

Försäkringskassans efterhandskontroller av det statliga tandvårdsstödet – påverkar de behandlarnas beteende?

Utgivare: Försäkringskassan
Avdelningen för ledningsstöd och analys

Upplysningar: Per Janson
010 -113 10 74
per.jansson1@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Att minska förekomsten av felaktiga utbetalningar och bidragsbrott är ett prioriterat mål för Försäkringskassan. Det statliga tandvårdsstödet är utpekat som en socialförsäkringsförmån där det finns risker för bidragsbrott.

I den här rapporten undersöker vi om det statliga tandvårdsstödet överutnyttjas genom att patienter överbehandlas. Vi undersöker också om en viktig del i kontrollarbetet – Försäkringskassans efterhandskontroller – påverkar beteendet hos de tandläkare och tandhygienister som utför tandvården. I rapporten diskuterar vi också förslag på hur kontrollarbetet kan bedrivas framöver och hur riskerna för ett överutnyttjande kan minska.

Rapporten är ett egeninitierat projekt, där Per Janson varit projektledare och tillsammans med Jonas Erlandsson och Mattias Tajik genomfört analysen och skrivit rapporten. Stort tack till Johanna Lovén, intern kvalitetsgranskare, och Lars Olsson från Privattandläkarna, extern kvalitetsgranskare, för utmärkta kommentarer som utvecklat rapporten. Under arbetets gång har Lars Sjödin, Tandvårds- och läkemedelförmånsverket, samt Cecilia Eek, Tomas Lindh och Susanna Wanander, Försäkringskassan, bidragit med värdefulla kommentarer och inspel. Rosa Fiorito har varit projektägare och ansvarig chef.

Stockholm, april 2025

Nils Öberg

Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	5
Det statliga tandvårdsstödet och Försäkringskassans kontrollarbete av förmånen	5
Det finns en risk att det statliga tandvårdsstödet leder till bidragsbrott genom att det sker överbehandling.....	6
Det finns indikationer på att det finns ett överutnyttjande genom överbehandling.....	6
Försäkringskassans efterhandskontroller påverkar inte behandlarnas beteende	6
Vilka åtgärder kan övervägas för att minska risken för bidragsbrott (överutnyttjande)?	7
Inledning	8
Syfte	9
Frågeställningar	9
Avgränsningar	9
Rapportens disposition.....	10
Beskrivning av det statliga tandvårdsstödet och Försäkringskassans kontrollarbete	11
Utformningen av det statliga tandvårdsstödet.....	11
Drygt 7,6 miljarder betalas ut i statligt tandvårdsstöd	13
Felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd.....	13
Försäkringskassans kontrollarbete	14
De olika typerna av efterhandskontroller	15
Uppgifter som kontrolleras i efterhandskontrollerna	16
Analys av överutnyttjande inom det statliga tandvårdsstödet	18
Bakgrund: Orsaker till att det statliga tandvårdsstödet riskerar att överutnyttjas genom överbehandling	18
Metod: Hur undersöker vi om det finns ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet?.....	21
Resultat 1: Patienter med högkostnadsskydd får oftare mer omfattande åtgärder	24
Resultat 2: Patienter med högkostnadsskydd får i något högre utsträckning fler åtgärder vid en basundersökning.....	26
Diskussion: Finns det ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet?	27
Analys av efterhandskontrollernas påverkan på behandlarnas beteende	30
Bakgrund: Studier visar att efterhandskontroller kan ha en beteendekorrigerande påverkan	30
Metod: Hur undersöker vi om efterhandskontrollerna påverkar behandlarnas beteende?	31
Resultat: Det sker ingen förändring av beteendet efter efterhandskontrollen	34

Avslutande diskussion	39
1. Mer information till patienterna	40
2. Tydligare regler för hur det statliga tandvårdsstödet får användas	40
3. Krav på mer dokumentation vid ersättningsbegäran	41
4. Begära in mer dokumentation i efterhandskontrollerna	41
5. Hårdare konsekvenser när fel upptäcks i efterkontrollerna	41
Referenser	43
Tabellbilaga	45
Åtgärd 207 till 209	45
Åtgärd 301 till 304	45
Åtgärd 341 till 343	45
Åtgärd 701 till 703	46
Åtgärd 704 till 706	46
Användning av åtgärdsserierna – utveckling över tid	46
Teknisk bilaga	48
Hur urvalet till slumpkontrollerna går till	48
Beskrivning av matchningsansatsen	49
Paneldatamodellen som tillämpas på den matchade datan	50

Sammanfattning

Det finns inslag i det statliga tandvårdsstödet som gör det sårbart för bidragsbrott i det avseende att det sker ett överutnyttjande genom överbehandling. I den här rapporten undersöker vi om det finns ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet som beror på överbehandling, samt om Försäkringskassans efterhandskontroller påverkar beteendet hos dem som utför tandvården (behandlarna) och eventuellt minskar denna form av överutnyttjande. Det senare har inte analyserats i tidigare studier. Den data vi använder för att analysera om överutnyttjande förekommer har inte använts för det syftet tidigare.

Vi utgår ifrån fyra huvudsakliga frågeställningar:

- Varför kan det uppstå ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet som beror på överbehandling?
- Finns det ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet som beror på överbehandling?
- Påverkar efterhandskontrollerna vilken tandvårdsbehandling som utförs och påverkar de en eventuell överbehandling?
- Vad innebär resultatet i studien för Försäkringskassans fortsatta kontrollarbete?

Det statliga tandvårdsstödet och Försäkringskassans kontrollarbete av förmånen

Det statliga tandvårdsstödet är en förmån som omfattar personer från och med det år de fyller 20 år. Det består av tre delar: ett allmänt och ett särskilt tandvårdsbidrag samt tandvårdsersättning. De två första delarna ska stimulera till förebyggande tandvård. Tandvårdsersättningen är ett högkostnadsskydd för personer som har ett stort behov av tandvård och som har höga tandvårdskostnader.

Det statliga tandvårdsstödet betalas inte ut direkt till patienten, utan till vårdgivaren. Stödet kommer patienten till godo genom att det dras av från det pris som hen betalar för tandvården. Efter att tandvården har utförts skickar vårdgivaren in en ersättningsbegäran till Försäkringskassan. Handläggningen av tandvårdsstödet är nästan helt och hållet automatiserad. I den automatiska handläggningen kontrolleras att den tandvård som utförts är berättigad till ersättning innan utbetalningen sker. Denna kontroll kan dock inte helt och hållet säkerställa att inga avsiktliga, eller oavsiktliga, fel rapporteras in. Försäkringskassan gör därför även efterhandskontroller av det utbetalda tandvårdsstödet. Dessa syftar inte bara till att upptäcka fel, utan även till att förebygga eller minska ett felaktigt nyttjande av förmånen.

Det finns en risk att det statliga tandvårdsstödet leder till bidragsbrott genom att det sker överbehandling

Det finns en risk att det statliga tandvårdsstödet överutnyttjas genom överbehandling. Det innebär att patienten får en mer omfattande och dyrare behandling än vad som motiveras av patientens behov och tandvårdsstödet syfte, och är att betrakta som ett bidragsbrott.

Risken beror delvis på att tandvård är en tjänst där vårdgivaren både bedömer patientens behov av tandvård och utför tandvården, samtidigt som vårdgivaren har ett informationsövertag över patienten avseende dennes vårdbehov. Det kan ge upphov till så kallad utbudsstyrd efterfrågan som kan leda till att patienten får mer behandling än vad som är motiverat utifrån hans behov.

Överbehandlingen i sig behöver dock inte innebära att det sker ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet. Det uppstår när en del av kostnaden av överbehandlingen belastar det statliga tandvårdsstödet.

Risken uppstår också på grund av högkostnadsskyddet (tandvårdsersättningen) i det statliga tandvårdsstödet. Högkostnadsskyddet minskar patientens egenavgift för utförd tandvård, vilket kan leda till att patienten efterfrågar mer tandvård än vad som är motiverat.

Hur Försäkringskassans kontrollarbete av det statliga tandvårdsstödet utformas spelar här en viktig roll för att förhindra att det sker ett överutnyttjande genom överbehandling.

Tidigare studier har visat indikationer på att det statliga tandvårdsstödet överutnyttjas genom överbehandling. Studier inom både socialförsäkrings- och skatteområdet har också visat att efterhandskontroller kan leda till ett minskat överutnyttjande.

Det finns indikationer på att det finns ett överutnyttjande genom överbehandling

Vi undersöker om det finns ett överutnyttjande på grund av överbehandling genom att analysera hur omfattande behandlingar som utförs för vissa tillstånd hos patienten. Analysen visar indikationer på ett överutnyttjande när det gäller vissa behandlingar. Gemensamt för de behandlingar där det finns tecken på överutnyttjande, är att tandvårdsstödet regelverk för när olika åtgärder ska användas är mindre tydliga jämfört med de andra behandlingarna. Dessutom är dokumentationen som Försäkringskassan använder i efterhandskontrollerna för att bedöma om ersättningen är berättigad mindre omfattande för de åtgärder där det finns tecken på överutnyttjande.

Försäkringskassans efterhandskontroller påverkar inte behandlarnas beteende

Analysen visar att efterhandskontrollerna i genomsnitt inte har någon påverkan på behandlarnas beteende när det gäller eventuell överbehandling. Det betyder dock inte att efterhandskontrollerna inte kan påverka beteendet i andra fall, till exempel för behandlare där man upptäckt stora felaktigheter eller som kontrolleras vid flera tillfällen inom en kort tidsperiod. För det stora flertalet

behandlare visar resultaten dock att enstaka slumpmässiga efterhandskontroller inte har nämnvärd påverkan på behandlings- eller inrapporteringsmönster.

Vilka åtgärder kan övervägas för att minska risken för bidragsbrott (överutnyttjande)?

I rapportens sista kapitel diskuterar vi vad studiens resultat innebär för Försäkringskassans fortsatta kontrollarbete samt vilka andra förändringar som kan minska risken för att det statliga tandvårdsstödet överutnyttjas. Möjliga förändringar är att fler uppgifter lämnas med ersättningsbegäran eller inhämtas i efterkontrollerna. Man kan också överväga vilka följder som fel som upptäcks i en efterhandskontroll bör få för vårdgivaren.

Inledning

Det finns inslag i det statliga tandvårdsstödet som gör det sårbart för bidragsbrott i det avseende att det sker ett överutnyttjande genom överbehandling. Det innebär att patienten konsumerar mer tandvård än vad som är motiverat utifrån patientens behov och tandvårdsstödet syfte. Tidigare studier pekar på att det finns ett sådant överutnyttjande. Dessutom har tidigare studier inom socialförsäkrings- och skatteområdet visat att efterhandskontroller kan leda till ett minskat nyttjande av socialförsäkringar och skatteavdrag. Försäkringskassans efterhandskontroller av tandvårdsstödet har som ett av sina syften att minska det avsiktliga överutnyttjande som sker genom överbehandling (se Försäkringskassan 2017b, s. 5).

Denna studie innehåller två analysdelar. I den första delen kommer vi att analysera om det finns ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet som beror på överbehandling.

I den andra analysdelen kommer vi att analysera om Försäkringskassans efterhandskontroller påverkar beteendet hos behandlarna – tandläkare och tandhygienister – som utför tandvården. Leder kontrollerna till att behandlarna väljer att utföra mindre omfattande och kostsamma behandlingar? På så sätt kan vi bedöma om efterhandskontrollerna har en beteendekorrigerande effekt, det vill säga om de minskar förekomsten av överbehandling.

Det statliga tandvårdsstödet omfattar personer som är folkbokförda i Sverige från och med det år de fyller 20 år.¹ Det består av tre delar: allmänt och särskilt tandvårdsbidrag samt tandvårdsersättning. Det allmänna tandvårdsbidraget tillfaller alla försäkrade. Det särskilda bidraget riktar sig mot personer med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som innebär en risk för försämrad tandhälsa. Dessa två bidrag ska stimulera till regelbundna besök hos tandvården i förebyggande syfte. Tandvårdsersättningen är en försäkring mot höga tandvårdskostnader för personer med ett stort behov av tandvård, och benämns fortsättningsvis som högkostnadsskydd.

Det statliga tandvårdsstödet är en ovanlig socialförsäkringsförmån, eftersom det inte betalas ut direkt till mottagaren av stödet. Begäran om tandvårdsstöd görs av vårdgivaren², som rapporterar in till Försäkringskassan vilka tandvårdsåtgärder som utförts. Ersättningen betalas till vårdgivaren och kommer patienten tillgodo genom att den dras av från det pris som hen betalar för den utförda tandvården.

Handläggningen av det statliga tandvårdsstödet är, till skillnad från det stora flertalet förmåner som Försäkringskassan administrerar, nästan helt automatiserad, vilket innebär att Försäkringskassan beslutar om en

¹ Fram till 31 december 2024 omfattade det statliga tandvårdsstödet personer från och med det år de fyllde 24 år. Åldersgränsen sänktes i samband med att åldersgränsen för avgiftsfri tandvård för barn och ungdomar sänktes till 19 år från tidigare 23 år.

² Vårdgivaren är den fysiska eller juridiska person som yrkesmässigt bedriver tandvård.

ersättningsbegäran utan att en handläggare utreder ärendet.³ I den automatiserade handläggningen finns en regelmotor, som gör att det bara går att få ersättning för tandvård som överensstämmer med regelverket. Men med den information som inhämtas i den maskinella kontrollen går det inte att fastställa helt att den behandling som rapporteras in verkligen har utförts och att den var motiverad utifrån patientens vårdbehov.

Försäkringskassan gör manuella efterhandskontroller av det utbetalda tandvårdsstödet för att säkerställa att det inte används felaktigt. Efterhandskontrollerna görs dels på ärenden där det finns en hög risk att det skett en felaktig utbetalning, och dels utifrån ett slumpmässigt urval som ska återspegla den tandvård som utförs. I efterhandskontrollerna behöver vårdgivarna skicka in underlag som visar att den inrapporterade vården har utförts och att den var motiverad utifrån patientens vårdbehov.

Syfte

Denna rapport har tre syften. Det första syftet är att undersöka om det finns ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet som beror på överbehandling.

Det andra syftet är att undersöka om Försäkringskassans efterhandskontroller förändrar behandlarnas beteende när det gäller vilka behandlingar de utför, och i förlängningen om efterhandskontrollerna har en beteendekorrigerande effekt som minskar ett eventuellt överutnyttjande som beror på överbehandling.

Det tredje syfte är att utifrån analysernas resultat ge ett underlag till en diskussion om hur Försäkringskassans kontrollarbete kan utvecklas.

Frågeställningar

- Varför kan det uppstå ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet som beror på överbehandling?
- Finns det ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet som beror på överbehandling?
- Påverkar efterhandskontrollerna vilken tandvårdsbehandling som utförs och påverkar de en eventuell överbehandling?
- Vad innebär resultatet i studien för Försäkringskassans fortsatta kontrollarbete?

