



Statligt tandvårdsstöd



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

En vägledning kan innehålla beskrivningar av

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

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

Vägledningarna uppdateras fortlöpande. Ändringar arbetas in i den digitala versionen, som finns på forsakringskassan.se. Sök på "vägledningar".

Du som arbetar på Försäkringskassan hittar dem också på Fia.

Upplysningar: Försäkringskassan
Avdelningen för nationell tandvård, internationell vård
och arbetsmarknadsstöd

Beslutad 2026-09-24

Innehåll

Förkortningar	8
Sammanfattning.....	10
Läsanvisningar	11
1 Tandvårdsstödet syfte och olika aktörers roller och ansvar.....	12
1.1 Tandvårdsstödet syfte	12
1.2 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)	13
1.3 Socialstyrelsen	13
1.4 Regionernas ansvarsområde	14
1.5 Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	15
1.6 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).....	15
1.7 Läkemedelsverket	15
1.8 Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM)	16
1.9 Klagomål	16
2 Stödets uppbyggnad.....	17
2.1 Statligt tandvårdsstöd	17
2.2 Den försäkrades roll	17
2.3 Tandvårdsbidrag	18
2.4 Allmänt tandvårdsbidrag	18
2.5 Särskilt tandvårdsbidrag.....	19
2.6 Högkostnadsskydd	20
2.7 Kommuntypsstöd.....	21
2.8 Ersättningsperioden	23
2.8.1 Ersättningsperioden och tandvård i annat EU/EES- land	24
2.9 Abonnemangstandvård	25
2.10 Ersättningsberättigande tandvård	26
2.11 Tandvård som inte är ersättningsberättigande	27
2.12 Delegering av tandvårdsbehandling.....	27
2.13 Tandvård utförd av studerande vid högskola.....	28
2.14 Behandlare som har intyg om praktisk tjänstgöring	28
3 Grundläggande förutsättningar för rätt till statligt tandvårdsstöd	29
3.1 Vem har rätt till statligt tandvårdsstöd?	29
3.1.1 Rätten till allmänt eller särskilt tandvårdsbidrag.....	30
3.1.2 Vad menas med begreppet nödvändig tandvård?	30
3.1.3 EU:s massflyktsdirektiv	30
3.2 Regelverk för tandvård i gränsöverskridande situationer.....	31
3.2.1 Tandvård enligt förordning 883/2004	31
3.2.2 Nordiska konventionen om social trygghet	32
3.2.3 Tandvårdsstöd enligt övriga avtal om social trygghet och sjukvårdsförmåner.....	32
3.3 Rätt till tandvårdsstöd men med stöd av olika regelverk.....	33
3.4 Underlag för att få rätt till tandvårdsstöd för personer i gränsöverskridande situationer.....	34
3.4.1 Personer som bor och arbetar i olika länder	34
3.4.2 Personer som vistas tillfälligt i Sverige.....	34
3.4.3 Pensionärer	35

3.4.4	Studerande	35
3.4.5	Personer som enligt EU-rätten anses bosatta i Sverige utan att vara folkbokförda	36
3.5	Särskilda rättigheter för vissa grupper	36
3.5.1	Personer som omfattas av EU:s tjänsteföreskrifter	36
3.5.2	Asylsökande	37
3.5.3	Personer som vistas i Sverige utan tillstånd	37
3.5.4	Hiv-smittade inom den svenska hälso- och sjukvården	37
3.5.5	Totalförsvarspliktiga	37
3.5.6	Omhändertagna	38
3.6	Arbetskada	38
4	Vårdgivare	39
4.1	Vårdgivarens roll	39
4.2	Vem är vårdgivare?	39
4.3	Vårdgivarens ansvar mot patienten	40
4.3.1	Prislista	40
4.3.2	Vårdgivarens skyldighet att informera om behandling som inte är ersättningsberättigande	40
4.3.3	Skriftlig prisuppgift och behandlingsplan	41
4.3.4	Kvitto	41
4.3.5	Undersökningsprotokoll	41
4.3.6	Kallelse till ny undersökning	42
4.3.7	Uppgifter om patientens tandvårdsstöd	42
4.4	Vårdgivarens ansvar mot Försäkringskassan	42
4.4.1	Vårdgivaren bedömer om tandvården är ersättningsberättigande	43
4.4.2	Vårdgivarens pris	43
4.4.3	Vårdgivaren bedömer rätten till särskilt tandvårdsbidrag	44
4.4.4	Referenspriser vid specialisttandvård	44
4.4.5	Rapportering av abonnemangsavtal	45
4.4.6	Vårdgivaren avslutar ett abonnemangsavtal	45
4.5	Vårdgivarens uppgiftsskyldighet	45
4.6	Vårdgivarens ansökan om ersättning	46
5	Försäkringskassans administration	48
5.1	Försäkringskassan ska tillhandahålla uppgifter till vårdgivaren	49
5.2	Automatiserade ansökningar, kontroller och utbetalningar	50
5.2.1	Regelmotor och applikationskontroller	50
5.2.2	Kontroll i efterhand	50
5.2.3	Beslut i ärenden som inte fattas automatiskt	50
5.2.4	Underrättelse om väsentlig försening och begäran om ett avgörande	51
6	Anslutning till det elektroniska systemet	52
6.1	Anslutning till det elektroniska systemet	52
6.1.1	Ansökan om anslutning till det elektroniska systemet	53
6.1.2	Personer med bestämmande inflytande	54
6.1.3	Utredning innan anslutning	56
6.1.4	Neka anslutning	56
6.1.5	Datum för anslutning	58
6.1.6	Övertagande av befintlig verksamhet	58
6.1.7	Ändrad bolagsform	59



6.1.8	Ändrade uppgifter efter anslutning	59
6.2	Avsluta anslutning	60
6.2.1	När vårdgivarens F-skatt återkallats	61
6.2.2	När personer med bestämmande inflytande tillkommer hos en vårdgivare	61
6.2.3	När vårdgivaren allvarligt åsidosatt bestämmelserna	62
6.3	Roller och behörigheter i Försäkringskassans elektroniska system	63
6.3.1	Kontaktperson för vårdgivaren	63
6.3.2	Kontaktperson för mottagningen	63
6.3.3	Vårdgivaradministratör	63
6.3.4	Mottagningsadministratör	64
6.3.5	Normalanvändare	64
7	Begäran om ersättning och beräkning	65
7.1	Tandvårdsbidrag i förhållande till tandvårdsersättning	65
7.2	Beräkning av tandvårdsersättning	65
7.3	Prisberäkning vid tandvårdsbidrag	65
7.4	Sent inkommen begäran om ersättning	67
7.4.1	Särskilda skäl	67
7.4.2	Högekostnadsskydd och tandvårdsbidrag vid sen inrapportering	68
7.5	Abonnemangstandvård	70
7.5.1	Abonnemangsavtal	70
7.5.2	Begäran om tandvårdsbidrag i avtal (BTB-avtal)	71
7.5.3	Abonnemangsavtal i förhållande till tandvårdsersättning	71
7.6	Metodstöd för att avsluta eller annullera abonnemangsavtal	72
7.6.1	Annullera eller avslutar ett abonnemangsavtal i förtid	72
7.6.2	Att avsluta ett abonnemangsavtal och utreda kopplade BTB Avtal	72
7.6.3	Annullera ett abonnemangsavtal som felaktigt skapats	73
7.6.4	Handlägga BTB Avtal när vårdgivaren har annullerat ett abonnemangsavtal ...	73
7.6.5	Avsluta ett abonnemangsavtal i förtid	73
7.6.6	Handlägga BTB Avtal när vårdgivaren har avslutat ett abonnemangsavtal i förtid	74
7.6.7	Abonnemangsavtal som ska annulleras eller avslutas i förtid eftersom patienten inte uppfyller villkoren för bosättning	74
8	Förhandsprövning	75
8.1	Förhandsprövning vid omgörning av en protetisk konstruktion	75
8.1.1	Ansökan om förhandsprövning	76
8.1.2	Omgörning – samma vårdgivare	77
8.1.3	Omgörning – en annan vårdgivare	77
8.1.4	Undantag från omgörningsreglerna	78
8.1.5	Ansökan om förhandsprövning vid undantag	79
8.1.6	Mer omfattande behandling vid omgörning – en annan vårdgivare	80
8.1.7	Illustrationer av reglerna för omgörning och undantagen från reglernas begränsningar	82
8.2	Förhandsprövning av rätten till särskilt tandvårdsbidrag (STB)	84
8.3	Föreläggande om förhandsprövning	85
9	Kommuntypsstöd	87
9.1	Ansökan om KTS	87
9.1.1	"Ett enda företag"	87
9.2	Stöd enligt SGEI de minimis-förordningen	88
9.3	Stöd enligt SGEI-beslutet	90

