av kostnaden. I andra stycket anges att vårdgivarens pris inte får överstiga referenspriset för respektive tandvårdsåtgärd. Tredje stycket behandlar endast patientens kostnad och inte den förstärkta tandvårdsersättningen.

Utifrån formuleringarna i första och andra stycket kan det framstå som att om vårdgivaren, trots det som anges i andra stycket, tillämpar ett högre pris än referenspriset kommer detta högre pris utgöra kostnaden enligt första stycket och således utgöra grund för beräkningen av den förstärkta tandvårdsersättningen. Av den föreslagna 5 a § första stycket STF borde dock följa att det alltid är 90 procent av referenspriset som utgör taket för den förstärkta tandvårdsersättning som lämnas till vårdgivaren. Enligt Försäkringskassan kan det finnas ett värde i att det framgår tydligt direkt av bestämmelserna i STL att de procentandelar av referenspriset som anges i förordningen också utgör taket för ersättningen om detta är avsikten. I denna situation bör det också kunna vara så att patienten i praktiken har betalat mer än 10 procent av referenspriset och att vårdgivaren därmed får en total ersättning som överstiger referenspriset. En möjlig tolkning är att avsikten istället är att innebörden av dessa bestämmelser ska vara att om vårdgivaren tillämpar ett högre pris än referenspriset kommer detta medföra att förstärkt tandvårdsersättning inte ska betalas ut alls för den aktuella åtgärden. Försäkringskassan ser ett behov av förtydliganden kring vad som är avsikten och överväganden kring möjliga konsekvenser och följd effekter. Enligt Försäkringskassan är det av stor vikt att den rättsliga regleringen inte ger utrymme för några oklarheter kring vad som ska gälla i denna situation.

I 2 kap. 4 b § första stycket STL används begreppet *kostnad*. I andra stycket används begreppet *vårdgivarens pris*. I den föreslagna 1 kap. 2 § tredje punkten definieras *vårdgivarens pris*. Försäkringskassan ser ett behov av att det klargörs hur dessa begrepp förhåller sig till varandra. Försäkringskassan ser också ett behov av att det tydliggörs i författning att det är det pris som vårdgivaren faktiskt tillämpar gentemot den aktuella patienten som ersättning ska baseras på. Jämför formuleringen av 2 kap. 4 § andra stycket STL.

2 kap. 4 b § tredje stycket STL

Enligt den föreslagna första meningen i stycket får patientens kostnad som *högst uppgå till en viss andel* av referenspriset. I den föreslagna andra meningen i stycket, som reglerar situationen då vårdgivarens pris är lägre än referenspriset, anges i stället att patientens kostnad *utgår från* en viss andel av vårdgivarens pris. Försäkringskassan uppfattar att avsikten är att patientens kostnad även i denna situation ska vara maximalt en viss andel av priset. Det kan därför finnas anledning att se över formuleringen av den andra meningen så att detta framgår tydligt av författningstexten.

Försäkringskassan noterar vidare att den föreslagna andra meningen i stycket innehåller formuleringen *referenspriset för den aktuella patienten*. Eftersom referenspriset inte är knutet till den specifika patienten kan det finnas anledning att se över formuleringen av meningen även utifrån denna aspekt. Försäkringskassan ser dock ett behov av att det framgår att det är det pris som vårdgivaren faktiskt tillämpar gentemot den aktuella patienten som patientens kostnad högst ska utgöra en viss andel av.

2 kap. 6 § första stycket 1 STL

I förslag till det första stycket första punkten görs bland annat en ändring för att tydliggöra att det avser den *generella* tandvårdsersättningen. Försäkringskassan noterar att även den andra punkten i stycket avser den generella tandvårdsersättningen och anser att det hade varit önskvärt med motsvarande förtydligande i denna punkt.

2 kap. 6 § första stycket 3 STL

Av 2 kap. 6 § första stycket 3 STL följer att regeringen får meddela föreskrifter om bl.a. med vilken andel av *patientens kostnad* som förstärkt tandvårdsersättning ska lämnas.

Det får antas att avsikten med 2 kap. 6 § första stycket 3 STL är att ange att regeringen kan meddela föreskrifter om med vilken andel av den totala kostnaden, alternativt vårdgivarens pris upp till referenspriset, som förstärkt tandvårdsersättning ska lämnas. I den föreslagna 5 a § första stycket STF anges att förstärkt tandvårdsersättning lämnas med 90 procent av kostnaden upp till fastslaget referenspris. Utifrån detta anser Försäkringskassan att användningen av uttrycket *patientens kostnad* i 2 kap. 6 § första stycket 3 STL blir förvirrande. I 2 kap. 4 b § tredje stycket STL används uttrycket *patientens kostnad* för den andel av den totala kostnaden som patienten ska stå för inom den förstärkta tandvårdsersättningen. Försäkringskassan ser utifrån detta ett behov av att utformningen av 2 kap. 6 § första stycket tredje punkten STL ses över.

I 2 kap. 4 § första stycket STL används uttrycket *patientens sammanlagda kostnader*. I andra stycket anges att dessa kostnader ska beräknas bl.a. med utgångspunkt i referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder. Här har således *patientens kostnader* en annan innebörd än i 2 kap. 4 b § tredje stycket STL. I den föreslagna 10 § andra stycket 5 används uttrycket *patientens andel av referenspriser*. Samma synpunkter är aktuella för 5 a § förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

1.11 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd**8 § STF**

I betänkandet, sida 408, anges att patienten ska få information om sitt pris och referenspris för varje slutförd tandvårdsåtgärd. Det framstår som oklart vad som avses med innebörden av uttrycket *patientens kostnad* och hur det förhåller sig till användningen av begreppet i övrigt. Se även synpunkter avseende 2 kap. 6 § första stycket 3 STL.

15 § STF

Det föreslås i betänkandet ingen ändring av denna bestämmelse. Det kan dock finnas anledning att ensa begreppet *vårdgivarens totala pris* i den sjunde punkten i första stycket i denna bestämmelse med den föreslagna definitionen av *vårdgivarens pris* i 1 kap. 2 § 3 STL.

19 a § STF

I den föreslagna bestämmelsen anges att det som föreskrivs i 18 b § och 19 § första stycket 3 inte gäller om åsidosättandet är ringa eller om det annars med hänsyn till omständigheterna skulle vara oskäligt att *neka* anslutning.

19 § STF gäller upphörande av anslutning och inte nekande av anslutning. Av författningskommentaren till bestämmelsen framgår också att avsikten är att bestämmelsen ska tillämpas även i förhållande till ett beslut om att en anslutning ska *upphöra*. Försäkringskassan anser utifrån detta att det finns skäl att se över formuleringen av bestämmelsen.



Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektör Nils Öberg i närvaro av rättschef Marie Axelsson, avdelningschef Andreas Spång, IT-direktör Peter Haglind och rättslig expert Saga Henriksdotter, den senare som föredragande.

Nils Öberg

Saga Henriksdotter