Avgränsningar

I Försäkringskassans efterhandskontroller prioriteras behandlare som har en hög risk för felaktiga utbetalningar. I denna studie är vi dock inte intresserade av att undersöka vilken påverkan efterhandskontrollerna har på denna grupp av behandlare, som ofta har återkommande efterhandskontroller. Vi har istället valt att undersöka om efterhandskontrollerna påverkar den breda massan av behandlare, som inte nödvändigtvis har en hög risk för felaktiga utbetalningar.

Vi analyserar inte om konstaterade fel i efterhandskontrollen leder till ett förändrat beteende, jämfört med om inga fel konstateras. Vi analyserar alltså inte effekten på beteendet av ett återkrav eller av storleken på återkravet. Istället fokuserar studien på vilken påverkan det har på behandlarna att en

³ 99 procent av ärendena handläggs automatiserat.

efterhandskontroll överhuvudtaget genomförs. Det betyder inte att efterhandskontrollernas utfall inte är intressant i en diskussion kring hur kontrollerna ska utformas. Det är de, men det är en annan studie.

Rapportens disposition

Rapporten har förutom inledningskapitlet tre huvudsakliga kapitel. I det andra kapitlet beskriver vi utformningen av det statliga tandvårdsstödet och Försäkringskassans kontrollarbete av förmånen.

I det tredje kapitlet ställer vi frågan om det finns ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet som beror på överbehandling. Här diskuterar vi varför det finns en risk att tandvårdsstödet överutnyttjas. Därefter följer en analys av om det finns ett överutnyttjande av tandvårdsstödet.

Det fjärde kapitlet fokuserar på om Försäkringskassans efterhandskontroller av tandvårdsstödet påverkar beteendet hos de behandlare som utför tandvården. Här går vi igenom tidigare studier kring efterhandskontroller, såväl generellt som inom tandvårdsområdet. Vi gör sedan en analys av hur Försäkringskassans efterhandskontroller påverkar behandlarnas beteende.

Rapporten avslutas med sammanfattande diskussion om resultaten av de genomförda analyserna och vad de kan innebära för utformningen av det statliga tandvårdsstödet och Försäkringskassans kontrollarbete.

Beskrivning av det statliga tandvårdsstödet och Försäkringskassans kontrollarbete

I det här kapitlet beskriver vi hur det statliga tandvårdsstödet är utformat, hur mycket som betalas ut och hur mycket av utbetalningarna som uppskattas vara felaktiga. Därefter beskriver vi hur Försäkringskassans kontrollarbete av det statliga tandvårdsstödet fungerar, med särskilt fokus på efterhandskontrollerna.

Utformningen av det statliga tandvårdsstödet

Innan vi beskriver det statliga tandvårdsstödet utformning är det på sin plats att ge en överblick över det totala tandvårdsstödet som erbjuds privatpersoner. Det kan delas upp i tre delar:

- kostnadsfri tandvård för barn och ungdomar genom regionerna
- regionernas tandvårdsstöd för vuxna
- statligt tandvårdsstöd.

Den kostnadsfria tandvården gäller till och med det år man fyller 19 år. Regionernas tandvårdsstöd för vuxna ges till personer med särskilda behov, specifika sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Denna tandvård ges inom ramen för hälso- och sjukvårdsavgifterna inom regionerna.

Det statliga tandvårdsstödet i nuvarande form infördes 2008. Det är en bosättningsbaserad förmån som omfattar personer från och med det år de fyller 20 år. Åldersgränsen för den kostnadsfria tandvården sänktes 2025. Tidigare gällde den från och med att personen fyllde 24 år. Det statliga tandvårdsstödet är en förmån som syftar till att uppmuntra regelbundna tandläkarbesök och ge ett skydd mot höga kostnader för de patienter som har ett stort behov av tandvård.

Det statliga tandvårdsstödet består av tre delar:

- allmänt tandvårdsbidrag (ATB)
- särskilt tandvårdsbidrag (STB)
- tandvårdsersättning (hädanefters benämnt högkostnadsskydd).

ATB ska stimulera till regelbundna besök hos tandvården och är främst tänkt att användas för undersökningar och förebyggande tandvård. ATB är 300 eller 600 kronor per år beroende på ålder.⁴ Det går att spara bidraget från ett år och använda två bidrag under ett och samma år.

⁴ För personer mellan 20 och 23 år samt över 64 år är bidraget 600 kronor per år och för övriga personer är det 300 kronor per år.

STB omfattar personer som har sjukdomar eller funktionsnedsättningar som ökar risken för en försämrad tandhälsa. Bidraget är 600 kronor per halvår, men går inte att spara utan måste användas inom det halvår som avses.

Högekostnadsskyddet är en försäkring mot höga tandvårdskostnader för personer med ett stort behov av tandvård. Högekostnadsskyddet utgår från referenspriser för olika tandvårdsåtgärder. Referensprislistan anger normalpriset för en tandvårdsåtgärd, och fastställs av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Vårdgivaren är dock inte bunden av referenspriset, utan är fri att sätta sina egna priser (som ska vara skäliga). Patientens faktiska tandvårdskostnader kan således vara lägre eller, vilket är betydligt vanligare, högre än referenspriset.

När den sammanlagda kostnaden för åtgärder enligt referensprislistan överstiger 3 000 kronor under en ersättningsperiod för en patient ersätter det statliga tandvårdsstödet 50 procent av de kostnader som överstiger 3 000 kronor. För kostnader som överstiger 15 000 kronor enligt referensprislistan är ersättningen 85 procent.⁵ En ersättningsperiod för en patient är ett år. Alla åtgärder som genomförs inom denna period och som omfattas av det statliga tandvårdsstödet räknas in i högekostnadsskyddet, förutom de åtgärder som betalats med tandvårdsbidrag.⁶

Det statliga tandvårdsstödet betalas av Försäkringskassan till vårdgivaren, till skillnad från nästan alla andra förmåner, som betalas ut till den försäkrade. För att tandvårdsstöd ska betalas ut behöver vårdgivaren rapportera in den utförda tandvården till Försäkringskassan. Den försäkrade får del av stödet genom en subvention på det pris som hen betalar för vården.

Försäkringskassan ska enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd lämna "statligt tandvårdsstöd för

1. förebyggande tandvård, och
2. tandvård som patienten behöver och som syftar till att åstadkomma
 - frihet från smärta och sjukdomar,
 - förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder, eller
 - ett utseendemässigt godtagbart resultat."

Det innebär bland annat att stöd inte lämnas till kosmetisk behandling som enbart utförs för att förbättra utseendet på tänderna, till exempel tandblekning.

Tandvårdsstödet utgår ifrån att behandlaren fastställer ett tillstånd hos patienten som enligt föreskrifterna för tandvårdsstöd motiverar att en behandling utförs (HSLF-FS 2024:11). I föreskrifterna specificeras också hur tillståndet ska dokumenteras i patientjournalen. Utifrån det fastställda tillståndet

⁵ Under 2026 planeras ett införande av ett förstärkt högekostnadsskydd för tandvård för de som är 67 år och äldre införs. Se SOU 2024:70.

⁶ En ersättningsperiod påbörjas när en åtgärd som ingår i det statliga tandvårdsstödet registreras hos Försäkringskassan. Det är dock möjligt för patienten att via vårdgivaren starta en ny ersättningsperiod innan den tidigare löpt ut.

hos patienten finns det ett antal tandvårdsåtgärder som berättigar till ersättning.⁷

Drygt 7,6 miljarder betalas ut i statligt tandvårdsstöd

Den tandvård som utförs inom ramen för det statliga tandvårdsstödet omsatte 19,5 miljarder kronor år 2022. Patienterna står för 65 procent av kostnaderna, medan staten genom det statliga tandvårdsstödet står för 35 procent (TLV 2023, s. 10).

För 2024 uppgår statens utgifter för det statliga tandvårdsstödet till drygt 7,6 miljarder kronor, och något fler än 4 miljoner patienter tar del av stödet. Högkostnadsskyddet står för den största delen av dessa kostnader: 5,4 miljarder kronor eller 71 procent av tandvårdsstödet. Drygt 1,3 miljoner patienter tar del av högkostnadsskyddet.⁸ Innan det nuvarande regelverket infördes 2008 uppgick kostnaderna för det statliga tandvårdsstödet till något mer än 3 miljarder kronor, vilket motsvarar 4,15 miljarder i dagens penningvärde.

76 procent av de totala kostnaderna för det statliga tandvårdsstödet 2024 omfattade patienter som behandlades av privata vårdgivare. Av kostnaderna för högkostnadsskyddet omfattade 83 procent patienter som behandlades av privata vårdgivare.⁹

Felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd

Med felaktiga utbetalningar avses att det utbetalade beloppet är för högt, för lågt eller om utbetalningen i sin helhet är fel i förhållande till regelverket. De felaktiga utbetalningar som sker av det statliga tandvårdsstödet kan grovt sett delas in i tre huvudkategorier (jmf Ekonomistyrningsverket 2021, s. 11).

En första kategori är oavsiktliga fel, där underlaget som skickas in vid kontrollerna är felaktigt eller bristfälligt. Det är fel som bedöms bero på okunskap eller slarv.

De två övriga kategorierna är avsiktliga fel och bidragsbrott, där det är en medveten handling att begära ut mer ersättning än vad som är syftet med förmånen.

Den ena typen av bidragsbrott är överutnyttjande i form av överbehandling. Det innebär att den vård som vårdgivaren rapporterar in till Försäkringskassan inte var nödvändig utifrån patientens tillstånd. Antingen hade en mindre omfattande behandling varit tillräcklig, eller så var behandlingen inte nödvändig alls.

⁷ I föreskriften (HSLF-FS 2024:11) finns ungefär 100 tillstånd hos patienterna som berättigar till ersättning. Dessa tillstånd är kopplade till knappt 200 olika tandvårdsåtgärder, som kan beskrivas som den tandvård som utförs. En eller flera åtgärder kan utföras vid ett patientbesök.

⁸ Se Försäkringskassans statistikdatabas, www.forsakringskassan.se. Siffrorna avser år 2024.

⁹ Se Försäkringskassans statistikdatabas, www.forsakringskassan.se. Siffrorna avser år 2024.

Behandlingen eller delar av behandlingen går därmed inte att motivera fullt ut utifrån syftet med tandvårdsstödet.

Den andra typen av bidragsbrott är mer uppenbart bedrägliga beteenden, såsom att vårdgivaren begär ersättning för åtgärder som överhuvudtaget inte utförts eller att patienten erhåller tandvården gratis eller med en kraftig rabatt samtidigt som vårdgivaren rapporterar in fullt pris till Försäkringskassan. Det sistnämnda sker mest när patienten befinner sig på den översta ersättningsnivån i högkostnadsskyddet, där ersättningen från tandvårdsstödet är 85 procent av referenspriset för behandlingen.

Denna analys fokuserar på den första typen av avsiktliga fel: överutnyttjande i form av överbehandling. Det är dock en utmaning att skilja på anledningarna till överutnyttjande: om det beror på slarv, överbehandling eller mer uppenbart bedrägligt beteende. I kapitel 3 i rapporten när vi beskriver vår metod för att undersöka förekomsten av överbehandling kommer vi att adressera denna fråga mer ingående.

Försäkringskassans senaste skattning (2023) är att cirka 430 miljoner av det statliga tandvårdsstödet betalades ut felaktigt under 2021. Det motsvarar 6,3 procent av försäkringsutgifterna för förmånen. Av de felaktiga utbetalningarna uppskattas 41 procent bero på avsiktliga fel, vilket motsvarar omkring 175 miljoner kronor.

Delegationen för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen (KUT-delegationen) uppskattade de felaktiga utbetalningarna till 302 miljoner kronor 2016, vilket motsvarade 5,5 procent av försäkringsutgifterna. Omkring två tredjedelar av dessa bedömdes vara misstänkt avsiktliga (Delegationen för korrekta utbetalningar för välfärdssystemen 2019, s. 142).

Försäkringskassans kontrollarbete

Försäkringskassan har tre kontrollfunktioner för att förhindra felaktiga utbetalningar av det statliga tandvårdsstödet:

- kontroll av vårdgivarna innan de får ansluta till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd
- en regelmotor som säkerställer att den tandvård som rapporteras in i systemet överensstämmer med regelverket
- efterhandskontroller av det tandvårdsstöd som har betalats ut.

En förutsättning för att begära ersättning från det statliga tandvårdsstödet är att vårdgivaren är ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd. För att bli ansluten måste vårdgivaren vara legitimerad tandläkare eller tandhygienist eller, genom anställning eller på annat sätt, anlita personal som är det. Vårdgivare som bedriver enskild näringsverksamhet ska vidare vara godkända för F-skatt. I ansökan ska vårdgivaren även lämna uppgift om särskilt angivna personer, bland annat personer med bestämmande inflytande över verksamheten.

Försäkringskassan kan neka anslutning om vårdgivaren inte uppfyller kraven, eller om de personer som vårdgivaren lämnar uppgift om tidigare varit vårdgivare eller varit verksam hos en vårdgivare som åsidosatt bestämmelser om vårdgivares skyldigheter gentemot det statliga tandvårdsstödet.

Nästa steg i Försäkringskassans kontrollarbete sker när vårdgivaren gör en ersättningsbegäran för utförd tandvård, det vill säga rapporterar in utförda tandvårdsåtgärder som berättigar till ersättning. En ersättningsbegäran innehåller bland annat uppgifter om patienten, vem som utfört tandvården, pris för behandlingen samt vilket tillstånd patienten har och vilka åtgärder som utförts.

Med några få undantag handläggs samtliga ansökningar och ersättningar i Försäkringskassans elektroniska system.¹⁰ Där görs ett stort antal maskinella kontroller av en regelmotor. De kontrollerna säkerställer att det endast går att få ersättning för tandvård som överensstämmer med regelverket.

I den automatiserade handläggningen kontrolleras bland annat att patienten är berättigad till statligt tandvårdsstöd, att behandlingen utförts av godkänd personal och att de inrapporterade åtgärderna är godkända för patienternas tillstånd utifrån TLV:s föreskrifter. Det kan också finnas begränsningar av hur ofta en åtgärd får göras per patient, utifrån tidsperiod, behandlare och/eller mottagning. I den automatiserade kontrollen ska vårdgivaren inte lämna in några underlag, såsom journalanteckningar och röntgenbilder, som visas att en inrapporterad åtgärd utförts eller att patienten har betalat för behandlingen.

Sista steget i kontrollarbetet är efterhandskontrollerna. De kan fånga upp sådant som inte kan kontrolleras maskinellt. Efterhandskontrollerna genomförs enbart på behandlingar som utförts på patienter som har kommit upp i högkostnadsskyddet. För de patienter som inte kommit upp i högkostnadsskyddet bedöms förekomsten av felaktiga utbetalningar vara liten, och beloppen som belastar det statliga tandvårdsstödet bedöms som låga.

I efterhandskontrollerna ska vårdgivaren skicka in dokumentation som visar patientens tillstånd och att den tandvård som vårdgivaren angett i sin ersättningsbegäran har utförts.