9.4	Uppföljning, kontroll och återbetalning	92
9.5	Uppgiftsskyldighet	94
9.6	Åtterrapportering till EU-kommissionen – registrering i eAidRegister	94
10	Försäkringskassans kontroll av det statliga tandvårdsstödet	95
10.1	Utredningsansvar, bevisbörda och beviskrav i tandvårdsstödsärenden	95
10.1.1	Försäkringskassans utredningsansvar i ärenden om statligt tandvårdsstöd	95
10.1.2	Bevisbördan i tandvårdsärenden	95
10.1.3	Beviskrav i tandvårdsärenden	96
10.2	Vårdgivarens uppgiftsskyldighet	97
10.2.1	Vårdgivaren ska kunna visa sin rätt till ersättning enligt TLVFS	97
10.2.2	Vårdgivaren ska kunna visa patientens kostnad och betalning	98
10.3	Efterhandskontroller	100
10.3.1	Urval vid efterhandskontroller	100
10.3.2	Utredning vid efterhandskontroller	101
10.3.3	Inhämta uppgifter från patienten	102
10.3.4	Vad som kontrolleras i efterhand	103
10.4	Villkor för ersättning	103
10.4.1	Åtgärder som utförts i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet	104
10.4.2	Remiss och specialisttandvård	104
10.4.3	Patientens kostnad och betalning	105
10.4.4	Kontrollera rätt till utbetalt STB	109
10.4.5	Patientjournal på engelska	110
10.4.6	Det är vårdgivaren som fastställer rätt tillstånd och åtgärd	110
10.5	Stöd i utredningen – försäkringsodontologisk rådgivare (FOR)	111
10.5.1	FOR:s roll	111
10.5.2	Odontologiskt sakkunnig	111
10.5.3	Konsultera FOR	111
10.5.4	Dokumentera vid konsultation	112
10.5.5	Generella frågor	112
10.5.6	Skriftligt yttrande	112
10.6	Metodstöd – att skriva yttrande	112
10.6.1	Vad ska utredaren göra?	112
10.6.2	Vad ska den försäkringsodontologiska rådgivaren göra?	113
10.6.3	Disposition av yttrandet	113
10.6.4	Så används den försäkringsodontologiska rådgivarens yttrande	114
10.7	Beslut om återkrav	114
10.8	Sanktioner	115
10.8.1	Försäkringskassans utredning i samband med sanktioner	116
10.8.2	Patientens rättigheter	117
10.8.3	Förelägga om förhandsprövning	117
10.8.4	Hålla inne tandvårdsersättning	119
10.8.5	Information till vårdgivaren i samband med sanktioner	120
10.9	Polisanmälan och bidragsbrott	120
10.10	Impulser och underrättelser till andra myndigheter	122
10.10.1	Lagen (2024:307) om uppgiftsskyldighet för att motverka felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen samt fusk, regelöverträdelser och brottslighet i arbetslivet (LUFFA)	122
10.10.2	Lagen (2025:170) om skyldighet att lämna uppgifter till de brottsbekämpande myndigheterna (LUB)	123



11	Omprövning och överklagan av beslut.....	124
11.1	Anslutning och upphörande av anslutning	124
11.2	Sent inkommen begäran om ersättning	124
11.3	Återkrav av felaktigt utbetald ersättning	124
11.4	Innehållande av ersättning	125
11.5	Föreläggande om förhandsprövning	125
11.6	Förhandsprövning vid omgörning.....	125
11.6.1	Återkrav efter förhandsprövning vid omgörning	125
11.7	Förhandsprövning av särskilt tandvårdsbidrag	125
11.8	Besluts verkställighet och inhibition	125
	Källförteckning.....	126

Förkortningar

Förkortning	Förklaring
ATB	Allmänt tandvårdsbidrag
ATE	Allmän tandvårdsersättning
BTB-avtal	Begäran om tandvårdsbidrag för avtal om abonnemangstandvård
EES	Europeiska ekonomiska Samarbetsområdet
EU	Europeiska Unionen
FEUF	Fördraget om den Europeiska unionens funktionssätt
FKFS	Försäkringskassans författningssamling
FKFS 2008:6	Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2008:6) om statligt tandvårdsstöd
FL	Förvaltningslag (2017:900)
FOR	Försäkringsodontologisk rådgivare
FÖD	Försäkringsöverdomstolen
Förordningen (2026:75)	Förordningen (2026:75) om statligt stöd för ökad tillgänglighet till tandvård
Förordningen 987/2009	Europaparlamentets och rådets förordning (EG) 987/2009 av den 16 september 2009 om tillämpningsbestämmelser till förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen
Förordningen 883/2004	Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen
Förordningen 1408/71	Rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen.
HCP	Högekostnadsskydd
HSAN	Hälsö- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSLF-FS 2025:68	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd
HSLF-FS 2016:40	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
KamR	Kammarrätt
KTS	Kommuntypsstöd
Lagen (2013:513)	Lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet
LUB	Lagen (2025:170) om skyldighet att lämna uppgifter till de brottsbekämpande myndigheterna
LUFFA	Lagen (2024:307) om uppgiftsskyldighet för att motverka felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen samt fusk, regelöverträdelser och brottslighet i arbetslivet
Prop.	Regeringens proposition
RFFS	Riksförsäkringsverkets föreskrifter



Förkortning	Förklaring
RegR	Regeringsrätten
Räntelagen	Räntelagen (1975:635)
SFB	Socialförsäkringsbalken (2010:110)
SFS	Svensk författningssamling
SGEI	Service of General Economic Interest- tjänster av allmänt ekonomiskt intresse
SGEI- beslutet	Kommissionens beslut 2025/2630/EU av den 16 december 2025 om tillämpningen av artikel 106.2 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på statligt stöd i form av ersättning för allmännyttiga tjänster som beviljas vissa företag som fått i uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse och om upphävande av beslut 2012/21/EU
SGEI de minimis-förordningen	Kommissionens förordning (EU) 2023/2832 av den 13 december 2023 om tillämpningen av artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på stöd av mindre betydelse som beviljas företag som tillhandahåller tjänster av allmänt ekonomiskt intresse
SOSFS 1997:14	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
SOSFS 2002:12	Socialstyrelsens föreskrifter om delegering inom tandvården
SOSFS 2004:11	Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.
SOSFS 2012:16	Socialstyrelsens föreskrifter om särskilt tandvårdsbidrag
SSM	Strålsäkerhetsmyndigheten
STB	Särskilt tandvårdsbidrag
STE	Särskild tandvårdsersättning
STF	Förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd
STL	Lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd
TLV	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
TLVFS	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (2008:1) om statligt tandvårdsstöd samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd (HSLF-FS 2025:68) som trädde i kraft den 1 januari 2026 och som upphävde ovanstående föreskrifter.
TPPVFS	Totalförsvarets plikt- och prövningsverks föreskrifter och allmänna råd om förmåner till totalförsvarspliktiga.
TvL	Tandvårdslagen (1985:125)
Util	Utlänningslag (2005:716)

Sammanfattning

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

Det statliga tandvårdsstödet regleras i följande författningar:

- lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd (STL)
- förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd (STF)
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2025:68) om statligt tandvårdsstöd
- Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2008:6) om statligt tandvårdsstöd
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:16) om särskilt tandvårdsbidrag (STB).

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

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

Vägledningen innehåller också metodstöd för administrationen av det statliga tandvårdsstödet.

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

Läsanvisningar

Denna vägledning ska vara ett stöd för Försäkringskassans medarbetare i handläggningen och vid utbildning.

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

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

Hänvisningar

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

Sist i vägledningen finns en källförteckning som redovisar de lagar, förordningar, domar med mera som nämns i vägledningen.

Exempel

Vägledningen innehåller också exempel. De är komplement till beskrivningarna och åskådliggör framför allt hur en ersättning ska beräknas.

Historikbilaga

Denna vägledning har reviderats. I historikbilagan finns en kortfattad beskrivning av de sakliga ändringar som gjorts i respektive version av vägledningen. Genom att läsa historikinformationen får du en överblick över de viktigaste nyheterna i den här versionen.

Att hitta rätt i vägledningen

I vägledningen finns en innehållsförteckning. Den är placerad först och ger en översiktssbild av vägledningens kapitel och avsnitt. Med hjälp av fliken "Bokmärken" i vänsterkanten kan du navigera mellan avsnitten. Det finns också en sökfunktion för att hitta enstaka ord och begrepp.

1 Tandvårdsstödet syfte och olika aktörers roller och ansvar

Det här kapitlet beskriver syftet med det statliga tandvårdsstödet, regionernas ansvar och andra myndigheters roller när det handlar om tandvård.

1.1 Tandvårdsstödet syfte

1 kap. 3 § (STL)

Försäkringskassan lämnar 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.

Tandvården ska syfta till att så långt möjligt bevara munnens vävnader. Behandlingens kvalitet och hållbarhet ska vägas mot kostnaderna.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, meddelar föreskrifter om vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning enligt denna lag och under vilka förutsättningar ersättning kan lämnas för åtgärderna (ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder).

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

Tandvårdsstödet ska också öka konkurrensen på tandvårdsmarknaden och stärka patientens ställning. Utifrån de uppgifter som vårdgivaren rapporterar in kan statistik tas fram för att följa utvecklingen av den svenska tandhälsan. Tanken är också att genom att staten bestämmer vilka behandlingar som ger rätt till subventionerade kostnader så kan tandvårdskonsumtionen styras mot de behandlingar som är mest kostnadseffektiva och utförda i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Den tandvård som ersätts av tandvårdsstödet ska så långt det är möjligt syfta till att bevara munnens vävnader, det vill säga tänder, slemhinnor och käkben. Av de möjliga behandlingsalternativen bör det alternativ som mest kostnadseffektivt löser vårdbehovet vara det som ger rätt till tandvårdsersättning (prop. 2007/08:49, s. 60).

1.2 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

STL anger på ett övergripande plan vilken tandvård som staten ersätter. Regeringen har överlämnat rätten att föreskriva vilka tandvårdsåtgärder som ger rätt till statligt tandvårdsstöd till Nämnden för statligt tandvårdsstöd enligt förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Nämnden är ett beslutsorgan inom TLV.