De olika typerna av efterhandskontroller

Riktade efterhandskontroller

Sedan 2017 riktar Försäkringskassan sina efterhandskontroller främst mot ärenden där det finns hög risk för systematiska och avsiktliga fel och där eventuella återkrav ger högre belopp. Det finns två typer av riktade kontroller mot sådana ärenden, där urval och omfattningen av kontrollen görs på två olika sätt.

Det första typen av riktad efterhandskontroll är en fördjupad kontroll av ärenden där det finns en förhöjd risk för felaktiga utbetalningar. Dessa ärenden identifieras genom en datadriven urvalsmodell för hur tandstödet används. Ärendena kan också identifieras genom information från tidigare

¹⁰ Försäkringskassan kan besluta att en vårdgivare ska begära förhandsprövning av varje enskilt ärende och då sker en manuell handläggning. Det kan ske ett efter ett föreläggande och då måste vårdgivaren förhandspröva om en viss behandling kan ge rätt till ersättning innan den utförs. Förhandsprövningen kan innebära att vårdgivaren först utför vården men vid varje ersättningsbegäran måste visa med underlag att tillstånd och åtgärd som inrapporteringen avser är korrekta. Försäkringskassan genomför också en manuell handläggning av ärenden om de till exempel är för sent inskickade eller om patienten saknar försäkringstillhörighet.

efterhandskontroller eller direkt från utredare, patienter eller andra myndigheter. Utredaren gör därefter en bakgrundsutredning för att bedöma risken för att det skett en felaktig utbetalning. Utredaren kan därefter initiera en eller flera efterhandskontroller.

Den andra typen av riktad efterhandskontroll baseras på ett patientbesök. Riskbedömningen är algoritmstyrd och ger alla inrapporterade patientbesök en riskpoäng. Försäkringskassan kontrollerar därefter ett antal av de patientbesök som har högst riskpoäng.

Sluppmässiga efterhandskontroller

Försäkringskassan gör också sluppmässiga efterhandskontroller utifrån ett stratifierat sluppmässigt urval som är representativt för den tandvård som utförs inom högkostnadsskyddet.¹¹ Det finns flera syften med de sluppbaserade efterhandskontrollerna. De har ett förebyggande syfte för att minska förekomsten av avsiktliga fel. De har också en ambition att lära vårdgivarna att göra rätt i ansökan för att minska oavsiktliga fel. Syftet är också att uppskatta hur stora de felaktiga utbetalningarna är och att uppdatera Försäkringskassans riskmodeller.

Det förekommer även att efterhandskontroller görs i utbildningssyfte av nyanställda utredare. Dessa består vanligtvis av enklare ärenden. Även de sker utifrån ett sluppmässigt urval.

Uppgifter som kontrolleras i efterhandskontrollerna

I efterhandskontrollerna utreder Försäkringskassan om det tandvårdsstöd som utbetalats till vårdgivaren var korrekt. Det sker med hjälp av journalanteckningar, röntgenbilder, fotografier och tandtekniska underlag som visar patientens tillstånd och att åtgärderna som är utförda berättigar till ersättning. Även ekonomiska omständigheter kontrolleras, till exempel att patienten betalat för behandlingen och att vårdgivarens debiterade pris stämmer med det som rapporterats in till Försäkringskassan.

Om Försäkringskassan upptäcker att det utbetalade tandvårdsstödet inte var berättigat, kan myndigheten göra ett återkrav. Återkravet kan antingen omfatta hela ersättningen eller enbart mellanskillnaden mellan den åtgärd som rapporterats in och en billigare åtgärd som kan sägas vara mer rimlig utifrån den behandling som har utförts.¹² Återkravet av ersättningen sker vanligtvis genom en kvittning mot framtida ersättningsanspråk. Men Försäkringskassan kan också begära in en återbetalning om man bedömer att återkravet inte kommer att kunna kvittas eller om det av annat skäl är olämpligt, till exempel om man kan misstänka att återkravet kommer att kvittas mot andra felaktiga utbetalningar.

Om en vårdgivare inte uppfyller sina skyldigheter och åsidosätter bestämmelserna i det statliga tandvårdsstödet så kan det bli aktuellt med sanktioner från Försäkringskassan. Det kan vara att rätten till ersättning ska

¹¹ En redogörelse för hur urvalet till de sluppmässiga efterhandskontrollerna går till finns i den tekniska bilagan i slutet av rapporten.

¹² För närvarande pågår ett arbete på Försäkringskassan kring denna fråga. Det kan leda till en förändring i hur återkrav hanteras och innebära att det blir ett återkrav för hela den felaktiga åtgärden och inte på mellanskillnaden mellan en dyrare och billigare åtgärd.

utredas innan tandvårdsstöd betalas ut (innehållande av tandvårdsersättning) eller innan vården utförs (föreläggande om förhandsprövning). Försäkringskassan kan också vid allvariga regelbrott besluta att vårdgivaren inte längre får vara ansluten till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstödet. Det innebär att vårdgivaren inte längre kan begära ersättning från det statliga tandvårdsstödet.¹³

¹³ Utöver sanktionerna kan Försäkringskassan göra anmäla vårdgivaren till polisen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO), samt meddela andra myndigheter (till exempel Skatteverket, Läkemedelsverket och Utbetalningsmyndigheten) när en vårdgivare allvarligt åsidosatt bestämmelserna för det statliga tandvårdsstödet.

Analys av överutnyttjande inom det statliga tandvårdsstödet

I det här kapitlet analyserar vi om det finns ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet som beror på överbehandling. Vi inleder med en diskussion ur ett teoretiskt perspektiv om varför det finns en risk för ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet. Därefter kommer vi att undersöka om det finns indikationer på ett överutnyttjande. Avslutningsvis följer en fördjupad diskussion om hur man ska tolka indikationerna avseende om det förekommer ett överutnyttjande.

Bakgrund: Orsaker till att det statliga tandvårdsstödet riskerar att överutnyttjas genom överbehandling

Det finns ett antal omständigheter som gör att det statliga tandvårdsstödet riskerar att överutnyttjas genom överbehandling. En är att tandvård är en tjänst där det kan uppstå utbudsstyrd efterfrågan, vilket kan leda till överbehandling oberoende av om tandvårdsstöd betalas ut. En annan är utformningen av det statliga tandvårdsstödet, framför allt att det bygger på åtgärdsersättning och att det finns ett högkostnadsskydd. Vi diskuterar varför dessa risker uppstår nedan.

Att det finns risker innebär dock inte att det verkligen sker ett överutnyttjande. Huruvida det sker, och i vilken utsträckning, beror också på hur vårdgivare och patienter väljer att agera. Deras beteenden kan också påverkas av hur Försäkringskassan utför sitt kontrollarbete.

Det kan även nämnas, även om vi inte diskuterar det explicit i detta kapitel, att TLV:s föreskrifter om hur det statliga tandvårdsstödet får användas påverkar riskerna och förekomsten av ett överutnyttjande. Detta eftersom de är utgångspunkten för hur Försäkringskassan bedriver sitt kontrollarbete.

Tandvård kan ge upphov till utbudsstyrd efterfrågan

En omständighet som innebär en risk för överbehandling är att tandvård är en tjänst där det kan uppstå utbudsstyrd efterfrågan. Utbudsstyrd efterfrågan innebär att en producent av en vara eller tjänst – i detta fall vårdgivaren – uppmuntrar till ytterligare efterfrågan av sin tjänst utöver konsumentens faktiska behov av tjänsten.

Ett exempel är när en konsument lämnar in sin bil på en verkstad för att reparera avgassystemet. Konsumenten har inte kunskap om alla moment som behöver genomföras eller vilka delar som behöver bytas ut. Konsumentens okunskap om exakt vad som behöver göras ger verkstaden utrymme att genomföra tjänster som konsumenten egentligen inte har behov av och sannolikt inte skulle ha efterfrågat, om hen hade haft samma kunskap som verkstaden.

På samma sätt har en vårdgivare inom tandvård vanligtvis ett informationsövertag gentemot patienten när det gäller dennes faktiska vårdbehov. Därför finns en möjlighet för vårdgivaren att utföra behandlingar som inte är nödvändiga och som patienten inte skulle ha efterfrågat om hen hade haft full information.

Åtgärdsersättning kan leda till fler och dyrare åtgärder

Det statliga tandvårdsstödet bygger på åtgärdsersättning, vilket innebär att ersättningen baseras på vilka och hur många åtgärder en vårdgivare utför. Åtgärdsersättning innebär att fler eller dyrare åtgärder ger större ersättning när de ersätts genom det statliga tandvårdsstödet, vilket utgör en risk för ett överutnyttjande.

Högekostnadsskyddet minskar patientens priskänslighet

Risken för överbehandling påverkas av patienternas vilja och förmåga att betala för tandvård, och ökar när patienten inte själv fullt ut betalar för den utförda tandvården.

En studie av abonnemangstandvård¹⁴ i Värmland visar att tandvårdskonsumtionen ökade för de individer som tecknat ett kontrakt (Grönqvist 2004). Konsumtionen för de som tecknat ett tandvårdsabonnemang ökade med mellan 51 och 84 procent beroende på analysmetod. Till viss del var den ökade konsumtionen dock ett resultat av en medveten strategi, då Folk tandvården i Värmland ville förbättra och förebygga patienternas tandhälsa. Studien visade också att patienterna som hade tandvårdsabonnemang ökade sin konsumtion av protetisk och reparativ tandvård i högre utsträckning jämfört med de patienter som inte hade abonnemang. Dessutom ökade antalet akutbesök för samma grupp patienter.

Högekostnadsskyddet i det statliga tandvårdsstödet minskar patientens kostnad för sin tandvårdskonsumtion, vilket i sin tur minskar patientens incitament att efterfråga mindre omfattande och mindre kostsamma behandlingar. Det öppnar upp för att individen efterfrågar mer omfattande tandvård än vad hen skulle gjort utan ett skydd mot höga tandvårdskostnader. Detta gäller även om högekostnadsskyddet innehåller en egenavgift.

Egenavgiften i högekostnadsskyddet¹⁵ minskar dock patientens incitament att efterfråga mer omfattande vård, jämfört med om vården varit helt avgiftsfri för patienten. Även att högekostnadsskyddet baseras på referenspriset minskar risken för ett överutnyttjande, eftersom det pris som vårdgivaren begär för behandlingen vanligtvis är högre än referenspriset.¹⁶ Gränserna för högekostnadsskyddet har dock inte förändrats sedan 2008, men

¹⁴ Abonnemanget, som var frivilligt, innebar att patienterna betalade en fast årlig avgift för den tandvård som rymdes inom ramen för avtalet. Avtalet löpte på två år.

¹⁵ Egenavgiften för patienten är 50 procent för kostnader mellan 3 000 och 15 000 kronor och 15 procent för kostnader som överstiger 15 000 kronor.

¹⁶ Skillnaden mellan referenspriset och det pris som vårdgivarna tar ut varierar kraftigt mellan olika åtgärder. Det finns även variationer mellan olika typer av vårdgivare (Folktandvården och privata) och inom landet. Generellt sett är skillnaden större hos privata vårdgivare än hos Folktandvården och större för dyrare behandlingar. Se Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2023) och Försäkringskassan (2022).

referenspriserna har ökat. Det innebär en viss förhöjd risk över tid för ett överutnyttjande jämfört med om högkostnadsskyddet hade räknats upp i motsvarande utsträckning som referenspriserna.

Genom högkostnadsskyddet öppnas möjligheten för att patientens och vårdgivarens intressen sammanfaller. Vårdgivaren har, genom sitt informationsövertag, möjlighet att utföra mer omfattande tandvård än vad som är motiverat utifrån patientens behov. Risken för att detta sker ökar om vårdgivaren drivs av att maximera sina intäkter. Patienten kan efterfråga mer tandvård än nödvändigt, eftersom högkostnadsskyddet står för en del av kostnaderna för behandlingen.

Det finns även en risk för ett överutnyttjande när patienten har ATB eller STB

Även om risken för överutnyttjande är störst för tandvårdsbehandlingar inom högkostnadsskyddet, finns den även för ATB och STB. STB behöver användas inom ett halvår och kan användas för flera besök. Om hela bidraget inte har nyttjats innan det löper ut kan det leda till att det används till onödigt omfattande behandlingar.

ATB går att spara för ett år och då kan man använda två ATB. ATB, även ett dubblerat, förfaller dock när det används för betalning av en åtgärd, oavsett priset för åtgärden. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) fann i en undersökning att patienter med ett dubbelt ATB på 1 200 kronor fick fler förebyggande åtgärder vid en basundersökning, jämfört med de patienter som hade ATB för enbart ett år (600 kronor) (se TLV 2019). Det fanns inga skillnader mellan patienter som hade ett ATB på 300 kronor och dem som hade ett dubbelt ATB-belopp på 600 kronor. När ATB-beloppet var på en nivå (1 200 kronor) så att det räckte till fler åtgärder än en basundersökning genomfördes alltså fler förebyggande åtgärder än i övriga fall.

Risken påverkas av hur Försäkringskassan genomför sitt kontrollarbete

Det finns en grundläggande risk för ett överutnyttjande eftersom Försäkringskassan inte gör den initiala bedömningen av hur stor tandvårdskonsumtion som är motiverad utifrån försäkringen, utan den bedömningen gör vårdgivaren. Försäkringskassan i egenskap av försäkringsgivare kan genom sitt kontrollarbete påverka vårdgivaren att agera utifrån försäkringens intention.

Försäkringskassans automatiserade handläggning av tandvårdsstödet kan i viss utsträckning genom sin regelmotor¹⁷ sålla bort tandvård som inte är ersättningsberättigad. Men vissa uppgifter som skulle minska risken för överutnyttjande inhämtas inte. Det är uppgifter som visar på patientens tillstånd (till exempel journalanteckningar och röntgenbilder) eller att vårdgivaren utfört en viss åtgärd (till exempel journaler eller uppgifter från tidsbokningssystemet). Vilka uppgifter som inhämtas i det elektroniska systemet måste dock vägas mot kostnaderna för en ökad administration av det statliga tandvårdsstödet, såväl hos Försäkringskassan som vårdgivaren. När det statliga tandvårdsstödet infördes 2008 fastslog riksdagen att vilka uppgifter som

¹⁷ Det kan till exempel gälla att vissa åtgärder inte kan kombineras eller måste utföras med ett visst tidsintervall. Dessa begränsningar regleras genom TLV:s föreskrifter.

inhämtas i den automatiserade handläggningen måste övervägas noga, så att de inte skapar en administrativ kostnad för vårdgivaren (prop. 2007/08:49, s. 100).

Även utformningen av efterhandskontrollerna och vilka uppgifter som inhämtas påverkar risken, liksom vilka konsekvenser upptäckta fel får. Vi kommer att återkomma till dessa frågor i kapitel 5 när vi diskuterar förslag på förändringar i Försäkringskassans kontrollarbete.

Metod: Hur undersöker vi om det finns ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet?

Det finns således en risk för att det statliga tandvårdsstödet överutnyttjas genom överbehandling. Tidigare studier har visat att det finns indikationer på att det faktiskt också sker ett överutnyttjande (se TLV 2019, Riksrevisionen 2017). Ett vanligt fel som upptäcks i efterhandskontrollerna är att den insända dokumentationen inte visar att den inrapporterade behandlingen fullt ut är motiverad utifrån patientens vårdbehov eller tillstånd (Försäkringskassan 2019, s. 4 och 2023, s. 8). Det indikerar att det sker ett överutnyttjande som beror på överbehandling, även om det också kan vara oavsiktliga fel.

Åtgärdsglidning och åtgärdsstapling

Vi undersöker om det finns ett överutnyttjande som beror på överbehandling genom att analysera i vilken utsträckning det förekommer åtgärdsglidning och åtgärdsstapling (se SOU 2024, s. 427f.).

Åtgärdsglidning innebär att vårdgivaren rapporterar in en mer omfattande och dyrare åtgärd än vad som utförts eller som var motiverad utifrån patientens behov. *Åtgärdsstapling* innebär att vårdgivaren rapporterar in en extra åtgärd vid ett besök som inte kan motiveras utifrån patientens behov.

Vi utgår här ifrån att åtgärdsglidning och åtgärdsstapling innebär en överbehandling.¹⁸ Det får som konsekvens att patienten betalar mer än nödvändigt för behandlingen. Om en del av kostnaden för överbehandlingen belastar tandvårdsstödet innebär det ett avsiktligt överutnyttjande av tandvårdsstödet. Om patienten inte har högkostnadsskydd eller använder något av tandvårdsbidragen till behandlingen är det fortsatt en överbehandling, men inte ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet.¹⁹

För att undersöka om det förekommer åtgärdsglidning som innebär ett överutnyttjande analyserar vi om det finns skillnader i hur olika åtgärder – med olika omfattning och referenspris – utförs beroende på om patienten har

¹⁸ Strikt definierat innebär överbehandling att behandlaren väljer att utföra en åtgärd som är mer omfattande och dyrare än vad som är kliniskt motiverat utifrån patientens behov. Det hade varit tillräckligt med att utföra en mindre omfattande åtgärd. I detta sammanhang betraktar vi även om behandlaren rapporterar in en mer omfattande och dyrare åtgärd än den som faktiskt utförts som överbehandling. Det innebär förvisso att patienten fått behandlingen, men utifrån den tandvård som rapporterats in till Försäkringskassan att betrakta som en överbehandling. Det har utförts en behandling men inte i den omfattning som rapporterats in. Sannolikt har patienten också betalat för den mer omfattande och dyrare åtgärden.

¹⁹ På sikt kan det dock bli ett överutnyttjande om patienten kommer upp i högkostnadsskyddet under ersättningsperioden.

högkostnadsskydd eller inte. Indikationen på ett överutnyttjande är om patienter med högkostnadsskydd får mer omfattande och dyrare åtgärder än patienter som inte har högkostnadsskydd.

För att undersöka om det förekommer åtgärdsstapling som innebär ett överutnyttjande har vi utgått ifrån patienter som i ett ärende²⁰ haft en basundersökning (åtgärdskod 101, 111 eller 112).²¹ Indikationen på ett överutnyttjande är om patienter med högkostnadsskydd i högre utsträckning får ytterligare åtgärder i samband med en basundersökning, jämfört med patienter som inte har högkostnadsskydd.

Vi kan påpeka redan här att indikationen – att det finns skillnader mellan patienter med och utan högkostnadsskydd – inte automatiskt innebär att det förekommer ett överutnyttjande. Indikationen kan bero på att patienter med sämre tandhälsa har ett större behov av mer omfattande åtgärder och därmed också i högre utsträckning också är patienter som har högkostnadsskydd.

Däremot, om vi inte ser någon indikation – kan vi säga att det inte förekommer överutnyttjande. Vi återkommer och utvecklar denna diskussion i den avslutande delen i detta kapitel.

Analysen när vi undersöker åtgärdsglidning fokuserar på vissa behandlingar

När vi analyserar åtgärdsglidning har vi valt att studera fem åtgärdsserier i det statliga tandvårdsstödet, som också är bland de mest förekommande behandlingarna inom tandvården. De fem åtgärdsserier som vi studerat är:

- avlägsnande av supragingival tandsten²² (åtgärd 207–209)
- sjukdoms- och smärtlindring (åtgärd 301–304)
- behandling av tandköttsinflammation och tandlossning (åtgärd 341–343)
- fyllning på framtand eller hörntand (åtgärd 701–703)
- fyllning på molar²³ eller premolar²⁴ tand (åtgärd 704–706).

Åtgärdsserierna innehåller behandlingar av olika omfattning som är kopplade till specifika tillstånd hos patienten. De olika åtgärderna i en åtgärdsserie har olika höga referenspriser.²⁵ Om patienten har tandsten kan behandlaren till exempel välja mellan tre olika åtgärder utifrån omfattning på behandlingen. I

²⁰ Ett ärende inbegriper de tandvårdsåtgärder som utförs inom ramen för det statliga tandvårdsstödet under ett patientbesök hos en behandlare.

²¹ Åtgärd 101 är basundersökning utförd av tandläkare, åtgärd 111 är basundersökning utförd av tandhygienist och 112 är basundersökning med fullständig parodontal undersökning utförd av tandhygienist. Dessa olika åtgärder går inte att kombinera i samma ärende.

²² Tandsten ovanför tandköttskanten.

²³ Stor bakre kindtand eller oxeltand.

²⁴ Främre kindtand.

²⁵ Referenspriset är priset enligt TLV:s referensprislista för 2024 för allmäntandvård. Det är detta pris som reglerar ersättningen för det statliga tandvårdsstödet. Det behöver dock inte vara det pris som patienten betalar för behandlingen.

tabellbilagan finns specificerat vad de olika åtgärderna i serierna innebär och vilket referenspris de har.

Åtgärderna i de undersökta åtgärdsserierna går inte att kombinera med varandra under en behandling av ett tillstånd. Behandlaren kan alltså inte först göra en åtgärd i åtgärdsserien och därefter göra en annan för samma tillstånd under samma besök.

I den automatiska handläggningen går det inte att fastställa om den utförda åtgärden var nödvändig utifrån patientens behov och intentionen i det statliga tandvårdsstödet. Om vårdgivaren rapporterar in den mest omfattade och dyraste åtgärden i serien som är förenlig med ett tillstånd hos patienten så kommer ersättningsbegäran att beviljas. I en efterhandskontroll kan dock bedömningen bli att tillståndet hos patienten inte var av sådan omfattning att det motiverade den specifika åtgärden, utan att en billigare och mindre omfattande åtgärd var mer ersättningsberättigad.

Ytterligare metodöverväganden

I analysen använder vi all utförd tandvård som rapporterats in till Försäkringskassan för 2023.²⁶ Valet av tidsperiod motiveras av att vi vill ha så aktuella data som möjligt, samt att perioden 2020 till 2022 är olämplig eftersom covid-19-pandemin i stor utsträckning påverkade besöken till tandvården. Det ska dock påpekas att vi även har analyserat mönstren i de undersökta behandlingarna från 2018 och framåt på liknande sätt som för 2023. Analyser på tidigare år visar inte på några noterbara skillnader i mönstren. Men det kan vara värt att uppmärksamma att användningen av den billigaste åtgärden har minskat över tid för de flesta av de åtgärdsserier som analyserats, samtidigt som de dyrare åtgärderna har ökat (se tabellbilaga).²⁷

De olika nivåerna av högkostnadsskyddet har slagits samman i redovisningen. Ett alternativ hade varit att dela upp högkostnadsgruppen i två grupper. Det är dock relativt få patienter i den högsta nivån av högkostnadsskydd, samtidigt som våra analyser visar på relativt små skillnader mellan de två nivåerna. Därför har vi valt att använda en tvådelad uppdelning: patienter med högkostnadsskydd jämfört med patienter som inte har högkostnadsskydd.

En fråga är om det i vår analys går att skilja ut överutnyttjande i form av överbehandling från de andra två kategorierna av felaktiga utbetalningar som diskuterades i kapitel 2. Vad gäller oavsiktliga fel, så bör dessa inte skilja sig åt beroende på om patienten har högkostnadsskydd eller ej, utan de bör sannolikt förekomma i båda patientgrupperna i samma utsträckning.

Däremot är det inte lika säkert att vårt tillvägagångssätt fullt ut kan ta hänsyn till om eventuella skillnader beror på överbehandling eller mer uppenbart bedrägliga beteenden, eftersom båda sannolikt är överrepresenterade bland patienter med högkostnadsskydd. De åtgärdsserier vi undersöker är dock

²⁶ Dock ingår inte behandlingar som görs inom ramen för abonnemangstadvård i siffrorna, eftersom dessa behandlingar inte räknas in i högkostnadsskyddet.

²⁷ Förändringen mellan 2018 och 2023 är störst i åtgärdsserien 341–343. Här har det skett en kontinuerlig minskning av den billigaste åtgärden från 72 procent till 65 procent av de totala åtgärderna som genomförs i denna åtgärdsserie. Med undantag av åtgärdsserien 704–706, som är oförändrad, är de billigaste åtgärderna i resterade tre åtgärdsserier år 2023 omkring tre procentenheter lägre än 2018.

generellt sett "billiga" åtgärder och därmed något mindre lockande för uppenbart bedrägliga beteenden.²⁸

Resultat 1: Patienter med högkostnadsskydd får oftare mer omfattande åtgärder

I tabell 1 nedan redovisas i vilken utsträckning patienter med och utan högkostnadsskydd får olika åtgärder ur de undersökta åtgärdsserierna. Åtgärderna längst till vänster i tabellen är de som har lägst referenspris i respektive åtgärdsserie.

I tre av de fem undersökta åtgärdsserierna får patienter som inte har högkostnadsskydd i klart högre utsträckning den billigaste åtgärden jämfört med patienter som har högkostnadsskydd. Det finns således indikationer på åtgärdsglidning. Tydligast är skillnaden för behandling av tandköttsinflammation och tandlossning (åtgärdsserie 341 till 343). I denna åtgärdsserie får 71 procent av patienterna som inte har högkostnadsskydd den billigaste åtgärden, medan motsvarande andel är 46 procent för patienter som har högkostnadsskydd.

I de två åtgärdsserier som avser fyllningar av ytor på tänderna (åtgärdsserierna 701 till 703 och 704 till 706) finns vissa skillnader, främst att den dyraste åtgärden i serien används i något högre utsträckning för patienter som har högkostnadsskydd. Men det sammanvägda mönstret i dessa åtgärdsserier ger inte någon indikation på överutnyttjande.

Det finns alltså i denna analys en indikation på överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet i tre åtgärdsserier (de tre första i Tabell 2), men inte i de två resterande.

²⁸ Därmed inte sagt att dessa åtgärder inte kan förekomma i mer uppenbart bedrägliga fall. Eftersom det görs många sådana här åtgärder kan det sammanlagt bli betydande summor.

Tabell 1 Andel åtgärder i en åtgärdsserie för patienter med och utan högkostnadsskydd, procent, 2023

Typ av patient	Specifika åtgärder i åtgärdsserien (den billigaste är det lägsta numret och står längst till vänster)			
	207	208	209	
Ej högkostnad	70	20	10	
Högkostnad	56	28	16	
	301	302	303	304
Ej högkostnad	64	30	5	0,5
Högkostnad	53	34	11	1,3
	341	342	343	
Ej högkostnad	71	29	0,3	
Högkostnad	46	52	1,5	
	701	702	703	
Ej högkostnad	39	34	27	
Högkostnad	37	31	31	
	704	705	706	
Ej högkostnad	28	46	26	
Högkostnad	28	42	30	

Källa: Försäkringskassans datalager (Store)

Ingen skillnad i åtgärdsglidning mellan privata behandlare och behandlare på Folktandvården

Finns det några skillnader i åtgärdsglidning om behandlaren finns på en privat klinik eller på Folktandvården? Ur ett teoretiskt perspektiv, som diskuterades ovan, ökar risken för en utbudsstyrd efterfrågan om utföraren vill maximera sina intäkter. Eftersom privata vårdgivare generellt sett har ett vinstintresse bör det hos dem finnas en högre risk för utbudsstyrd efterfrågan och i förlängningen överutnyttjande. Det betyder inte att överbehandling inte kan förekomma i Folktandvården. Ett produktionskrav på enskilda behandlare kan också skapa incitament för överbehandling.

I tabell 2 nedan redovisas vilka åtgärder som utförs i åtgärdsserierna uppdelat på om vårdgivaren är privat eller Folktandvården. Oavsett vårdgivarkategori är mönstret detsamma som tidigare. Det finns indikationer på ett överutnyttjande i samma tre åtgärdsserier som ovan och saknas indikationer i samma två åtgärdsserier. Det finns således inte några tydliga skillnader i indikationerna på åtgärdsglidning mellan privata behandlare och behandlare inom Folktandvården.

Tabell 2 Andel åtgärder i en åtgärdsserie för patienter med och utan högkostnadsskydd, uppdelat på vårdgivarkategori, procent, 2023

Vårdgivare	Typ av patient	Specifika åtgärder i åtgärdsserien (den billigaste är det lägsta numret och står längst till vänster)			
		207	208	209	
Privat	Ej högkostnad	69	21	10	
Privat	Högekostnad	56	29	15	
Folktandvården	Ej högkostnad	73	17	10	
Folktandvården	Högekostnad	62	21	17	
		301	302	303	304
Privat	Ej högkostnad	65	29	5	0,6
Privat	Högekostnad	54	33	12	1,2
Folktandvården	Ej högkostnad	62	33	4	0,5
Folktandvården	Högekostnad	52	38	9	1,2
		341	342	343	
Privat	Ej högkostnad	72	28	0,3	
Privat	Högekostnad	48	51	1,6	
Folktandvården	Ej högkostnad	64	36	0,2	
Folktandvården	Högekostnad	40	59	1,3	
		701	702	703	
Privat	Ej högkostnad	40	33	27	
Privat	Högekostnad	37	31	32	
Folktandvården	Ej högkostnad	37	36	27	
Folktandvården	Högekostnad	40	34	26	
		704	705	706	
Privat	Ej högkostnad	28	45	27	
Privat	Högekostnad	28	40	32	
Folktandvården	Ej högkostnad	25	51	24	
Folktandvården	Högekostnad	27	49	25	

Källa: Försäkringskassans datalager (Store)

Resultat 2: Patienter med högkostnadsskydd får i något högre utsträckning fler åtgärder vid en basundersökning

Totalt finns det cirka 3,3 miljoner ärenden med en basundersökning under 2023. I 65 procent av dessa ärenden utfördes ytterligare åtgärder i samband med basundersökningen. De klart vanligaste ytterligare åtgärderna var behandling av tandköttsinflammation och tandlossning samt avlägsnande av tandsten.²⁹ Andra vanliga åtgärder var olika röntgenundersökningar, kompletterande eller akut undersökning samt fluorbehandling.