TLV beslutar om vilka tandvårdsbehandlingar staten ska subventionera och fastställer de referenspriser som subventionen beräknas utifrån. TLV beslutar årligen om nya föreskrifter. Föreskrifterna *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (2008:1) om statligt tandvårdsstöd (TVLFS)* ingår sedan 2017 i författningssamlingen *Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.* (HSLF-FS). Från och med den 1 januari 2026 gäller nya grundföreskrifter som TLV har beslutat om och som upphäver TVLFS 2008:1. De heter HSLF-FS 2025:68. I den här vägledningen används fortsatt benämningen TLVFS utifrån föreskrifternas ursprungliga namn, utom i avsnitt 2.7 *Kommuntypsstöd*.

TLV ger även ut en handbok som på ett lättillgängligt sätt beskriver regelverket och på TLV:s webbplats finns en länk till det webbaserade kunskapsstödet, [KUSP](#).

Försäkringskassan skickar uppgifter om vårdgivarnas inrapporterade pris för olika åtgärder till TLV, som publicerar dem i prisjämförelsetjänsten [Tandpriskollen](#). Den ska hjälpa allmänheten att jämföra priser mellan olika tandvårdsmottagningar.

1.3 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är ansvarig utgivare för TLVFS och beslutar vilka regler som ska gälla för

- det särskilda tandvårdsbidraget
- tandvård vid vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar
- regionernas ansvarsområde
- vilka patientgrupper som ska få ta del av respektive stöd.

Socialstyrelsen prövar och utfärdar legitimationer för tandläkare och tandhygienister. De utfärdar också bevis om specialkompetens för tandläkare och ansvarar för registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP).

Socialstyrelsen föreskriver också om vilka regler som ska gälla för delegation, alltså när en legitimerad behandlare överlåter en viss arbetsuppgift till en icke-legitimerad person. Det är inte alla arbetsuppgifter som får delegeras. Läs mer om delegering av tandvårdsbehandling i avsnitt 2.12.

En behandlare med utomnordisk utbildning kan efter en ansökan hos Socialstyrelsen beviljas förordnande att utöva sitt yrke inom hälso- och sjukvården. Behandlaren kan också beviljas rätt att föra patientjournal på engelska, om det anges i förordnandet. ((8 §. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården [HSLF-FS 2016:40])).

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

1.4 Regionernas ansvarsområde

5 § tandvårdslagen (1985:125)

Varje region ska erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom regionen. Detsamma gäller dem som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom regionen. Även i övrigt ska regionen verka för en god tandhälsa hos befolkningen. Tandvård som regionen själv bedriver benämns i denna lag folktandvård.

Vad som i denna lag sägs om regioner gäller också kommuner som inte ingår i en region.

[...]

Regionernas tandvård kallas folktandvård. Deras ansvar för tandvård regleras i tandvårdslagen (TvL).

Utöver folktandvård ska en region tillhandahålla tandvård som behövs omedelbart till personer som vistas i regionen utan att vara bosatta där, till exempel asylsökande och papperslösa (6 § TvL). Läs mer i avsnitt 3.5 *Särskilda rättigheter för vissa grupper*.

Regionerna ansvarar för

- all tandvård för barn och ungdomar till och med det år de fyller 20 år
- specialisttandvård för vuxna från och med det år de fyller 20 år
- vanlig vuxentandvård i den omfattning som regionen bedömer lämplig.
(7 § TvL)

För barn och ungdomar är tandvård gratis, men andra patientgrupper får betala avgifter för den (15 a § TvL). Regionerna får inte ansöka om statligt tandvårdsstöd för den tandvård som de själva ansvarar för, det vill säga den tandvård som en patient har rätt att få avgiftsfritt eller genom att betala vanlig vårdavgift enligt hälso- och sjukvårdslagen (1 kap. 6 § STL). Om Försäkringskassan upptäcker att en vårdgivare har fått tandvårdsstöd för sådan tandvård kommer ersättningen att återkrävas.

Regionerna ska erbjuda tandvård som ett led i en behandling av vissa sjukdomar och bedriva uppsökande verksamhet för att bedöma munhälsan hos vissa patientgrupper som bedöms ha permanenta behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser (8 a § TvL). Det kan till exempel vara personer som

- omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för, exempelvis personer som bor på äldreboende, som får hemsjukvård eller som har vissa psykiska sjukdomar.

Reglerna om vilka patientgrupper som kan få hjälp av regionen med sina tandvårdsbehov och vilken tandvård som omfattas av regionernas ansvar finns i tandvårdsförordningen (1998:1338). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:17) om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning beskriver mer utförligt vem som kan omfattas av regionernas ansvar för tandvård.

1.5 Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

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

Om Försäkringskassan upptäcker att det finns skäl att ifrågasätta om den tandvård som har utförts stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet, så finns det en riktlinje för att överlämna tandvårdsärenden till IVO. Riktlinjen heter 2011:2 *Överlämnande av uppgifter i tandvårdsärenden mellan Försäkringskassan och tillsynsmyndigheterna*.

Patienten själv kan också anmäla en händelse till IVO, till exempel en felbehandling eller vårdskada.

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

1.6 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)

HSAN är en domstolsliknande myndighet som prövar behörighetsfrågor som gäller legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, till exempel

- beslut om provotid
- återkallande av legitimation eller annan behörighet
- indragning eller begränsning av förskrivningsrätt
- ny legitimation eller annan behörighet.

Frågorna prövas efter anmälan från IVO eller efter ansökan från den yrkesutövare som saken gäller. Socialstyrelsen sköter handläggning och administration åt HSAN, vilket innebär att de förbereder de ärenden som HSAN beslutar om.

1.7 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket är en statlig myndighet som arbetar på uppdrag av regering och riksdag för att främja den svenska folk- och djurhälsan.

Läkemedelsverkets uppgift är till exempel att

- arbeta för att patienten, hälso- och sjukvården samt djursjukvården får tillgång till säkra och effektiva produkter och att de används ändamålsenligt och effektivt
- övervaka läkemedel, narkotika och andra produkter som med hänsyn till egenskaper eller användning står läkemedel nära
- ge tillstånd för kliniska prövningar
- övervaka medicintekniska produkter och att vara ansvarig myndighet för de anmälda organ som är utsedda för att få bedriva tredjepartsgranskning för medicintekniska produkter

Om Försäkringskassan i sina utredningar uppmärksammar till exempel brister som gäller tandtekniska produkter ska vi överlämna våra uppgifter om bristerna till Läkemedelsverket. Se Försäkringskassans riktlinjer 2011:2 *Överlämnande av uppgifter i tandvårdsärenden mellan Försäkringskassan och tillsynsmyndigheterna*.

1.8 Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM)

Strålsäkerhetsmyndigheten har ett samlat ansvar inom områdena strålskydd, kärnsäkerhet och nukleär ickespridning. De arbetar pådrivande och förebyggande för att skydda människor och miljö från oönskade effekter av strålning.

Strålsäkerhetsmyndighetens roll inom vården är att

- ställa krav på strålskyddet
- pröva tillståndsansökningar
- följa upp så att de som bedriver sjukvård och tandvård följer de regler som gäller; det är alltid den som driver vården som ansvarar för strålsäkerheten
- initiera och stödja forskning som utvecklar kunskap och kompetens om strålskydd inom vården.

Strålsäkerhetsmyndigheten ansvarar även för att utforma regler och pröva tillstånd för verksamheter med strålning samt för att bedriva tillsyn av verksamhetsutövare.

Om Försäkringskassan i sina utredningar uppmärksammar att det finns skäl att tro att en vårdgivare brutit i hur den tillämpat strålsäkerhetsbestämmelser, till exempel om omotiverat många röntgenundersökningar gjorts på en patient, ska vi överlämna våra uppgifter om bristerna till Strålsäkerhetsmyndigheten, se riktlinjerna (2011:2)

1.9 Klagomål

Om patienten inte är nöjd med den utförda behandlingen, ska hen i första hand framföra sitt klagomål till vårdgivaren. Det finns ytterligare instanser som patienten kan vända sig till om inte hen och vårdgivaren kommer överens. Om klagomålet gäller

- en privat vårdgivare som är medlem i branschorganisationen Privattandläkarna ska patienten kontakta deras privattandvårdsupplysning, som svarar på frågor och informerar om klagomålsprocessen.
- folktandvården kan patienten vända sig till patientnämnden, en opartisk instans som finns i varje region.
- vårdgivaren Praktikertjänst kan patienten vända sig till Praktikertjänsts reklamationsnämnd.
- en vårdgivare som varken är medlem i Privattandläkarna eller tillhör folktandvården eller Praktikertjänst, kan patienten driva ärendet rättsligt på egen hand.

2 Stödets uppbyggnad

Det här kapitlet beskriver hur det statliga tandvårdsstödet är uppbyggt, bland annat

- tandvårdsstödet olika delar
- vad högkostnadsskyddet innebär
- vad en ersättningsperiod är
- vad som är eller inte är ersättningsberättigande tandvård.

Här finns också information om delegering av tandvårdsbehandlingar, tandvård som utförs av högskolestudenter och patientjournaler på engelska.

För att ha rätt till det statliga tandvårdsstödet måste patienten vara försäkrad för bosättningsbaserade förmåner enligt 4 och 5 kap. SFB eller, utan att vara bosatt här, ha rätt till förmåner enligt förordning 883/2004 eller ha ett uppehållstillstånd med tillfälligt skydd. Läs mer i kapitel 3.

2.1 Statligt tandvårdsstöd

1 kap. 1 § 2 st. STL

Statligt tandvårdsstöd lämnas i form av allmänt tandvårdsbidrag, särskilt tandvårdsbidrag och tandvårdsersättning

Tandvårdsstödet betalas ut till vårdgivaren och patienten får ett avdrag på vårdgivarens pris motsvarande den tandvårdsersättning och de tandvårdsbidrag som betalas ut. Det förutsätter att vårdgivaren är ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd.