I figur 1 nedan visas i vilken utsträckning patienter med och utan högkostnadsskydd fick ytterligare åtgärder i samband med sin basundersökning.³⁰ Det var 72 procent av patienterna med högkostnadsskydd

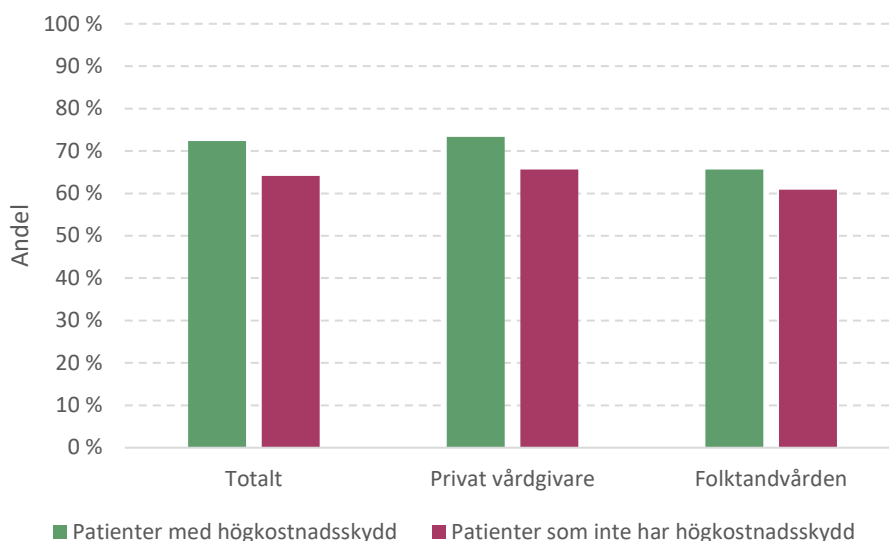
²⁹ Dessa åtgärder genomförs i ungefär 30 procent av alla ärenden där det förekommer ytterligare åtgärder.

³⁰ Cirka 10 procent av de analyserade ärendena gällde patienter med högkostnadsskydd, vilket innebär omkring 330 000 ärenden.

som fick ytterligare åtgärder, medan motsvarande andel för patienter utan högkostnadsskydd var 64 procent. Det finns således en viss indikation på åtgärdsstapling.

Skillnaden mellan de båda patientgrupperna var densamma för privata vårdgivare som för Folktandvården. Det var dock en något högre andel av samtliga patienter som fick ytterligare åtgärder hos de privata vårdgivarna.

Figur 1 Andel ytterligare åtgärder i samband med en basundersökning, uppdelat på vårdgivarkategori och patientgrupp, 2023



Källa: Försäkringskassans datalager (Store)

Diskussion: Finns det ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet?

Så här långt har vi konstaterat att patienter med högkostnadsskydd i högre utsträckning får ytterligare åtgärder i samband med en basundersökning och att de i högre grad får dyrare åtgärder i tre av de fem undersökta åtgärdsserierna. Vi kan därför säga att det finns en första indikation på att det förekommer åtgärdsglidning och åtgärdsstapling som innebär ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet.

Samtidigt är det inte orimligt att anta att patienter som har högkostnadsskydd också har sämre tandhälsa och ett större behov av tandvård jämfört med patienter utan högkostnadsskydd. Det skulle därför kunna förklara att patienter med högkostnadsskydd i högre utsträckning får mer omfattande åtgärder och fler åtgärder i kombination med en basundersökning. Det motsägs dock till viss del av att vi ser att patienter med högkostnadsskydd inte får dyrare och mer omfattande åtgärder när det gäller reparativa åtgärder (700-serierna) jämfört med patienter utan högkostnadsskydd. Rimligen borde vi sett samma mönster i dessa åtgärdsserier. Vi återkommer strax till en diskussion om vad som kan förklara att vi ser olika mönster.

En problematik när man ska bedöma om det förekommer ett överutnyttjande genom överbehandling är att vi inte riktigt vet vad som är en kliniskt motiverad tandvård och vad som är överbehandling. Den frågan har inget givet svar

utifrån den data vi använder, utan i så fall skulle man behöva göra en oberoende undersökning av hur stort behovet är utifrån patienternas tandhälsa och behov. Med andra ord har vi ingen oberoende bedömning om det förekommer överbehandling.

En utgångspunkt för att uppskatta ett rimligt vårdbehov kan vara att utgå ifrån den tandvård som patienter utan högkostnadsskydd får. Men vi kan inte vara säkra på att tandvården till patienter utan högkostnadsskydd inte är påverkad av en utbudsstyrd efterfrågan, och därför i viss utsträckning också kan utgöra en överbehandling.³¹

Om vi återvänder till de mönster vi observerade när det gäller åtgärdsglidning så behöver vi också resonera kring varför vi fick olika resultat avseende åtgärdsstapling som innebär en indikation på ett överutnyttjande i de fem undersökta åtgärdsserierna. Det finns några intressanta skillnader mellan de analyserade åtgärdsserierna som kan förklara detta.

För det första finns det i föreskrifter och stödmaterial om hur det statliga tandvårdsstödet ska tillämpas skillnader i hur strikta villkoren är för de olika åtgärderna i de analyserade åtgärdsserierna.³² I de tre åtgärdsserier där det finns en indikation på överbehandling genom åtgärdsglidning är det inte tydligt specificerat vilken åtgärd som ska användas.

I två av dessa åtgärdsserier där vi sett indikationer på överutnyttjande genom åtgärdsglidning är omfattningen av åtgärden avgörande för vilken åtgärd som är lämplig. För avlägsnande av tandsten (207–209) är tidsåtgången helt styrande för vilken åtgärd som väljs. För behandling av tandköttsinflammation och tandlossning (341–343) är tidsåtgången specificerad för åtgärd 343 (den dyraste) men i övrigt avgörs valet av åtgärd av hur omfattande behandlingen är. I den tredje åtgärdsserien – sjukdoms- och smärtlindring (301–304) – finns i föreskriften (HSLF-FS 2024:11) en uppräknning av olika typer av sjukdoms- och smärtbehandling för de olika åtgärderna. I TLV:s handbok (2024) till föreskriften skriver man vidare att det kan finnas andra typer av sjukdoms- och smärtbehandling som kan inrymmas i åtgärderna. Behandlingen kan också vara olika för varje enskilt patientfall. Således går det inte fullt ut att specificera vilken åtgärd i serien som ska utföras.

I de två åtgärdsserierna för fyllning av tänderna (701–703 och 704–706), där vi inte sett någon indikation på överutnyttjande genom åtgärdsglidning, är instruktionerna för vilken åtgärd som ska väljas tydligare specificerade. Valet avgörs av tandposition och av hur många ytor på tanden som fylls.

För det andra finns det också skillnader i vilka uppgifter som Försäkringskassan inhämtar i efterhandskontrollerna för de olika åtgärdsserierna. För åtgärdsserierna där vi ser en indikation på överutnyttjande utgår efterhandskontrollen i regel från beskrivningen av patientens tillstånd i journalen. Det finns inte så många andra underlag att utgå ifrån. Men för de reparativa åtgärderna, där vi inte ser någon indikation på överutnyttjande, inhämtas oftast ytterligare dokumentation, till exempel röntgenbilder.

³¹ Det är dock inte att betrakta som ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet eftersom det är patienten som står för kostnaden.

³² Se TLV:s kunskapsstöd [Kunskapsstödet - XWiki \(tlv.se\)](https://www.tlv.se/kunskapsstodet), föreskriften om statligt tandvårdsstöd (HSLF-FS 2024:11) och TLV:s handbok (2024) till föreskriften om statligt tandvårdsstöd

Till detta kan läggas att de mer omfattande åtgärderna för fyllning av tänderna i högre utsträckning godkänns vid en efterhandskontroll jämfört med de mer omfattande åtgärderna i de tre serier där vi ser indikationer på överutnyttjande.³³

Sammanfattningsvis finns det för de åtgärdsserier som har indikationer på överutnyttjande i form av åtgärdsglidning mindre tydliga ramar för vilken åtgärd i serien som får användas. Dessutom har Försäkringskassan sämre förutsättningar i en efterhandskontroll att bedöma om den valda åtgärden är motiverad utifrån patientens tillstånd.

Vår samlade bedömning utifrån denna studie och tidigare analyser är att det sannolikt finns ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet som beror på överbehandling. Det är dock svårare att fastställa omfattningen av den. Intressant är att det för vissa behandlingar inte finns några indikationer på överutnyttjande. Det kan förklaras av att det där finns tydliga beskrivningar av vilken åtgärd som ska utföras utifrån patientens tillstånd och att Försäkringskassan i efterhandskontrollen lättare kan bedöma om behandlingen var motiverad eller ej. Mellan behandlare på privata kliniker och inom Folk tandvården finns det inga tydliga skillnader.

³³ Beroende på åtgärdsserie är det minst dubbelt så vanligt att de mer omfattande åtgärderna (ej den billigaste) får avslag vid en efterhandskontroll för de tre åtgärdsserier där vi ser indikationer på ett överutnyttjande jämfört med de två åtgärdsserier där vi inte ser några indikationer på ett överutnyttjande.

Analys av efterhandskontrollernas påverkan på behandlarnas beteende

I det här kapitlet analyserar vi om Försäkringskassans efterhandskontroller påverkar vilken tandvårdsbehandling som behandlarna utför. Kapitlet inleds med en genomgång av andra studier, inom tandvårdsområdet men även inom andra områden, om hur efterhandskontroller kan påverka beteenden. Därefter beskriver vi hur vi går tillväga för att undersöka om efterhandskontrollerna påverkar behandlarnas beteende. Avslutningsvis redovisar vi resultaten av våra två analysmodeller.

Bakgrund: Studier visar att efterhandskontroller kan ha en beteendekorrigerande påverkan

Tidigare studier har visat att efterhandskontroller på olika sätt kan påverka beteenden och förhindra ett överutnyttjande av förmåner eller skatteavdrag.

I ett fältexperiment skickade Riksrevisionen (2017) ut ett brev till slumpvis utvalda tandläkarmottagningar med informationen att man skulle göra en efterhandskontroll av en viss åtgärd. Syftet var att undersöka om det fanns ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet. På de mottagningar som fått brevet minskade användningen av åtgärden som skulle kontrolleras, samtidigt som användningen av en billigare alternativ åtgärd ökade.

Riksrevisionens rapport fick dock kritik från Försäkringskassan och TLV eftersom de åtgärder (800 och 801) som Riksrevisionen undersökte inte är utbytbara mot varandra (Sveriges Riksdag 2017). Dessutom genomfördes granskningen i nära anslutning till förändringar i regelverket som kan ha påverkat vilken åtgärd man utförde.

I ett fältexperiment för tillfällig föräldrapenning för vård av sjukt barn (vab) fick en slumpmässigt utvald grupp av vårdnadshavare information om att förmånen skulle granskas mer än vanligt. Studien visade att uttaget av vab minskade i gruppen som fått informationen, medan det var oförändrat i gruppen som inte fått informationen (Engström m.fl. 2007).

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) gjorde 2014 också en analys av hur slumpmässiga kontroller påverkade uttaget av tillfällig föräldrapenning för vård av barn (vab). I analysen jämförde man en behandlingsgrupp (föräldrar som blivit kontrollerade) och en jämförelsegrupp (föräldrar som inte blivit kontrollerade). Analysen visade att behandlings- och jämförelsegruppen hade tagit ut lika många dagar med tillfällig föräldrapenning året före kontrollen. Efter kontrollen minskade uttaget av tillfällig föräldrapenning för behandlingsgruppen, men inte för jämförelsegruppen. Över tid minskade skillnaden mellan grupperna, men förändringen var statistiskt säkerställd i fyra månader.

Det finns också flera analyser som pekar på att kontroller kan ha preventiva effekter inom skatteområdet. Skatteverket gjorde 2022 en analys av

reseavdraget i inkomstdeklarationen. Den visade att de personer som fått sänkt reseavdrag till följd av en kontrollutredning yrkade på reseavdrag på en betydligt lägre nivå året därefter (Skatteverket 2022). Skatteverket har också gjort andra analyser som visar att skattekontroller har en positiv effekt på framtida regelefterlevnad, och de framhåller att den bilden bekräftas av det allmänna forskningsläget (Skatteverket 2018, 2019, 2021).

Metod: Hur undersöker vi om efterhandskontrollerna påverkar behandlarnas beteende?

För att undersöka om efterhandskontroller har en beteendekorrigerande effekt kommer vi att analysera om det finns skillnader i en behandlares beteende före och efter en efterhandskontroll. Det spelar ingen roll om behandlaren har gjort fel eller inte, eftersom vi främst är intresserade av den preventiva effekten av en efterhandskontroll. Hur vi definierar en behandlares beteende diskuteras några stycken längre ner i rapporten.

Vilka behandlare studerar vi?

Den grupp av behandlare där vi analyserar förändringar i beteendet kallar vi för undersökningsgruppen. De behandlare som ingår i undersökningsgruppen har haft en efterhandskontroll, som vi i mer metodtekniska termer betraktar som en intervention. Vi vill undersöka hur beteendet påverkas av denna intervention.

En omständighet som behöver hanteras metodmässigt är att det inte finns någon begränsning av hur ofta en behandlare kan få en efterhandskontroll inom en viss tidsperiod. För att ingå i undersökningsgruppen behöver behandlaren ha haft *en* efterhandskontroll, men ska inte ha haft några fler inom ett rimligt tidsintervall före och efter den efterhandskontroll som vi betraktar som interventionen. Annars kan beteendet hos behandlaren före och efter interventionen påverkas av de andra efterhandskontrollerna. Vi ställer därför tre krav på de behandlare som ska ingå i undersökningsgruppen:

- Behandlaren ska ha haft en efterhandskontroll som genomförts mellan februari 2023 och september 2023. Tidpunkten är vald för att inga slumpmässiga efterhandskontroller genomfördes under 2022. De återupptogs i februari 2023. Vi har också valt att så långt som möjligt undvika perioden som omfattar covid-19-pandemin, eftersom den påverkade efterfrågan på tandvård i stor utsträckning. Att perioden för efterhandskontrollen är något utsträckt i tid beror på att vi vill ha en tillräckligt stor undersökningsgrupp.
- Behandlaren får inte ha haft någon mer efterhandskontroll inom ett år efter den efterhandskontroll (interventionen) som vi vill studera effekten av. Anledningen är att en ytterligare efterhandskontroll i sin tur kan påverka beteendet.
- Behandlaren får inte ha haft någon efterhandskontroll ett år innan den efterhandskontroll (interventionen) som vi vill studera effekten av. Men beteendet ett år före kontrollen kan ändå vara påverkat av en annan, tidigare efterhandskontroll. Därför kommer vi i analysen att ta hänsyn till hur lång tid som gått sedan en eventuell tidigare efterhandskontroll.

Totalt ingår 1 513 behandlare i undersökningsgruppen. Av dessa är något mer än hälften inom privat sektor (53 procent) och något mindre än hälften (44

procent) återfinns inom Folk tandvården. Övriga (3 procent) är inom en annan vårdgivarkategori eller så saknas uppgift. Något mer än hälften (57 procent) av behandlarna i undersökningsgruppen har haft en slumpmässig efterhandskontroll och endast runt 5 procent av behandlarna har haft någon av de riktade efterhandskontrollerna. Resterande behandlare i undersökningsgruppen har haft en utbildningskontroll.

Urvalskriterierna innebär att de behandlare som har många efterhandskontroller inte finns med i analysen. De behandlare som återkommande bedömts ha en hög risk för felaktiga utbetalningar är därför inte med i undersökningen. Denna konsekvens är något som vi eftersträvat, eftersom vi vill undersöka påverkan av att ha fått en efterhandskontroll på de behandlare där det inte finns en hög risk för felaktiga utbetalningar.

Hur mäter vi en behandlares beteende?

De mått som vi använder för att mäta en behandlares beteende är följande:

- utbetalt statligt tandvårdsstöd för behandlaren per ärende³⁴
- hur ofta behandlaren använder den billigaste åtgärden (341) i åtgärdsserien 341–343 (behandlingar av tandköttsinflammation och tandlossning) samt i åtgärdsserien 207–209 (mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten).

Utbetalt statligt tandvårdsstöd innebär den summa som härrör från en behandlare (och indirekt till behandlarens patienter). Den summan ökar eller minskar sannolikt i takt med det antal ärenden en behandlare har och därför använder vi måttet utbetalt tandvårdsstöd per ärende.

Åtgärdsserien 341–343 använder vi för att den visade tydligast indikationer på ett överutnyttjande och är att betrakta som ett *must-likely case*. Med andra ord: Om efterhandskontroller har en beteendekorrigerande effekt sker den sannolikt i denna åtgärdsserie. Om vi inte kan observera några beteendeförändringar i den åtgärdsserien är det mindre sannolikt att det finns i de andra åtgärdsserier vi undersöker. Vi analyserar här i vilken omfattning behandlaren använder den minst omfattande och billigaste åtgärden i åtgärdsserien. Vi har dock valt att även inkludera åtgärdsserien 207–209 för att komplettera analysen. I den åtgärdsserien såg vi också indikationer på ett överutnyttjande.

Vi gör två analysvarianter

Vi kommer att göra två analyser för att undersöka om efterhandskontrollerna påverkar behandlarnas beteende.

Den första analysen gäller beteendet i hela undersökningsgruppen före och efter efterhandskontrollen, och beskriver om det har förändrats på något sätt. Denna analys kan inte göra anspråk på att beskriva en kausal effekt; vi kan inte dra slutsatsen att en eventuell förändring i hur mycket statligt tandvårdsstöd som betalas ut kan förklaras av efterhandskontrollen. Men den ger ändå en indikation på om beteendet förändras, vilket skulle kunna förklaras av efterhandskontrollen.

Den andra analysen syftar till att fastställa kausalitet, det vill säga om efterhandskontrollen har en effekt på behandlarens beteende. Här kommer vi

³⁴ Det är vårdgivaren som mottar tandvårdsstödet, men det utbetalda beloppet går att koppla till en behandlare.

att titta på effekterna för de behandlare i undersökningsgruppen som har haft en *slumpmässig* efterhandskontroll. Dessa behandlare kommer att jämföras med behandlare som inte blivit kontrollerade (som vi benämner jämförelsegrupp) inom samma tidsfönster.

Att denna andra analys enbart genomförs för de slumpmässiga efterhandskontrollerna är eftersom det bara är för dessa behandlare som vi kan identifiera en jämförelsegrupp. Kravet som vi ställt på behandlarna i jämförelsegruppen är att de ska ha haft samma sannolikhet att väljas ut till efterhandskontroll som behandlarna i undersökningsgruppen, men de ska inte ha kontrollerats. I de riskbaserade efterhandskontrollerna väljs behandlarna ut baserat på en riskfaktor. Det går inte att hitta en grupp med samma eller liknade riskfaktorer, men som inte blivit kontrollerade. Utbildningskontrollerna har vi valt att inte inkludera i denna analysdel eftersom det oftast är enklare ärenden, och behandlarna väljs inte ut till kontroll på ett lika strukturerat sätt som vid de slumpbaserade efterhandskontrollerna.

Studiedesignen i den andra analysen kan beskrivas som ett naturligt experiment, det vill säga en experimentliknande situation som uppstår i verkligheten genom en naturlig slumpvariation. Upplägget har likheter med ett randomiserat experiment. Vid den enklaste formen av ett randomiserat experiment slumpas en intervention ut, så att den ena gruppen får interventionen medan den andra gruppen inte får någon intervention. Eftersom interventionen delades ut slumpmässigt kan man säga att en eventuell skillnad i gruppernas genomsnitt av utfallsvariabeln beror på interventionen.

I ett randomiserat experiment hade upplägget varit att välja ut en grupp behandlare, där en del av gruppen får en efterhandskontroll medan resten av gruppen inte får det (och därmed fungerar som en jämförelsegrupp). Ett sådant upplägg är dock inte praktiskt möjligt, eftersom efterhandskontrollerna pågår kontinuerligt och experimentet hade haft för stor inverkan på den löpande verksamheten.

Istället utgår vi alltså från det stratifierade slumpmässiga urval som redan görs inför efterhandskontrollerna. Sannolikheten att en behandlare får en slumpmässig efterhandskontroll bestäms av hur många patienter man behandlar samt vilken typ av grupp (stratum) behandlaren tillhör. Vilket stratum en behandlare tillhör bestäms av behandlarens geografiska plats, vårdgivarkategori samt vilken nivå av högkostnadsskydd de behandlade patienterna har (se den tekniska bilagan för en beskrivning av stratumen). Sannolikheten för att kontrolleras blir därmed inte lika stor för samtliga behandlare, vilket skulle vara fallet i det allra enklaste randomiserade experimentet.

För att säkerställa att eventuella effekter beror på efterhandskontrollerna har en matchningsansats använts för att återskapa en experimentsituation. Här matchar vi kontrollerade behandlare (undersökningsgruppen) med icke-kontrollerade behandlare (jämförelsegruppen), så att de i varje stratumgrupp har så lika antal patienter som möjligt (jfr Imbens & Rubin 2015).

Skattningarna görs med en paneldatamodell med fixa effekter på den matchade datan. En utvidgad beskrivning av modellansatsen beskrivs i den tekniska bilagan.

Resultat: Det sker ingen förändring av beteendet efter efterhandskontrollen

Ingen av våra analyser på en genomsnittlig nivå visar att behandlarnas beteende förändrats efter en efterhandskontroll.

Resultat av den första analysen – hela undersökningsgruppen

I vår första analys av hur efterhandskontrollerna påverkar behandlarnas beteende har vi analyserat utfallsmåtten ett år före och ett år efter den efterhandskontroll som är interventionen.³⁵ Genom att undersöka beteendet under ett helt år hanterar vi problematiken att det finns säsongvariationer i behandlarnas verksamhet.

Totalt ingår 1 366 behandlare i denna analys. Det finns således ett bortfall från hela undersökningsgruppen³⁶, vilket beror på att vi har exkluderat behandlare som inte fått något utbetalt tandvårdsstöd efter interventionen.

I tabell 3 nedan redovisar vi hur mycket tandvårdsstöd som betalats ut per ärende, före och efter efterhandskontrollen för undersökningsgruppen. Det redovisas totalt samt uppdelat på vissa underkategorier: a) typ av efterhandskontroll, b) vårdgivarkategori, c) tid efter en eventuell tidigare efterhandskontroll och d) konsekvens av efterhandskontrollen.

Vi har gjort beräkningen efter efterhandskontrollen med bakgrund av att referenspriserna – som stödet baseras på – räknas upp varje år och generellt sett är något högre i perioden efter efterhandskontrollen jämfört med perioden före efterhandskontrollen.³⁷ Vi uppskattar den årliga prisökningen i referensprislistan till 4,5 procent,³⁸ och summorna för utbetalt tandvårdsstöd per ärende efter i den andra kolumnen i tabell 4 nedan har justerats nedåt i samma utsträckning.

Det finns inte någon tydlig förändring i undersökningsgruppens beteende efter efterhandskontrollen. Det utbetalda statliga tandvårdsstödet per ärende³⁹ har ökat med 12 kronor efter efterhandskontrollen. Det motsvarar en ökning på en procent. Jämför vi med samtliga behandlare i det till Försäkringskassan

³⁵ Eftersom undersökningsgruppen haft en efterhandskontroll vid olika tidpunkter är de grupperade månadsvis utifrån när efterhandskontrollen genomfördes, och därifrån analyseras beteendet ett år före och efter.

³⁶ Totalt ingår 1 513 behandlare i undersökningsgruppen.

³⁷ Beroende på när de enskilda behandlarna i undersökningsgruppen haft den efterhandskontroll som vi betraktar som interventionen, så ligger tidpunkten ett år före och efter i olika utsträckning på olika kalenderår. Men oavsett när behandlarna blir kontrollerade kommer det att vara en skillnad på ett års referensprislista mellan de ersättningar som betalas ut före kontrollen och de som betalas ut efter.

³⁸ Beräknat på några av de vanligaste åtgärderna har priserna i referensprislistan ökat med ungefär 4,5 procent mellan 2022 och 2023 respektive 2023 och 2024.

³⁹ Ärende innebär de åtgärder som utförts för ett patientbesök under samma dag.

inrapporterade tandvårdsstödet och deras utfall under samma tidsperiod⁴⁰ finns inte heller några markanta skillnader jämfört med undersökningsgruppen. För samtliga behandlare har utbetalt statligt tandvårdsstöd per ärende minskat med 15 kronor.

Det finns vissa mindre skillnader mellan olika underkategorier, men det finns ingen kategori i undersökningsgruppen där det utbetalda statliga tandvårdsstödet per ärende har minskat. Värt att notera är att ökningen är större för de behandlare i undersökningsgruppen där efterhandskontrollen ledde till ett återkrav, än för dem som inte fick något återkrav.

⁴⁰ Eftersom undersökningsgruppens efterhandskontroller har genomförts mellan februari 2023 och september 2023 har vi i jämförelsen med samtliga behandlare valt det datum som är mediandatumet för efterhandskontrollerna i undersökningsgruppen vilket är den 1 maj 2023. Samtliga behandlarnas beteende är således ett år före och ett år efter den 1 maj 2023. Det finns totalt 11 447 behandlare som ingått i den totala gruppen. De som inte haft något registrerat utbetalt statligt tandvårdsstöd före eller efter 1 maj 2023 har exkluderats från analysen. Även här tar vi hänsyn till att referenspriserna ökat.

Tabell 3 Utbetalt statligt tandvårdsstöd i undersökningsgruppen ett år före och ett år efter efterhandskontrollen

	Utbetalt tandvårdsstöd per ärende, före (kronor)	Utbetalt tandvårdsstöd per ärende, efter (kronor)	Utbetalt tandvårdsstöd per ärende, skillnad efter och före (kronor)
Totalt	933	945	12
Typ av efterhandskontroll ⁴¹			
Slump	937	947	10
Risk	1 309	1 358	49
Utbildning	881	890	9
Vårdgivarkategori⁴²			
Folktandvård	903	944	41
Privat	944	944	0
Tid efter eventuell tidigare efterhandskontroll⁴³			
24 månader eller mer	892	903	11
18 till 23 månader	1 065	1 079	14
12 till 17 månader	1 041	1 046	5
Konsekvens av efterhandskontrollen⁴⁴			
Återkrav	972	991	19
Ej återkrav	895	897	2

Källa: Försäkringskassans datalager (Store)

I tabell 4 nedan redovisas i vilken utsträckning den billigaste åtgärden används före och efter efterhandskontrollen för två åtgärdsserier: avlägsnande av tandsten (åtgärdsserie 207–209) och behandling av tandköttsinflammation och tandlossning (åtgärdsserie 341–343). Det finns ingen märkbar skillnad i undersökningsgruppens beteende före och efter efterhandskontrollen och inte heller i jämförelse med samtliga behandlare.

⁴¹ Det finns 772 behandlare som haft slumpmässiga efterhandskontroller, 70 som har haft riskbaserade och 524 som har haft utbildningskontroller.

⁴² Det finns 616 behandlare som jobbar inom Folktandvården och 735 privata. Dessutom finns 13 stycken som har annan vårdgivare och 2 där det inte finns någon uppgift (dessa grupper redovisas inte i denna uppdelning).

⁴³ Det finns 1 087 behandlare som har mer än 24 månader sedan sin tidigare kontroll, 131 som har 18 till 23 månader och 148 stycken som har 12 till 17 månader.

⁴⁴ Det finns 681 behandlare som fick återkrav och 685 som inte fick återkrav.

Tabell 4 Användandet av den billigaste åtgärden i en åtgärdsserie, i undersökningsgruppen och hos samtliga behandlare.

Åtgärdsserie	Grupp	Den billigaste åtgärdens andel av åtgärderna i serien, före efterhandskontrollen	Den billigaste åtgärdens andel av åtgärderna i serien, efter efterhandskontrollen
207–209	Undersökningsgrupp	74 %	73 %
	Samtliga behandlare	71 %	72 %
341–343	Undersökningsgrupp	72 %	73 %
	Samtliga behandlare	72 %	72 %

Källa: Försäkringskassans datalager (Store)

Resultat av den andra analysen – slumpmässiga efterhandskontroller

Resultaten från den andra analysen redovisas i tabell 5 nedan. I tabellens första kolumn skattas efterhandskontrollernas effekt på det totala beloppet utbetalt statligt tandvårdsstöd under månaden som kontrollen startar samt de tre efterföljande månaderna. Samtliga punktskattningar i denna kolumn indikerar att undersökningsgruppen (de som blivit kontrollerade) tar ut mellan cirka 97 och cirka 2 145 kronor mer än de i jämförelsegruppen under den studerade tidsperioden.⁴⁵ Dessa effektskattningar är mycket små och ingen av dem är signifikant skild från noll.⁴⁶

I den andra kolumnen är effekterna skattade på snittbeloppet per ärende.⁴⁷

Även här får punktskattningarna anses vara mycket små.

Genomsnittsbeloppen varierar från att undersökningsgruppen tar ut cirka 12 kronor mindre än jämförelsegruppen, till att undersökningsgruppen tar ut cirka 94 kronor mer per ärende. Ingen av dessa effekter är signifikanta, och punktskattningarna är mycket små.

I kolumn tre och fyra skattas efterkontrollernas effekter på benägenheten att ta ut den billigaste åtgärden för avlägsnande av tandsten och behandling av tandköttinflammation och tandlossning (åtgärdsserierna 207–209 och 341–343). Även i dessa beräkningar är effektskattningarna mycket små, och pendlar från en liten positiv till en negativ effekt. Inga av de skattade effekterna är signifikanta.

Eftersom samtliga effektskattningar är små och ingen är signifikant finner vi inget stöd för att slumpmässiga efterhandskontroller påverkar behandlarnas beteende, varken mätt som utbetalt statligt tandvårdsstöd eller som benägenhet att ta ut de dyrare behandlingsåtgärderna i en åtgärdsserie.

⁴⁵ Det ingår 334 behandlare i båda grupperna.

⁴⁶ Vi använder genomgående 5 % som signifikansnivå.