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

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

2.2 Den försäkrades roll

Den försäkrade behöver inte ansöka om statligt tandvårdsstöd om tandvården utförs hos en vårdgivare i Sverige som är ansluten till Försäkringskassans elektroniska system. All ersättning betalas direkt till vårdgivaren och patienten får ett avdrag på vårdgivarens pris som motsvarar tandvårdsersättningen eller tandvårdsbidraget. Om patienten besöker en vårdgivare i Sverige som inte är ansluten till Försäkringskassan har patienten inte rätt till statligt tandvårdsstöd.

Om en patient som är försäkrad i Sverige vänder sig till en vårdgivare i ett annat land inom EU/EES-området, finns möjlighet till ersättning i efterhand. I dessa fall betalas ersättningen ut direkt till patienten.

Läs mer

I Försäkringskassans vägledning (2021:1) Vård i gränsöverskridande situationer.

2.3 Tandvårdsbidrag

Det finns två tandvårdsbidrag: ett allmänt och ett särskilt. De används för att betala en del av kostnaderna för alla tandvårdsåtgärder som ger rätt till ersättning. Vårdgivaren begär och får tandvårdsbidragen utbetalade till sig, men det är patienten som bestämmer när hen ska använda bidragen.

En patient som har rätt till tandvårdsbidrag får använda det ena eller båda bidragen för att betala sitt avtal om abonnemangstandvård. Läs mer i avsnitt 2.9 *Abonnemangstandvård*.

2.4 Allmänt tandvårdsbidrag

2 kap. 1 § STL

Allmänt tandvårdsbidrag får användas för betalning av ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder under en period av högst två år räknat från och med den 1 juli varje år, om patienten detta datum uppfyller kraven i 1 kap. 5 § 1, 2 eller 3.

Varje bidrag får användas för betalning vid endast ett tillfälle.

Syftet med det allmänna tandvårdsbidraget är att uppmuntra till regelbundna tandvårdsbesök.

Det allmänna tandvårdsbidraget tilldelas den 1 juli varje år. Patienter som uppfyller kraven för att vara försäkrade för bosättningsbaserade förmåner enligt socialförsäkringsbalken efter den 1 juli ett år, har inte rätt till allmänt tandvårdsbidrag förrän den 1 juli året efter.

Om vårdgivare väljer att begära ett allmänt tandvårdsbidrag för patienten som inte var registrerad som försäkrad för bosättningsbaserade förmåner den 1 juli, så faller ansökan om ersättning ut för manuell handläggning. Försäkringskassan kommer då att utreda om patienten har rätt till det begärda allmänna tandvårdsbidraget.

Bidragets storlek beror på patientens ålder:

- Den som är 20–23 år samt 65 år och äldre får 600 kronor
- Den som är 24–64 år får 300 kronor (2 kap. 1 § STL och 4 § STF).

Det går att spara det allmänna tandvårdsbidraget i två år. Finns det två outnyttjade bidrag den 1 juli när ett nytt tilldelas, så försvinner det äldsta bidraget och ersätts med ett nytt. Det allmänna tandvårdsbidraget måste användas vid ett tillfälle och kan inte delas upp. Däremot går det att spara ett bidrag från tidigare år och då går det att använda dessa under ett år, samtidigt eller vid två olika behandlingstillfällen.

2.5 Särskilt tandvårdsbidrag

2 kap. 1 a § STL

Särskilt tandvårdsbidrag får användas för betalning av ersättningsberättigande förebyggande tandvårdsåtgärder under två perioder om vardera högst sex månader varje år, räknat från och med den 1 januari respektive den 1 juli, om patienten

1. detta datum uppfyller kraven i 1 kap. 5 § 1, 2 eller 3 och
2. när tandvårdsåtgärden påbörjas har en sjukdom eller funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa.

[...]

4 a § STF

Särskilt tandvårdsbidrag får användas för betalning av ersättningsberättigande förebyggande tandvårdsåtgärder om patienten

1. är muntorr på grund av långvarig läkemedelsbehandling,
2. är muntorr på grund av strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen,
3. har Sjögrens syndrom,
4. har kronisk obstruktiv lungsjukdom och har ordinerats syrgas eller näringsdryck
5. har cystisk fibros,
6. har ulcerös colit,
7. har Crohns sjukdom,
8. har tarmsvikt,
9. har frätskador på tänderna och anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom,
10. har svårinställd diabetes,
11. genomgår dialysbehandling,
12. är immunosupprimerad på grund av läkemedelsbehandling, eller
13. har genomgått en organtransplantation.

Om det inte finns särskilda skäl, ska patienten med intyg eller på annat sätt styrka att han eller hon har en sådan sjukdom eller funktionsnedsättning som avses i första stycket.

4 b § STF

Särskilt tandvårdsbidrag lämnas med högst 600 kr per halvår.

Patienter som har vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa kan ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag. Patienten ska ha de intyg som behövs för att visa att hen hör till en ersättningsberättigad grupp. Vilka intyg och underlag som krävs och hur gamla de får vara framgår av Socialstyrelsens föreskrifter (SOF 2012:16) om särskilt tandvårdsbidrag.

Det särskilda tandvårdsbidraget på 600 kronor tilldelas två gånger om året, den 1 januari och den 1 juli. Syftet med bidraget är att uppmuntra till förebyggande tandvård så att allvarliga tandsjukdomar kan undvikas. Det är därför endast tillåtet att använda det särskilda tandvårdsbidraget till vissa förutbestämda tandvårdsåtgärder. Vilka de är framgår av 6 § TLVFS.

Det särskilda tandvårdsbidraget kan delas upp och användas vid fler än ett tillfälle. Om patienten inte använder hela det särskilda tandvårdsbidraget vid ett besök finns den resterande delen kvar som ett tillgodohavande (2 kap. 1 a § jämförd med 2 kap. 1 § STL). Denna del måste användas under det innevarande halvåret. Det går alltså inte att spara hela eller delar av det särskilda tandvårdsbidraget till nästa halvår. Det är tandläkaren eller tandhygienisten som bedömer om patienten har rätt till bidraget enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Kan de inte bedöma detta, så kan patienten eller vårdgivaren ansöka om förhandsprövning hos Försäkringskassan. Läs mer i avsnitten 4.4.3 *Vårdgivaren bedömer rätten till särskilt tandvårdsbidrag* och 8.2 *Förhandsprövning av rätten till särskilt tandvårdsbidrag*.

2.6 Högkostnadsskydd

Högekostnadsskyddet är ett ekonomiskt stöd för patienter med stora tandvårdsbehov. Det innebär att staten subventionerar en del av patientens kostnader för tandvården.

2 kap. 4 § STL

För ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under en ersättningsperiod om ett år, lämnas tandvårdsersättning med en viss andel av patientens sammanlagda kostnader, i den mån dessa överstiger det belopp som har fastställts enligt 6 § 1.

Kostnaderna beräknas med utgångspunkt i referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder. Kostnaden för en utförd åtgärd får dock inte beräknas högre än ett belopp motsvarande vårdgivarens pris för åtgärden för den aktuella patienten.

[...]

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

- 50 procent av kostnader som överstiger 3 000 kronor
- 85 procent av kostnader som överstiger 15 000 kronor. (3 § TLVFS)

Patienten får också själv betala mellanskillnaden om vårdgivaren tar ut ett högre pris än referenspriset för någon åtgärd som ingår i behandlingen. Tandvårdsersättningen betalas inte för den överskjutande delen, det ersättningsgrundande beloppet räknas inte heller upp.

Beräkningen för högekostnadsskyddet baseras på samtliga åtgärder som rapporteras in av vårdgivaren och som kan ge rätt till ersättning enligt TLVFS.

2.7 Kommuntypsstöd

Kommuntypsstödet (KTS) är ett statligt stöd som Försäkringskassan betalar ut till vårdgivare för att öka tillgängligheten till tandvård i hela landet. Stödet är ett bidrag som betalas ut efter ansökan och prövning.

Stödet regleras i förordningen (2026:75) om statligt stöd för ökad tillgänglighet till tandvård.

1 § förordningen (2026:75)

Denna förordning innehåller bestämmelser om statligt stöd till vårdgivare i syfte att öka tillgängligheten till tandvård i hela landet.

4 § förordningen (2026:75)

Stöd enligt denna förordning får endast lämnas i enlighet med

1. kommissionens förordning (EU) 2023/2832 av den 13 december 2023 om tillämpningen av artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på stöd av mindre betydelse som beviljas företag som tillhandahåller tjänster av allmänt ekonomiskt intresse, eller

2. kommissionens beslut 2025/2630/EU av den 16 december 2025 om tillämpningen av artikel 106.2 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på statligt stöd i form av ersättning för allmännyttiga tjänster som beviljas vissa företag som fått i uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse och om upphävande av beslut 2012/21/EU.

5 § förordningen (2026:75)

Stöd enligt denna förordning får lämnas som bidrag till en vårdgivare som har

1. utfört en tandvårdsåtgärd på en patient som när åtgärden slutfördes var bosatt i en kommun som anges i bilagan till denna förordning, och
2. tagit emot särskild tandvårdsersättning för tandvårdsåtgärden enligt 2 kap. 6 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

En vårdgivare som uppfyller kraven i första stycket ska anses ha anförtrots att tillhandahålla tandvårdstjänster av allmänt ekonomiskt intresse.