⁴⁷ Resultaten kan också i denna analys ha påverkats av att priserna i referensprislistan räknats upp. Dock borde det vara en mindre påverkan eftersom vi mäter effekten på en relativt kort tidsperiod efter efterhandskontrollen.

Tabell 5 Effektskattningar efter efterhandskontroll

	Utbetalt tandvårdsstöd (kronor)	Snittbelopp per ärende (kronor)	Användande av billigaste åtgärd för avlägsnande av tandsten (andel (%) 207 i serien 207–209)	Användande av billigaste åtgärd för behandling av tandköttsinflammation och tandlossning (andel (%) 341 i serien 341–343)
Kontrollmånad	1 157 (1 015)	-12 (43)	0,01 (0,02)	0,00 (0,02)
En månad efter	2 145 (1 152)	22 (41)	-0,01 (0,03)	-0,02 (0,02)
Två månader efter	1 950 (1 131)	94 (53)	0,02 (0,03)	-0,00 (0,02)
Tre månader efter	97 (1 120)	84 (47)	0,01 (0,03)	0,00 (0,02)

Källa: Försäkringskassans datalager (Store). Not: Standardfelen är i parentes och är klustrade på behandlamivå.

Avslutande diskussion

Vår studie visar att det finns indikationer på ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet i form av överbehandling. Studien visar inte att efterhandskontrollerna påverkar behandlarnas beteende och därmed inte genomsnittligt minskar förekomsten av överbehandling. Effektmässigt har vi bara undersökt det för de slumpmässiga efterhandskontrollerna, men resultatet i övrigt ger inte någon indikation på att de andra typerna av efterhandskontroller skulle ha någon annan effekt. Vi vill här dock påpeka att vi inte har undersökt effekten av efterkontroller på de behandlare som har en hög risk för felaktiga utbetalningar. Efterhandskontroller skulle kunna ha en beteendekontrollerande effekt på dem.

Det kan finnas förklaringar till att vi inte ser någon påverkan på behandlarnas beteende. En förklaring kan vara hur återkraven vid en felaktig utbetalning hanteras. ISF (2024, s. 91–94) lyfter i sin granskningsrapport om Försäkringskassans efterhandskontroller att vissa återkrav hanteras på ett problematiskt sätt. När Försäkringskassan fastställer att en vårdgivare använt en åtgärd som var för omfattande sker ett återkrav på mellanskillnaden mellan den dyrare och den billigare åtgärden. I de fall där högkostnadsskyddet ger ersättning till 50 procent av referenspriset innebär detta att vårdgivaren behöver betala tillbaka hälften av skillnaden i pris mellan åtgärderna till Försäkringskassan. Men det finns inga regler som säger att vårdgivaren ska betala tillbaka den andra hälften till patienten. Om vårdgivaren inte gör det har patienten fortfarande betalt sin andel för den dyrare åtgärden, och vårdgivaren får alltså fortfarande en högre intäkt än om hen hade rapporterat in en korrekt åtgärd från början (se ISF 2024, s. 93–94). ISF (2024, s. 93) konstaterar att "det i princip är riskfritt för vårdgivaren att välja att rapportera in en mer kostsam åtgärd än den som borde eller har utförts." Vi återkommer till denna diskussion i slutet av detta kapitel, när vi diskuterar åtgärder som kan minska och förebygga ett överutnyttjande.

En annan förklaring till att vi inte ser någon påverkan på behandlarnas beteende skulle kunna vara att beteendet påverkas av vetskapen om att det förekommer efterhandskontroller. En faktisk efterhandskontroll har kanske då ingen ytterligare effekt.

Naturligtvis kan frånvaron av ett förändrat beteende också bero på att överbehandling inte förekommer i så stor utsträckning att det påverkas av efterhandskontrollerna. Som diskuterades tidigare i slutet av kapitel 3 är det svårt att mäta omfattningen av överutnyttjande, eftersom det är problematiskt att hitta en referenspunkt för vad som är en "normal" konsumtion av tandvård, där det inte finns några som helst inslag av överbehandling.

För att sammanfatta har vi i vår studie konstaterat att det finns risker som gör det statliga tandvårdsstödet sårbart för överutnyttjande genom överbehandling. Vi har också sett indikationer på ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet, främst genom åtgärdsglidning. Vi har inte sett att efterhandskontrollerna har någon påverkan på behandlarnas beteende. Frågan är vilka åtgärder som kan övervägas för att minska riskerna för och förhindra ett överutnyttjande.

I diskussionen om det kommer vi inte att beröra det statliga tandvårdsstödet grundläggande konstruktion, eftersom det aktualiserar överväganden kopplade till syftet med tandvårdsstödet, nämligen att det ska stimulera till regelbundna tandvårdsbesök och ge ett skydd mot höga tandvårdskostnader. Riskerna för ett överutnyttjande är i det här sammanhanget något som instruktionerna för hur tandvårdsstödet och Försäkringskassans kontrollarbete behöver förhålla sig till. Därför kommer vi att främst att resonera kring förändringar som kan påverka hur systemets aktörer – patienter, vårdgivare och Försäkringskassan – agerar, och som därmed kan minska risken för ett överutnyttjande.

Vi har identifierat fem möjliga förändringar som kan minska riskerna för ett överutnyttjande:

1. mer information till patienterna
2. tydligare regler och instruktioner för hur det statliga tandvårdsstödet får användas
3. krav på mer dokumentation när vårdgivarna gör en ersättningsbegäran
4. inhämtning av mer dokumentation i efterhandskontrollerna
5. hårdare konsekvenser när fel upptäcks i efterhandskontrollerna.

1. Mer information till patienterna

Det har under flera år funnits en pågående diskussion om att ge patienterna mer information om användningen av det statliga tandvårdsstödet. Ämnet har återigen lyfts i nyligen publicerade rapporter och utredningar. Ett förslag är att Försäkringskassan i samband med utbetalning av statligt tandvårdsstöd ska ge patienten information om vilken tandvård vårdgivaren har rapporterat in, samt hur patienten har använt tandvårdsstödet (SOU 2024, s. 432–437, se också ISF 2024, s. 146). Det ger patienten möjlighet att reagera på felaktigheter. Det har sannolikt också en preventiv effekt, då behandlaren vet att patienten får informationen. Det kan dessutom leda till en ökad kunskap hos patienten om vilka diagnoser och behandlingar som hen har fått samt hur tandvårdsstödet är uppbyggt. Att i högre grad informera patienten om ersättningen från det statliga tandvårdsstödet är något som Försäkringskassan för närvarande utreder (se Försäkringskassan 2024, s. 8).

2. Tydligare regler för hur det statliga tandvårdsstödet får användas

Nästa förändring som kan övervägas gäller föreskrifterna och stödmaterialet om hur det statliga tandvårdsstödet får användas. Vår analys indikerar att ett överutnyttjande är vanligare vid de behandlingar där TLV:s föreskrifter och stödmaterial är mindre tydliga i beskrivningen av de tillstånd som motiverar en specifik åtgärd.

Man kan begränsa åtgärdsglidning genom att göra instruktionerna för när olika åtgärder ska användas mer detaljerade. Det måste dock vägas mot att instruktionerna behöver vara enkla att ta till sig. Dessutom är sannolikt vissa tillstånd hos patienten svåra att definiera så exakt att de tydligt kan kopplas ihop med en specificerad åtgärd.

För åtgärdsstapling finns det begränsningar när det gäller att kombinera olika åtgärder. Men man kan också överväga att begränsa hur ofta en viss åtgärd får användas under en patients ersättningsperiod.

3. Krav på mer dokumentation vid ersättningsbegäran

Ett tredje övervägande är att kräva in uppgifter av vårdgivaren vid ersättningsbegäran som visar att behandlingen har utförts och är kliniskt motiverad utifrån patientens tillstånd. Det kan handla om ett tydliggörande av vem som utfört behandlingen, utdrag ur journalen och underlag som styrker att patienten har betalat för tandvården (se också ISF 2024, s. 131 och SOU 2023, s. 205 och 219).

Här måste man väga in den ökade administration som det innebär för både vårdgivarna och Försäkringskassan. En utgångspunkt när det statliga tandvårdsstödet utformades 2008 var att det nya systemet inte skulle leda till en tids- och resurskrävande administration för vårdgivare och Försäkringskassan (prop. 2007/08:49, s. 49–50 samt kapitel 20, se också Försäkringskassan 2024, s. 4).

4. Begära in mer dokumentation i efterhandskontrollerna

Ett fjärde övervägande är vilka uppgifter som ska begäras in från vårdgivaren i efterhandskontrollerna av vissa behandlingar. Ett exempel är de behandlingar där tidsåtgången är styrande för omfattningen av åtgärden. Där skulle Försäkringskassan kunna begära in uppgifter från tidsbokningssystemet. I dagsläget går det dock inte att säkerställa att inga ändringar görs i tidsbokningssystemet i efterhand.

Att begära in mer underlag måste dock vägas mot att efterhandskontrollerna är tids- och resurskrävande. Man kan här tänka sig en kompromiss: Om utökade underlag krävs in för vissa ärenden kan det på sikt få en preventiv effekt, genom att vårdgivarna görs mer medvetna om att de kan få en utökad kontroll. Om man samtidigt kräver in fler underlag redan *före* utbetalningen, på det sätt som diskuterades ovan, skulle det minska sannolikheten för felaktiga utbetalningar för vissa ärenden. Det skulle leda till ett minskat behov av efterhandskontroller för dessa ärenden, vilket kan frigöra resurser.

5. Hårdare konsekvenser när fel upptäcks i efterhandskontrollerna

Ett femte övervägande är vilka konsekvenser felaktigheter som upptäcks i efterhandskontrollerna ska få för vårdgivaren. Som diskuterades ovan leder hanteringen av återkraven inte alltid till några ekonomiska konsekvenser för vårdgivaren. Tydligare ekonomiska konsekvenser när fel upptäcks har sannolikt en preventiv effekt och minskar risken för ett överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet.

Försäkringskassan utreder för närvarande att återkraven inte längre ska baseras på mellanskillnaden mellan det åtgärd som rapporteras in och en billigare åtgärd som Försäkringskassan vid en efterhandskontroll ansågs vara ersättningsberättigad. Istället skulle återkravet kunna omfatta hela kostnaden för den inrapporterade åtgärden, och som i efterhandskontrollen inte bedömdes som ersättningsberättigad. Med andra ord, att Försäkringskassan inte byter ut den åtgärd som vårdgivaren yrkat ersättning för till en annan billigare åtgärd.

Ett förslag som lämnats av 2021 års bidragsbrottsutredning och som även förespråkas av ISF är att det införs en administrativ sanktionsavgift när fel upptäcks vid en efterhandskontroll (se ISF 2024, s. 144, se också SOU 2022, s. 376–379). Försäkringskassan (2024, s. 4) ställer sig positiv till att det införs administrativa sanktionsavgifter.

Ett annat övervägande är att använda sanktioner, såsom förhandsprövning eller att avansluta vårdgivaren från systemet för statligt tandvårdsstöd, i högre utsträckning än i dag när vårdgivaren i upprepade fall begär ersättning för fler eller dyrare åtgärder än vad som är befogat.

Referenser

Delegationen för korrekta utbetalningar för välfärdssystemen (2019). Samlande åtgärder för korrekta utbetalningar från välfärdssystemet. Rapport 4: Läckaget i välfärdssystemet.

Ekonomistyrningsverket (2021). Rapport – Underlag inför 2022 års omfattningsstudier, ESV 2021:37.

Engström, P, Hesselius, P och Persson M (2017). Överanvändning i tillfällig föräldrapenning för vård av barn. IFAU 2016:9.

Ferraro, P. J., & Miranda, J. J. (2017). "Panel data designs and estimators as substitutes for randomized controlled trials in the evaluation of public programs", *Journal of the Association of Environmental and Resource Economists*, 4 (1), 281-317.

Försäkringskassan (2017a). Handlingsplan för att motverka felaktigheter, överutnyttjande och bedrägerier inom det statliga tandvårdsstödet, beslutad den 15 juni 2017.

Försäkringskassan (2017b). Hur kan Försäkringskassan bli bättre på att motverka överutnyttjande och bedrägeri och statligt tandvårdsstöd, Socialförsäkringsrapport 2017:10.

Försäkringskassan (2019). Felaktiga utbetalningar från statligt tandvårdsstöd, PM 2019:5.

Försäkringskassan (2021). Biter åtgärderna? En analys av effekterna av ett nytt arbetssätt för kontroll inom tandvårdsstödet – slutsatser och förslag (PM 2021i:5).

Försäkringskassan (2022). Höga priser motverkar tandvårdens högkostnadsskydd, Korta analyser 2022:6.

Försäkringskassan (2023). Felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd, PM 2023:5.

Försäkringskassan (2024). Svar på ISF rapport: Rapport 2024:6 – Utmaningar i kontrollen av tandvårdsstödet – En granskning av Försäkringskassans arbete för att motverka felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd, FK 2023/005514.

Grönqvist, E. (2004). *Selection and Moral Hazard in Health Insurance. Taking Contract Theory to the Data*. Stockholm: Stockholm School of Economics.

HSLF-FS (2024:11). Föreskrifter om ändring i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd. Beslutad den 27 maj 2024.

Imai, K. et al. (2023) Matching Methods for Causal Inference with Time-Series Cross-Sectional Data. *American journal of political science*. 67 (3), 587–605.

Imbens, G.; Rubin, D. Causal Inference for Statistics, Social and Biomedical Sciences: An Introduction. Cambridge: Cambridge University Press, 2015.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) (2014). Effekter av slumpmässiga kontroller på vab-uttaget, Rapport 2014:15.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) (2024). Utmaningar i kontrollen av tandvårdsstödet – En granskning av Försäkringskassan arbete för att motverka felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd, Rapport 2024:6.

Proposition 2007/2008:49. Statligt tandvårdsstöd. Socialdepartementet.

Riksrevisionen (2017). Överanvändning av tandvårdsstödet till följd av överbehandling (RIR 2017:19).

Rubin, D. (2007). "The design versus the analysis of observational studies for causal effects: parallels with the design of randomized trials", Stat Med. Jan 15;26(1):20–36.

Rubin, D. (2008). "For Objective Causal Inference, Design Trumps Analysis", The annals of applied statistics. 2 (3), 808–840.

Skatteverket (2018). Skattekontroll, moral och regelefterlevnad, 2018-09-09.

Skatteverket (2019). Effekten av revision på små och medelstora företag på regelefterlevnaden, 2019-10-14.

Skatteverket (2021): Effekten av slumpkontroller av momsutbetalningar, 2021-12-06.

Skatteverket (2022). Kontroll av reseavdrag och regelefterlevnad: effekten av ett beslut om sänkt avdrag. 2022-09-20.

SOU 2022:37. Stärkt arbete med att bekämpa bidragsbrott – Administrativt sanktionssystem och effektivare hantering av misstänkta brott.

SOU 2023:82. Ökad kontroll över tandvårdssektorn.