6 § förordningen (2026:75)

Om patienten när tandvårdsåtgärden slutfördes var bosatt i en kommun som anges i avdelning A i bilagan får stöd lämnas med ett belopp högst motsvarande 10 procent av referenspriset för tandvårdsåtgärden.

Om patienten när tandvårdsåtgärden slutfördes var bosatt i en kommun som anges i avdelning B i bilagan får stöd lämnas med ett belopp högst motsvarande 20 procent av referenspriset för tandvårdsåtgärden.

7 § förordningen (2026:75)

Stöd får inte lämnas om den särskilda tandvårdsersättningen avser en tandvårdsåtgärd som har utförts genom distanskontakt via videolänk.

KTS lämnas enligt EU:s statsstödsregler för tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (på engelska *services of general economic interest*, SGEI). Närmare bestämt lämnas stödet antingen enligt kommissionens SGEI de minimis-förordning (se 4 § punkt 1 förordningen [2026:75]) eller enligt kommissionens SGEI-beslut (se 4 § punkt 2 förordningen [2026:75]). Vårdgivaren ska i ansökan om stöd ange vilket av dessa regelverk som ansökan grundas på.

För att en vårdgivare ska kunna få KTS ska den ha utfört en tandvårdsåtgärd på en patient som när åtgärden slutfördes var bosatt i någon av kommunerna som anges i bilagan till förordning (2026:75). Vårdgivaren ska också ha fått särskild tandvårdsersättning för åtgärden. Tandvårdsåtgärder som har utförts genom distanskontakt via videolänk omfattas inte av KTS. Ett exempel på en sådan åtgärd är åtgärd 250 i bilaga 2 till TLVFS (HSLF-FS 2025:68).

Vårdgivare kan få KTS för tandvårdsåtgärder som har slutförts från och med den 12 februari 2026.

De kommuner som anges i förordningens bilaga utgår från Tillväxtverkets kommuntypsindelning. Kommunerna är indelade i två grupper: avdelning A för mellanliggande landsbygd och avdelning B för utpräglad landsbygd. Vårdgivare kan få stöd för

- högst 10 procent av referenspriset för tandvårdsåtgärden, om patienten var bosatt i en kommun i mellanliggande landsbygd (avdelning A i bilagan) när åtgärden slutfördes
- högst 20 procent av referenspriset för tandvårdsåtgärden, om patienten var bosatt i en kommun i utpräglad landsbygd (avdelning B i bilagan) när åtgärden slutfördes.

Beräkningen görs först när vårdgivarens ansökan om stöd kommer in till Försäkringskassan.

Läs mer

I kapitel 9 *Kommuntypsstöd* kan du läsa mer om kommundtysstødet, hur vårdgivare ansöker och hur ansökan hanteras på Försäkringskassan.

2.8 Ersättningsperioden

Tandvårdsersättning beräknas under en ersättningsperiod av högst ett år. Ersättningsperioden kan inte förlängas. Den börjar när den första åtgärden som ger rätt till ersättning är slutförd och har rapporterats in. Den har inget samband med kalenderåret. En patient kan inte ha mer än en ersättningsperiod som löper samtidigt.

2 kap. 4 § STL

För ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under en ersättningsperiod om ett år, lämnas tandvårdsersättning med en viss andel av patientens sammanlagda kostnader, i den mån dessa överstiger det belopp som har fastställts enligt 6 § 1.

[...]

Ersättningsperioden enligt första stycket påbörjas när en första ersättningsberättigande åtgärd har slutförts. Vårdgivaren kan på patientens begäran anmäla hos Försäkringskassan att en ny ersättningsperiod ska påbörjas innan den tidigare ersättningsperioden har löpt ut.

[...]

Patienten kan välja att starta en ny ersättningsperiod innan den pågående perioden är avslutad. I så fall ska vårdgivaren anmäla det till Försäkringskassan i samband med att den första ersättningsberättigande åtgärden som ska ingå i den nya perioden rapporteras in (4 § FKFS 2008:6).

Det är inte tillåtet att flytta bakåt startdatum för en ersättningsperiod (pågående eller avslutad) till ett tidigare datum. Det är inte heller tillåtet att ändra start- eller slutdatum på en ersättningsperiod som redan var avslutad när åtgärden slutfördes. Det är därför inte tillåtet för vårdgivaren att i efterhand ta bort en ersättningsbegäran som startat en ersättningsperiod i avsikt att flytta fram ersättningsperiodens slutdatum.

Anmälan om startdatumändring i en ersättningsbegäran

När anmälan om startdatumändring rapporteras in till Försäkringskassan inom 14 dagar kommer begäran att beviljas per automatik när det inte finns några efterföljande ersättningsbegäranden som tidigare beslutats i perioden. Finns det sådana besök kommer Försäkringskassan att hantera begäran manuellt och uppdatera ersättningsperioden i samband med att startdatumet ändras.

Anmälan om startdatumändring i en för sen ersättningsbegäran

Försäkringskassan ska kontakta vårdgivaren om en ersättningsbegäran har rapporterats in för sent och den även innehåller en anmälan om att startdatumet för patientens ersättningsperiod ska ändras. Vårdgivaren behöver då kunna visa att hen var överens med patienten om ändringen när åtgärderna i den aktuella ersättningsbegäran utfördes. Det vanligaste och enklaste sättet att göra det är med en journalanteckning eller en handling – underskriven av vårdgivaren och patienten – som kan visa att det fanns en överenskommelse. Om vårdgivaren inte kan visa överenskommelsen kan Försäkringskassan avslå begäran om ändrat startdatum med stöd av 2 kap. 4 § STL och 4 § FKFS 2008:6. Försäkringskassan behöver också ta ställning till om anledningen till den sena rapporteringen var ett särskilt skäl som gör att ersättningsbegäran ska beviljas.

Ersättningsbegäran rapporteras inte in i kronologisk ordning

Vårdgivaren ska rapportera in ersättningsbegäran inom 14 dagar efter slutförd åtgärd (4 kap. 8 § STL), men måste inte göra det i kronologisk ordning. Det innebär att en begäran om ersättning som gäller tandvård som utfördes vid ett tidigare datum än redan beslutade ersättningsbegäran kan göra att Försäkringskassan behöver ändra en ersättningsperiods startdatum. Det handlar då inte om att ändra startdatum enligt 4 § FKFS, utan om att ersättningsbegärandena inte har kommit in i kronologisk ordning.

Detta händer när en ersättningsbegäran har ett besöksdatum som är tidigare än den begäran som redan startat ersättningsperioden. Då finns det två situationer när startdatumet kan ändras retroaktivt. Det är när begäran skickas in inom 14 dagar men även om den kommer in efter 14 dagar och det, efter Försäkringskassans utredning, finns ett särskilt skäl för att godkänna anledningen till den sena rapporteringen. Perioden behöver uppdateras, eftersom startdatumet ska ändras till följd av den godkända ersättningsbegäran. Högkostnadsbeloppets totalsumma för perioden räknas också upp. Ingen ytterligare ersättning betalas ut för de redan beslutade ersättningsbegärandena eftersom de var korrekta när besluten fattades.

Om vi däremot bedömer att det inte finns något särskilt skäl att godkänna anledningen till den sena inrapporteringen, så ska vi avslå ersättningsbegäran utan att flytta bakåt startdatumet i den redan påbörjade ersättningsperioden. Det beror på att det inte finns något lagstöd för att ändra ersättningsperiodens startdatum bakåt i tiden i den här situationen. Patienten ska inte lida för vårdgivarens misstag och patienten har rätt att tillgodoräkna sig en uppräknig av sitt högkostnadsbelopp trots den sena inrapporteringen. Den befintliga ersättningsperioden startdatum ska förbli oförändrad. I stället får vi placera den ersättningsbegäran som avslås i en ny ersättningsperiod före den som nu pågår. Den ersättningsperioden får alltså startdatum med det besöksdatum när den för sent inrapporterade åtgärden slutfördes, och kan då löpa som längst till dagen innan den befintliga ersättningsperioden startade.

2.8.1 Ersättningsperioden och tandvård i annat EU/EES-land

En försäkrad som fått tandvård utomlands kan i efterhand ansöka om ersättning med stöd av lag (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (ersättningslagen) eller Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen (förordning 883/2004). För tandvård som hade berättigat till tandvårdsstöd om den hade tillhandahållits i Sverige ska ersättningen bestämmas till ett belopp som motsvarar vad Försäkringskassan skulle ha betalat om tandvården tillhandahållits i Sverige (10 § ersättningslagen). Om den försäkrade redan har en påbörjad ersättningsperiod inom tandvårdsstödet när den första tandvårdsåtgärden i utlandet slutfördes så kan Försäkringskassan kontakta hen. Den försäkrade får då avgöra om hen vill göra en startdatumändring enligt 2 kap. 4 § 3 st. STL så att den pågående ersättningsperioden ska avslutas i förtid och en ny ersättningsperiod startas med tandvårdsbesöket i utlandet som startdatum. Eftersom besöket i utlandet blir första besöket i den nya perioden ska ersättning beräknas utifrån ingående högkostnadsbelopp noll kronor. De redan beslutade ersättningsbegärandena (som gäller tandvård i utlandet eller i Sverige hos en svensk vårdgivare) som kronologiskt också hör hemma i den nya ersättningsperioden, ska räknas med i den försäkrades högkostnadsbelopp. Men ingen ytterligare ersättning ska betalas ut för de redan beslutade ersättningsbegärandena, eftersom de var korrekta när besluten fattades. Observera att en startdatumändring enbart kan beviljas om ersättningsperioden är pågående när ansökan om ersättning kommer in till Försäkringskassan. Om den försäkrade inte vill göra en startdatumändring ska ersättningen istället beräknas utifrån

det upparbetade högkostnadsbeloppet som personen hade vid slutförandet av den utländska tandvården. Ingen ytterligare ersättning ska betalas ut för redan beslutade ersättningsbegäranden i samma ersättningsperiod, eftersom de var korrekta när de besluten fattades.