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

Sveriges Riksdag, skrivelse 2017/18:65. Riksrevisionens rapport om överutnyttjande av tandvårdsstödet till följd av överbehandling.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2019). Konsekvenserna av höjningen av det allmänna tandvårdsbidraget i april 2018.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2023). Uppföljning av tandvårdsmarknaden mellan 2019 och 2022.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2024). Handbok till HSLF-FS 2024:11, TLV:s föreskrifter om statligt tandvårdsstöd, TLV 04236/2024. Version 16.0.

Wooldridge, J. (2021). Two-Way Fixed Effects, the Two-Way Mundlak Regression, and Difference-in-Differences Estimators, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3906345

Tabellbilaga

Åtgärd 207 till 209

Dessa åtgärder används för avlägsnande av tandsten på tänder eller implantat som en hälsofrämjande insats. Åtgärderna är kopplade till ett specifikt tillstånd (tandsten på tänder eller implantat) och omfattningen av åtgärden är kopplad till tidsåtgång.

Tabell 6 Referenspriser för åtgärdsserie 207–209

Åtgärd	Referenspris
207 Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten	330
208 Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten, omfattande	640
209 Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten, särskilt tidskrävande	990

Åtgärd 301 till 304

Dessa åtgärder är avsedda för olika typer av sjukdoms- och smärtbehandling och kan utföras för flera olika tillstånd. Vilken åtgärd som används är kopplat till olika tillstånd hos patienten.

Tabell 7 Referenspriser för åtgärdsserie 301–304

Åtgärd	Referenspris
301 Sjukdoms- eller smärtbehandling, mindre omfattande	480
302 Sjukdoms- eller smärtbehandling	905
303 Sjukdoms- eller smärtbehandling, omfattande	1 340
304 Sjukdoms- eller smärtlindring, särskilt tidskrävande	2 000

Åtgärd 341 till 343

Dessa åtgärder används vid gingivala (tandköttsinflammation) eller paradontala (tandlossning) problem eller vid inflammation i vävnaderna kring implantat. Vilken åtgärd som används beror på hur omfattande problemen är och på tidsåtgång för behandlingen.

Tabell 8 Referenspriser för åtgärdsserie 341–343

Åtgärd	Referenspris
341 Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, mindre omfattande	640
342 Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, omfattande	1 245
343 Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, särskilt tidskrävande	1 875

Åtgärd 701 till 703

Dessa är åtgärder för fyllning på en framtand eller hörntand i olika omfattning. För tillstånd som föranleder dessa åtgärder kan man även använda åtgärd 707, som är en krona i plastiskt material. Men åtgärd 707 kan också användas för tillstånd som är kopplade till åtgärderna 704 till 706 (se nedan). Mot bakgrund av detta och att 707 inte används i så stor utsträckning har vi valt att exkludera den från framställningen.

Tabell 9 Referenspriser för åtgärdsserie 701–703

Åtgärd	Referenspris
701 Fyllning av en yta på framtand eller hörntand	720
702 Fyllning av två ytor på framtand eller hörntand	1 145
703 Fyllning av tre eller fler ytor på framtand eller hörntand	1 405

Åtgärd 704 till 706

Åtgärderna används för fyllning på en premolar eller molar.

Tabell 10 Referenspriser för åtgärdsserie 704–706

Åtgärd	Referenspris
704 Fyllning av en yta på molar eller premolar	925
705 Fyllning av två ytor på molar eller premolar	1 355
706 Fyllning av tre eller fler ytor på molar eller premolar	1 805

Användning av åtgärdsserierna – utveckling över tid

Tabell 11 visar i vilken utsträckning åtgärderna i de olika åtgärdsserierna har använts i det tandvårdsstöd som rapporterats in till Försäkringskassan mellan 2018 och 2023. Den åtgärd som har det lägsta numret i varje serie är den billigaste åtgärden.

Tabell 11 Användning av åtgärder i en åtgärdsserie, 2018–2023, procent

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2023
Åtgärdsserie 207–209							
Å207	71	70	70	68	67	68	
Å208	20	20	20	21	22	21	
Å209	9	10	10	11	11	11	
Åtgärdsserie 301–304							
Å301	64	63	63	62	62	61	
Å302	31	31	31	31	31	31	
Å303	5	6	6	6	6	7	
Å304	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,7	

Forts. Tabell 11

Åtgärdsserie 341–343						
Å341	72	70	69	67	65	65
Å342	28	29	31	32	34	35
Å343	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,6
Åtgärdsserie 701–703						
Å701	42	41	39	39	39	38
Å702	33	33	33	33	33	33
Å703	25	26	28	28	28	29
Åtgärdsserie 704–706						
Å704	28	28	27	28	28	28
Å705	45	45	45	45	45	45
Å706	26	27	28	28	28	28

Teknisk bilaga

Den tekniska bilagan beskriver den metod som använts till den andra analysen i kapitel 4. Frågeställningen som studeras där är av kausal natur: Det som vi söker är hur behandlare *påverkas* av att kontrolleras. Traditionellt sett undersöker man påverkan genom ett randomiserat experiment. Vid den enklaste formen av randomiserade experiment slumpas en intervention ut, så att den ena gruppen drabbas av interventionen och den andra inte drabbas av den. Därefter jämförs utfallet i någon variabel mellan de två grupperna. Eftersom interventionen delades ut slumpmässigt kan man sluta sig till att en skillnad mellan gruppernas genomsnitt av utfallsvariabeln beror på interventionen.

För att kunna studera data som om det vore ett experiment har vi använt en matchningsansats. Ansatsen återskapar den experimentsituation som finns "dold" i datan. Därefter har vi tillämpat en särskild *difference-in-difference*-skattare på datan för att skatta effekten av att bli kontrollerad. För att förstå matchningsansatsen och *difference-in-difference*-skattaren behöver man även förstå hur urvalet till slumpkontrollerna går till. Därför börjar den tekniska bilagan med en beskrivning av detta, för att sedan mynna ut i en beskrivning av matchningsansatsen och skattaren.

Hur urvalet till slumpkontrollerna går till

Strikt taget är det inte behandlarna som väljs ut till slumpkontroll, utan deras ersättningsperioder. Ersättningsperioderna väljs ut inom nio olika stratum. Antalet möjliga ersättningsperioder som kan väljas varierar mellan stratumen, och det gör även antalet ersättningsperioder som faktiskt väljs. En ersättningsperiod löper under ett år och kan starta när som helst under året. Varje patient har en kopplad ersättningsperiod. Stratumen är definierade utifrån geografisk plats, vårdgivarkategori samt nivå av högkostnadsskydd. Hur de olika stratumen är definierade redovisas nedan i tabell 12.

Tabell 12 **Stratumens definitioner**

Stratum	Geografisk Plats	Vårdgivarkategori	Högkostnadsskydd
204	Ej Storstad	Region	3 001–15 000 kr
205	Ej Storstad	Privat	3 001–15 000 kr
214	Storstad	Region	3 001–15 000 kr
215	Storstad	Privat	3 001–15 000 kr
304	Ej Storstad	Region	>15 000kr
305	Ej Storstad	Privat	>15 000kr
314	Storstad	Region	>15 000kr
315	Storstad	Privat	>15 000kr
6	-	Övrig	-

Ersättningsperioder slumpas ut till kontroll två gånger per år (under 2023 var detta i februari och i september). De som studeras i denna studie är de som

valdes ut till kontroll februari 2023. De startade mellan 1 juli 2022 och 1 januari 2023. Tandläkarna kontrollerades mellan februari och september 2023.

Beskrivning av matchningsansatsen

Behandlarna väljs ut till kontroll på ett sätt som liknar det randomiserade experimentet, men det är inte identiskt. Olika behandlare har olika många patienter från olika stratumgrupper. Sannolikheten att väljas ut till kontroll beror på antalet patienter som en tandläkare har haft i respektive stratumgrupp. Därmed varierar sannolikheten mellan de olika behandlarna. Om vi skulle jämföra de behandlare som kontrollerats med alla dem som inte kontrollerats skulle eventuella skillnader därför kunna bero på något annat än att de har kontrollerats.

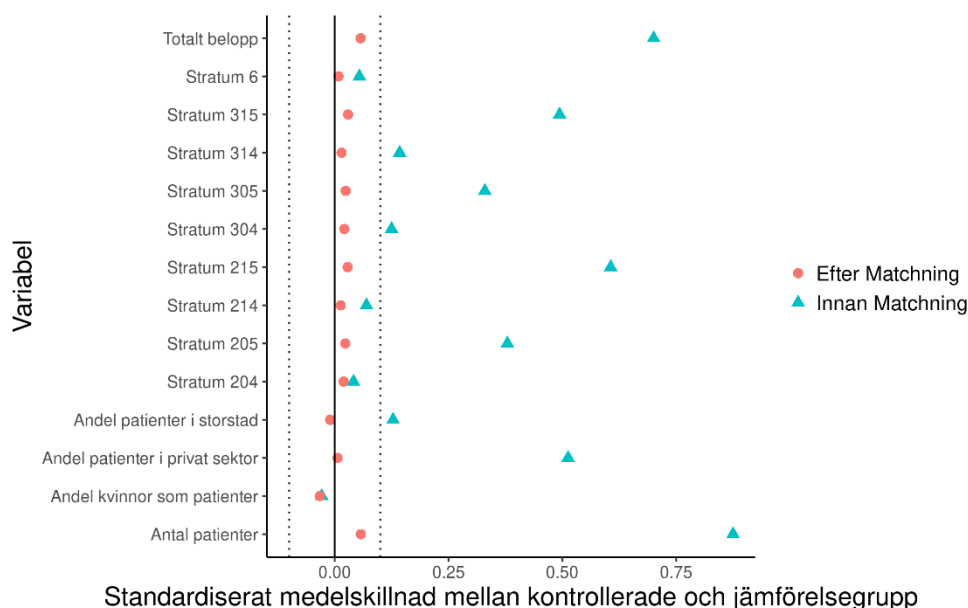
För att säkerställa att eventuella effekter beror på kontrollerna har vi använt en matchningsansats för att efterlikna en experimentsituation. Det enda som systematiskt skiljer undersökningsgruppen (de kontrollerade) från jämförelsegruppen (de icke-kontrollerade) innan kontrollerna påbörjats, är att behandlarna i undersökningsgruppen i regel har haft fler patienter från respektive stratumgrupp. Om vi tar hänsyn till denna systematiska skillnad är de båda grupperna i snitt identiska innan kontrollerna påbörjas. Det gör vi med hjälp av en matchningsansats.

Varje kontrollerad behandlare har matchats med *en* icke-kontrollerad behandlare, så att antalet patienter som de har i varje stratumgrupp blir så lika som möjligt. På så sätt får vi två grupper som är lika varandra med avseende på antal behandlade patienter i respektive stratumgrupp när utslumpningen görs (jfr Imbens & Rubin 2015).

I Figur 2 nedan illustreras skillnaden mellan de två grupperna med avseende på ett antal olika variabler, före och efter tillämpningen av matchningsansatsen. Samtliga variabler är mätta under perioden mellan 1 juli 2022 och 1 januari 2023. På figurens x-axel syns variablerna, på y-axeln syns den standardiserade skillnaden mellan undersökningsgruppen och jämförelsegruppen. De blå trianglarna indikerar skillnaden innan matchningen, medan de röda cirklarna indikerar skillnaden efter matchningen. Ett vanligt tröskelvärde som visar på att skillnaderna är stora är $0,1$. Denna tröskel har markerats med streckade linjer. Notera att Figur 2 även inkluderar andra variabler än antal patienter i respektive stratumgrupp. Trots att de andra variablerna inte har använts för att matcha data, är det tydligt att de två grupperna är mer lika varandra efter matchningen även vad gäller dessa variabler. I vissa fall är skillnaden före och efter matchningen betydande. Det visar att matchningsansatsen varit lyckad för att hitta en jämförelsegrupp som liknar undersökningsgruppen. Efter att matchningen genomförts är effektskattningarna mycket okänsliga för olika fördelningsantaganden (Rubin 2007).

I enlighet med de rekommendationer som ges i litteraturen (Rubin 2007; Rubin 2008; Imbens och Rubin 2015) genomförde vi matchningsstrategin utan att titta på någon utfallsdata. Matchningen implementerades med PSMATCH i SAS Enterprise Guide, och vi använde en så kallad *greedy nearest neighbor matching*-strategi där vi matchade på Mahalanobisdistansen med återläggning. För vidare läsning om matchningsansatsen hänvisas läsaren till Imbens och Rubin (2015, kap. 12). För en liknande användning av matchning med paneldata, se Imai (2023).

Figur 2 Skillnader i diverse variabler mellan undersökningsgrupp och jämförelsegrupp innan och efter matchning. Samtliga variabler mättes före kontrollen.



Paneldatamodellen som tillämpas på den matchade datan

När vi nu har tillgång till två väldigt lika grupper använder vi oss av en regressionsmodell med två-vägs fixa effekter för att skatta effekten av att ha blivit kontrollerad. Modellen är en tillämpning av *difference-in-difference*, som kan användas vid interventioner som rullas ut över tid. Samtliga vårdgivare kontrolleras inte samtidigt, utan det är något som sker över ett antal månader. Därför är det nödvändigt att använda sig av en metod som tillåter detta.

Vi definierar $t \in T = \{Nov2022, \dots, Feb2023, \dots, Dec2023\}$ som indikerar månad. De första av kontrollerna börjar genomföras i februari 2023, och sedan genomförs några kontroller varje månad fram till maj samma år. För att indikera när kontrollerna börjar genomföras för en viss grupp definierar vi $g \in G = \{Feb2023, \dots, Maj2023\}$. Vi låter även $s = S = \{Dec2022, \dots, Feb2023\}$ vara en delmängd av T .

För att modellera effekten av att bli kontrollerad använder vi oss av poolad linjär regression, på det vis som presenteras i Wooldridge (2021). Definiera $d_{i,g}$ som dummyvariabler som indikerar om individ i blir kontrollerad tillsammans med grupp g .⁴⁸ Effekten av att tillhöra en grupp som blir kontrollerad är λ_g . Vidare, låt $f_{s,t}$ vara dummyvariabler som indikerar månad. Den tidsspecifika vid tidpunkt s är θ_s . Den generella modellen ser ut på följande vis:

$$y_{it} = \eta + \sum_{g \in G} \lambda_g d_{i,g} + \sum_{s \in S} \theta_s f_{s,t} + \sum_{g \in G} \sum_{s \in S} \Delta_{r,s} (d_{i,r} f_{s,t})'$$

⁴⁸ Om matchningsansatsen var framgångsrik bör $\lambda_g=0$. I bilagan visar vi att vi kan utesluta dessa dummyvariabler utan att det övergripande resultatet förändras.

Effekterna Δ_{rs} är den genomsnittliga effekten för grupp r av att bli kontrollerad under tidpunkt s . Vi är inte intresserade av dessa effekter i sig. Vi tror till exempel inte att de som kontrolleras i februari kommer att påverkas på ett annat sätt än de som kontrolleras i mars (eller någon annan månad). Vi slår därför samman effektskattningarna varefter tiden som förlöpt sedan kontrollen genomfördes.