Om den försäkrade redan har en påbörjad pågående ersättningsperiod inom tandvårdsstödet som startades efter den första tandvårdsåtgärden i utlandet slutfördes kan den försäkrade välja att ersättningsperioden istället ska starta med tandvården i utlandet. Om ersättningsbegäran för tandvården i utlandet kommer in till Försäkringskassan när den automatiskt startade ersättningsperioden fortfarande pågår kan den försäkrade välja att ersättningsperioden istället ska starta med tandvården i utlandet. Detta är inte en startdatumändring som avses i 2 kap. 4 § 3 st. STL utan en efterregistrering av startdatum för perioden som behöver göras av Försäkringskassan. Eftersom patienten har valt att ersättningsperioden ska påbörjas när en första ersättningsberättigande åtgärd har slutförts, vilket i detta fallet är utlandsvården (jfr. 2 kap. 4 § 3 st. första meningen). Eftersom besöket i utlandet nu blir första besöket i ersättningsperioden ska ersättningen för utlandsvården beräknas utifrån ingående högkostnadsbelopp noll kronor. Redan beslutade ersättningsbegäranden i ersättningsperioden ska räknas med i den försäkrades högkostnadsbelopp. Men ingen ytterligare ersättning ska betalas ut för de redan beslutade ersättningsbegärandena, eftersom de var korrekta när besluten fattades.

Om en försäkrad har fått tandvård utomlands och ansöker om ersättning först efter en längre tid kan eventuella ersättningsperioder som fanns vid tillfället då vården i utlandet slutfördes redan vara avslutade när ersättningsbegäran kommer in till Försäkringskassan. I sådana fall finns ingen möjlighet för den försäkrade att vare sig välja en startdatumändring eller efterregistrering av startdatumet för en pågående ersättningsperiod. Ersättningen ska då beräknas utifrån eventuellt upparbetat högkostnadsskydd den försäkrade hade vid tillfället då den utländska tandvårdsåtgärden slutfördes. Men ingen ytterligare ersättning ska betalas ut för de redan beslutade ersättningsbegärandena, eftersom de var korrekta när besluten fattades.

2.9 Abonnemangstandvård

En vårdgivare och en patient kan avtala om abonnemangstandvård. Det innebär att patienten betalar ett fast pris för viss tandvård under tre år.

2 kap. 2 § STL

Tandvårdsbidrag får även användas för betalning enligt ett avtal om abonnemangstandvård, om avtalet innebär att vårdgivaren under en period av tre år till ett fast pris ska utföra den tandvård som patienten behöver i form av

1. undersökningar och utredningar,
2. hälsofrämjande insatser,
3. behandling av sjukdoms- och smärttillstånd, samt
4. reparativ vård.

Avtalet får även omfatta annan tandvård än som sägs i första stycket.

Tandvårdsbidrag får användas för att betala abonnemangstandvård, under förutsättning att kraven i 2 kap. 2 § STL är uppfyllda. Abonnemangstandvården omfattar även reparativa tandvårdsåtgärder. Därför kommer det särskilda tandvårdsbidraget i dessa fall även att kunna användas för att betala annan tandvård än förebyggande tandvård (prop. 2011/12:7 s. 28). Detta är ett undantag från huvudregeln att det särskilda tandvårdsbidraget bara kan användas för förebyggande tandvårdsåtgärder.

2.10 Ersättningsberättigande tandvård

Vilken tandvård som kan ge rätt till ersättning framgår av bilagor till TLVFS, som beskriver både tillstånd och åtgärder.

Bedömningen av vilka tandvårdsåtgärder som kan ge rätt till ersättning ska alltid utgå från patientens tillstånd. Det innebär att behandlaren måste fastställa patientens tillstånd innan hen kan bedöma vilken eller vilka tandvårdsåtgärder som ger rätt till tandvårdsstöd. Undantaget är undersökningar och utredningar som inte är kopplade till ett visst tillstånd.

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

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

En grundförutsättning för att tandvård ska ge rätt till ersättning är enligt 2 § TLVFS att tandvården utförts av en legitimerad person. Undantagen är om tandvården har utförts

- med ett delegeringsförfarande
- av en tandläkar- eller tandhygieniststudent vid en högskola
- av en person men praktiskt tjänstgöringsintyg.

Tandvårdsåtgärder som utförts av en icke-legitimerad person och inte omfattas av undantagen ovan är inte ersättningsberättigande. Försäkringskassan kan i sådana fall besluta att avslå ersättningsbegäran eller att återkräva ersättning med stöd av 3 § STF.

2.11 Tandvård som inte är ersättningsberättigande

3 § STF

Tandvårdsåtgärder som uppenbarligen har utförts i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet och som har medfört en vårdskada eller risk för sådan skada är inte ersättningsberättigande.

Tandvårdsåtgärder där amalgam har använts som material är inte heller ersättningsberättigande.

Med "vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet" menas vård som följer nationella riktlinjer och bestämmelser om dokumentation, strålsäkerhet, hygien, vem som är behörig att utföra vård med mera. Bestämmelsen i sin nuvarande lydelse gäller från den 1 maj 2019.

2.12 Delegering av tandvårdsbehandling

En legitimerad tandläkare eller tandhygienist kan genom delegering överlåta utförandet av vissa tandvårdsåtgärder till en person som inte är legitimerad (SOSFS 1997:14 och SOSFS 2002:12).

För att en tandvårdsåtgärd ska ge rätt till ersättning ska behandlaren ha formell och reell kompetens för den aktuella uppgiften enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Rätten till ersättning kvarstår även om den legitimerade behandlaren helt eller delvis har delegerat en viss behandling enligt Socialstyrelsens föreskrifter till annan personal som inte har legitimation men innehar reell kompetens för uppgiften (2 § TLVFS).

Vårdgivaren måste kunna visa att en person utan legitimation som utfört en åtgärd haft skriftlig delegation att göra detta vid behandlingen. Kan inte vårdgivaren visa det ska ersättningsbegäran avslås eller redan utbetald ersättning återkrävas med stöd av 2 § TLVFS och 3 § STF.

Socialstyrelsen har föreskrivit att följande inte kan delegeras:

- diagnostik och terapiplanering,
- ingrepp i tandpulpan,
- rotkanal eller tandens hårdvävnader,
- kirurgiska ingrepp,
- läkningskontroller efter kirurgiska ingrepp,
- lokal anestesi genom ledningsblockad, t.ex. mandibularanestesi,
- avlägsnande av hårda och mjuka beläggningar i tandköttsficka.

Det innebär att tandvårdsåtgärder som faller under punkterna ovan och som utförts av en olegitimerad person aldrig är ersättningsberättigande inom tandvårdsstödet. När tandvård delegerats till en behandlare utan legitimation ska hen anges som behandlande tandläkare eller tandhygienist vid inrapporteringen av den utförda tandvårdsåtgärden.

Om en person som inte är legitimerad genom arbetsfördelning har utfört ett visst moment eller delar av vården under uppsyn av en legitimerad person, så är det inte frågan om ett delegeringsförfarande. Den legitimerade personen ansvarar i dessa fall fullt ut för tandvården som utförts och ska anges som behandlare vid inrapporteringen.

Ett vanligt exempel är när en tandsköterska genom arbetsfördelning lägger i fyllningsmaterial vid en lagning, medan tandläkaren gör resterande delar av det som ingår i fyllningsåtgärden. Det är då tandläkaren som ansvarar för åtgärden som helhet och som ska anges som behandlare vid inrapportering och ansökan om ersättning hos Försäkringskassan.

2.13 Tandvård utförd av studerande vid högskola

Om en tandläkar- eller tandhygieniststudent vid en högskola utför tandvård när hen praktiserar hos en vårdgivare, så är tandvården ersättningsberättigande under förutsättning att villkoren för tillstånd och åtgärd i övrigt är uppfyllda.

Om vårdgivaren är behörig att ta emot studenter vid högskola finns ett avtal upprättat mellan universitetet eller högskolan och vårdgivaren. Vården som utförs under praktik sker inte under delegation. Studenten kan själv rapportera in utförd tandvård om vårdgivaren har överlåtit ansvaret för rapportering till hen.

Det bör framgå av vårdgivarens daganteckningar att behandlingen har kontrollerats eller övervakats av en behörig tandläkare eller tandhygienist.

2.14 Behandlare som har intyg om praktisk tjänstgöring

Tandvård som utförs av en person med praktiskt tjänstgöringsintyg är ersättningsberättigande under förutsättning att villkoren för tillstånd och åtgärd i övrigt är uppfyllda.

En person som vill arbeta som tandläkare i Sverige måste ha svensk legitimation eller få ett särskilt förordnande från Socialstyrelsen. Det är arbetsplatsen där personen ska tjänstgöra som i förväg ansöker om ett sådant förordnande. Personen får inte börja tjänstgöra innan arbetsplatsen har fått ansökan beviljad. Ett särskilt förordnande kan inte beviljas retroaktivt.

En person med praktiskt tjänstgöringsintyg kan själv rapportera in utförd tandvård om vårdgivaren har överlåtit ansvaret för rapportering till personen.

Man kan få ett praktiskt tjänstgöringsintyg till exempel om man

- har en tandläkarutbildning från ett land utanför EU och EES
- har en tandläkarutbildning från annat EU/EES-land
- studerar på tandläkarprogrammet vid en svensk fakultet (man kan anställas med vikariatsförordnande under handledning om man har fullgjort den nionde terminen med godkända kurser och prov).

3 Grundläggande förutsättningar för rätt till statligt tandvårdsstöd

Det här kapitlet beskriver kortfattat vem eller vilka som kan ha rätt till statligt tandvårdsstöd för tandvård som utförts i Sverige samt om det finns begränsningar av vilken tandvård som en person kan få subvention från tandvårdsstödet. Här beskrivs också översiktligt i vilken utsträckning en person som är bosatt i Sverige kan få tandvårdsstöd för tandvård som gjorts under en utlandsvistelse.

I detta kapitel beskrivs därför också begreppet nödvändig tandvård.

3.1 Vem har rätt till statligt tandvårdsstöd?

1 kap. 4 § STL

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 20 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för personer till och med det år då de fyller 19 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

Från och med det året en person fyller 20 år kan hen ha rätt till statligt tandvårdsstöd för tandvårdsåtgärder som slutförs. Utöver att ha uppnått rätt ålder krävs också som huvudregel att personen är bosatt i Sverige och är försäkrad för de bosättningsbaserade förmånerna i den svenska socialförsäkringen (jfr 4 kap. 3 § och 5 kap. SFB).

1 kap. 5 § STL

Statligt tandvårdsstöd får lämnas om patienten, när tandvårdsåtgärden påbörjas,

1. är försäkrad för bosättningsbaserade förmåner enligt 4 och 5 kap. socialförsäkringsbalken,
 2. utan att vara bosatt här har rätt till förmåner som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, eller
 3. har beviljats uppehållstillstånd med tillfälligt skydd, eller uppehållstillstånd efter tillfälligt skydd, enligt 21 kap. 2, 3, 4 eller 6 § utlänningslagen (2005:716) och omfattas av en regions ansvar enligt 5 § tandvårdslagen (1985:125).
-

Utöver personer som har rätt till bosättningsbaserade förmåner i Sverige för att de bor här finns även flera andra grupper av personer som kan ha rätt till tandvårdsstöd. Deras rätt till tandvårdsstöd grundar sig i olika internationella regelverk och överenskommelser som Sverige ingått med andra länder och som gäller personer som befinner sig i en gränsöverskridande situation och deras rätt till vårdförmåner. Med gränsöverskridande situation menas att mer än ett land är inblandat. Det kan till exempel röra sig om personer som är bosatta i ett EU/EES-land och försäkrade där, men som behöver tandvård vid ett besök i Sverige. Det kan också röra sig om personer som vistas en längre tid i ett land, till exempel för att de studerar där, men som fortfarande anses bosatta och försäkrade i ett annat land.

De internationella regelverken reglerar vilka grupper av personer som har rätt till statligt tandvårdsstöd, vilket intyg eller motsvarande en person behöver uppvisa för att styrka sin rätt och i vilken omfattning personen har rätt till subventionerad tandvård i Sverige.

För att ha rätt till statligt tandvårdsstöd räcker det att patienten är försäkrad för bosättningsbaserade förmåner, det vill säga att hen uppfyller kraven för bosättning i Sverige enligt 5 kap. 2 och 3 §§ SFB. Vi ska därför inte tillämpa bestämmelsen i 5 kap. 12 § SFB som reglerar utbetalning av bosättningsbaserade förmåner till personer med uppehållstillstånd (jfr 4 kap. 3 § SFB).

3.1.1 Rätten till allmänt eller särskilt tandvårdsbidrag

För att ha rätt till allmänt eller särskilt tandvårdsbidrag ska personen vid tilldelningstillfället för det begärda bidraget *antingen* vara försäkrad för bosättningsbaserade förmåner enligt SFB *eller* befinna sig i en gränsöverskridande situation och har rätt till förmåner enligt förordning 883/2004 (2 kap. 1–1a §§ STL) *eller* har beviljats uppehållstillstånd med tillfälligt skydd, eller uppehållstillstånd efter tillfälligt skydd, enligt 21 kap. 2, 3, 4 eller 6 § utlänningslagen (2005:716) och omfattas av en regions ansvar enligt 5 § tandvårdslagen (1985:125).

Läs mer om tandvårdsbidrag i avsnitt 2.4, *Allmänt tandvårdsbidrag*, och 2.5 *Särskilt tandvårdsbidrag*.

3.1.2 Vad menas med begreppet nödvändig tandvård?

Personer som är i en gränsöverskridande situation när de får sin tandvårdsbehandling har i många fall bara rätt till subventionen från tandvårdsstödet för nödvändig tandvård. Med nödvändig tandvård menas tandvård som inte kan vänta till personen är tillbaka i sitt bosättningsland. Exakt vad som utgör nödvändig tandvård är därför olika beroende på hur länge personen ska vistas i Sverige. Huvudprincipen är att vårdbehovet inte ska behöva orsaka att en person i en gränsöverskridande situation ska behöva avbryta sin vistelse bara för att åka hem till bosättningslandet och få vård. Vård som inte uppfyller kriteriet för att anses som nödvändig vård kallas planerad vård.

3.1.3 EU:s massflyktsdirektiv

1 kap. 5 § STL

Statligt tandvårdsstöd får lämnas om patienten, när tandvårdsåtgärden påbörjas,

[...]

3. har beviljats uppehållstillstånd med tillfälligt skydd, eller uppehållstillstånd efter tillfälligt skydd, enligt 21 kap. 2, 3, 4 eller 6 § utlänningslagen (2005:716) och omfattas av en regions ansvar enligt 5 § tandvårdslagen (1985:125).

Massflyktsdirektivet, eller direktiv 2001/55/EG, syftar till att personer från tredjeland ska kunna få ett omedelbart skydd och tillgång till en viss miniminivå av sociala rättigheter när det sker ett stort inflöde av fördrivna personer till en eller flera medlemsländer inom EU. Massflyktsdirektivet aktiverades för första gången år 2022 genom beslut av rådet.

Under 2024 beslutade riksdagen att genomföra vissa lagförändringar för att förbättra levnadsvillkoren för utlänningar som beviljats uppehållstillstånd med tillfälligt skydd. Bland annat fick ukrainarna möjlighet att snabbare än tidigare folkbokföra sig i Sverige och därmed få bättre tillgång till hälso- och sjukvård. Genom ett tillägg i STL 1kap. 5 § 3p. fick de också rätt till tandvårdsstöd, även om de fortsatt i regel inte skulle anses som

bosatta i Sverige enligt 5 kap. 3 § SFB och därför inte heller ha rätt till andra bosättningsbaserade förmåner. Rätten till tandvårdsstöd enligt 1 kap. 5 § 3 p. är tidsbegränsad till sista december 2026.

3.2 Regelverk för tandvård i gränsöverskridande situationer

I det här avsnittet finns övergripande information om regelverken som kan ge rätt till statligt tandvårdsstöd för personer i gränsöverskridande situationer. Det finns även information som rör personer som inte är bosatta och försäkrade för bosättningsbaserade förmåner i Sverige, men som ändå kan ha rätt till tandvårdsstöd om de får tandvårdsbehandling när de befinner sig i Sverige.

Läs mer

I vägledning (2021:1) *Vård i gränsöverskridande situationer* kan du läsa mer om tandvård i gränsöverskridande situationer.

I vägledning (2017:1) *Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal – Försäkringskassans uppdrag vad gäller vissa gemensamma gränsöverskridande frågor* om villkoren för att vara försäkrad för bosättningsbaserade förmåner

3.2.1 Tandvård enligt förordning 883/2004

Huvudregeln inom EU/EES och Schweiz är att det land från vilket en person får sin försörjning ska ansvara för kostnaderna för vård som den personen behöver i en gränsöverskridande situation inom gemenskapen. Det land i vilket personen (och ibland personens familjemedlemmar) är försäkrad för vårdförmåner kallas den behöriga staten. De omständigheter som har betydelse när behörig stat ska fastställas är enligt artikel 32 i förordning 883/2004, i prio-ordning:

- Om personen har inkomst från arbete: i vilket land arbetar personen?
- Om personen har inkomst från pension: vilket eller vilka länder betalar ut pensionen?
- Om personen själv inte har någon inkomst av arbete eller pension: är personen familjemedlem till någon som arbetar?
- Om personen själv inte har någon inkomst av arbete eller pension: är personen familjemedlem till någon som har pension?
- Om inget av ovanstående gäller för personen: var är personen bosatt?

Personer som har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt någon av bestämmelserna i förordning 883/2004 har också rätt till statligt tandvårdsstöd i Sverige. Det beror på att den som får vårdförmåner enligt förordning 883/2004 i ett annat medlemsland än det som är behörig stat för personen, ska betala samma patientavgifter som de som är försäkrade i landet där vården ges.

Utöver kostnadsansvar för vårdförmåner är den behöriga staten också ansvarig för att utfärda EU-kort och andra aktuella intyg som behövs för att en person ska kunna styrka sin rätt till vårdförmåner i en gränsöverskridande situation.

Det finns personer som är bosatta i ett annat medlemsland än det land de får sin försörjning från, det vill säga de är inte bosatta i sin behöriga stat. De personerna har samma rätt till vård som andra bosatta i bosättningslandet och oftast även i den

behöriga staten, och behöver ett intyg för att styrka att de är försäkrade och har rätt till vård i båda länderna. Exempel på sådana personer är gränsarbetare (som är bosatta i ett annat land än det där de har inkomst från arbete) och personer som enbart får pension från ett medlemsland, till exempel Sverige, men som är bosatta i ett annat, till exempel Portugal.

Det finns även personer som bor i Sverige men som inte är försäkrade för vårdförmåner enligt nationell lagstiftning, exempelvis de som inte kan bli folkbokförda. De kan ha rätt till vårdförmåner i Sverige ändå, om de bedöms vara bosatta enligt EG-förordning 883/2004. Den rätten kan styrkas med ett intyg om bosättning i Sverige som visas för vårdgivaren. Läs mer i avsnittet *3.4.5 Personer som enligt EU-rätten anses bosatta i Sverige utan att vara folkbokförda*.

Försäkrad i Sverige men vistas eller är bosatt i annat EU/EES-land, i Storbritannien och Nordirland eller i Schweiz

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

3.2.2 Nordiska konventionen om social trygghet

Den nordiska konventionen om social trygghet omfattar samma sakområden som förordning 883/2004, men har en något vidare personkrets. Den som är bosatt i ett nordiskt land men tillfälligt vistas i ett annat nordiskt land och som behöver tandvård som inte kan vänta tills hen är tillbaka i sitt bosättningsland, behöver enligt konventionen inte visa upp ett EU-kort eller annat intyg. Om personen saknar EU-kort eller intyg räcker det att hen vid vårdtillfället visar upp en giltig id-handling och uppger sin bostadsadress.

Nordiska konventionen gäller för personer som är bosatta i Finland, Danmark, Norge Island, Grönland, Färöarna och Åland och som behöver nödvändig tandvård när de vistas i Sverige. Personer som är bosatta i Sverige omfattas givetvis också av den nordiska konventionen när de behöver nödvändig tandvård vid vistelse i något av de andra konventionsländerna.

3.2.3 Tandvårdsstöd enligt övriga avtal om social trygghet och sjukvårdsförmåner

Sverige har ingått avtal om social trygghet och rätt till sjukvårdsförmåner med flera olika länder. Innehållet i avtalen och vilken personkrets som avtalen omfattar varierar. Det är bara ett fåtal avtal som innefattar rätt till tandvårdsstöd. Du kan hitta information och länkar till alla avtal om social trygghet på Försäkringskassans intranät Fia. Du kan också läsa mer om avtalen i vägledning (2017:01) *Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal*.

Statligt tandvårdsstöd ingår i följande avtal om social trygghet:

- avtal med Australien
- handels- och samarbetsavtalet mellan EU och Storbritannien
- konventionen med Förenade Kungariket (tillämpas avseende brittiska kanalöarna Jersey, Guernsey samt Isle of Man)
- avtal med Quebec i Kanada.

Personer och deras familjemedlemmar som omfattas av något av de avtal om social trygghet som Sverige har ingått har rätt till statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård i Sverige på samma villkor som de som har rätt till statligt tandvårdsstöd enligt 1 kap. 5 § STL.

Rätten till statligt tandvårdsstöd på grund av ett avtal ska styrkas med ett intyg eller en handling som personen visar upp vid varje behandlingstillfälle som vårdgivaren rapporterar in ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder (5 § FKFS 2008:6). Vårdgivaren måste skicka in en kopia av intyget till Försäkringskassan vid varje ersättningsbegäran för att ha rätt till ersättning.

Försäkrad i Sverige men vistas eller arbetar i något av avtalsländerna

Motsvarande regler kan gälla för den som är försäkrad i Sverige och som vistas eller arbetar i något av de länder som Sverige har avtal med.

Läs mer

vad som gäller enligt respektive avtal i vägledning (2021:01) *Vård i gränsöverskridande situationer*.

3.3 Rätt till tandvårdsstöd men med stöd av olika regelverk

En person kan ha rätt till statligt tandvårdsstöd både vid tidpunkten för tilldelning av allmänt och särskilt tandvårdsbidrag och vid behandlingstillfället, men med stöd av olika regelverk. Personen kan till exempel ha vistats tillfälligt i Sverige och haft rätt till tandvårdsstöd enligt förordning 883/2004 vid tilldelningen av allmänt tandvårdsbidrag. Vid behandlingstillfället var hen i stället bosatt i Sverige enligt SFB vid behandlingstillfället, eller tvärtom. Rätten till tandvårdsstöd har då sin grund i olika regelverk vid olika tillfällen, beroende på personens situation.

Det är inte nödvändigt att personens rätt till tandvårdsstöd vid behandlingstillfället har sin grund i samma regelverk som rätten till tandvårdsstöd vid tilldelningen av tandvårdsbidraget. Det är inte heller nödvändigt att personens rätt till allmänt tandvårdsbidrag för respektive år grundar sig på samma regelverk. Försäkringskassan måste därför först utreda rätten till tandvårdsstöd utifrån de omständigheter som gällde för personen när den första tandvårdsåtgärden påbörjades. Sedan utreder vi rätten till begärt allmänt tandvårdsbidrag utifrån de förhållanden som gällde den 1 juli respektive år när tandvårdsbidraget tilldelas.

3.4 Underlag för att få rätt till tandvårdsstöd för personer i gränsöverskridande situationer

Det här avsnittet beskriver vilka underlag som behöver visas upp för att få rätt till statligt tandvårdsstöd eller rätt till statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård.

3.4.1 Personer som bor och arbetar i olika länder

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

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

3.4.2 Personer som vistas tillfälligt i Sverige

Följande tabell visar vilka personer som har rätt till statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård vid tillfällig vistelse i Sverige, och vilket dokument de behöver visa vårdgivaren vid besöket. För att vårdgivaren ska ha rätt till ersättning från Försäkringskassan behöver den skicka in kopior på den handling som patienten har visat upp.

En person ...	behöver visa ett ...	för att ha rätt till...
som tillfälligt vistas i Sverige och är försäkrad i ett EU/EES-land eller i Schweiz, men inte i Norden	EU-kort eller ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård .
som är försäkrad i ett annat nordiskt land och tillfälligt vistas i Sverige	EU-kort eller ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort <i>eller</i> en id-handling och uppgift om hemadress i landet där hen är försäkrad	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård .

En person ...	behöver visa ett ...	för att ha rätt till...
från Australien som tillfälligt vistas i Sverige	giltigt australienskt pass, eller ett annat giltigt pass tillsammans med ett tillstånd att vistas under obegränsad tid i Australien	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård .
från Storbritannien inklusive Nordirland som tillfälligt vistas i Sverige	Global Health Insurance Card (GHIC), ett brittiskt EU-kort, provisoriskt intyg om innehav av EU-kort eller ett giltigt pass från Storbritannien	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård .
från de brittiska kanalöarna, Isle of Man, Jersey, Alderney, Sark, Jethou, Herm och Guernsey som tillfälligt vistas i Sverige	giltigt pass från Storbritannien eller ett försäkringsbevis från någon av kanalöarnas officiella myndigheter	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård .

3.4.3 Pensionärer

En person som får sin huvudsakliga pension från Sverige och bor i ett annat EU/EES-land, i Schweiz eller i Storbritannien inklusive Nordirland behöver ha *Intyg om rätt till vårdförmåner i Sverige för personer bosatta i ett annat EU/EES-land, Schweiz eller Storbritannien* (5163) för att ha rätt till statligt tandvårdsstöd.

Även den som har pension från fler länder än Sverige kan ha rätt till statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård. Försäkringsutredare inom internationell vård utreder om en sådan person är försäkrad i Sverige och vilket land som är behörig stat.

3.4.4 Studerande

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

En person som ...	behöver ett ...	och har rätt till ...
är försäkrad i ett annat EU/EES-land eller i Schweiz och studerar i Sverige	EU-kort eller ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård .
studerar i Sverige. är från ett annat nordiskt land och är försäkrad i det landet	EU-kort eller ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort <i>eller</i> en id-handling och uppgift om hemadress i landet där studenten är försäkrad	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård .
studerar i Sverige och är från Quebec	intyg från det behöriga försäkringsorganet i Quebec och ett inskrivningsintyg från en läroanstalt i Sverige som omfattas av den svenska lagstiftningen om studiestöd	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård .
vistas tillfälligt i Sverige, studerar i ett annat EU/EES-land eller i Schweiz och är försäkrad i studielandet	EU-kort eller ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort från studielandet	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård .

En person som ...	behöver ett ...	och har rätt till ...
vistas tillfälligt i Sverige, studerar i ett annat nordiskt land och är försäkrad i studielandet	EU-kort eller ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort från studielandet eller en id-handling och uppgift om hemadress i landet där hen är försäkrad	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård .
studerar i Sverige och är från Storbritannien inklusive Nordirland	Global Health Insurance Card (GHIC), ett brittiskt EU-kort, provisoriskt intyg om innehav av EU-kort eller ett giltigt pass från Storbritannien	statligt tandvårdsstöd för nödvändig tandvård .

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

Vissa personer omfattas av svensk socialförsäkringslagstiftning på grund av bosättning enligt artikel 11.3.e i förordning 883/2004 och anses bosatta i Sverige enligt EU-rätten, trots att de har fått avslag på begäran om att bli folkbokförda i Sverige. Regionerna ska erbjuda dessa personer hälso- och sjukvård samt tandvård till samma patientavgifter som personer som är folkbokförda i Sverige. Dessa personer har även rätt till statligt tandvårdsstöd. För att få hälso- och sjukvård eller tandvård ska personen visa upp *Intyg om bosättning i Sverige enligt förordning 883/2004 (5230)* vid vårdtillfället. Intyget är bara giltigt i tre månader, sedan måste personen ansöka om ett nytt.

Motsvarande gäller för personer från Förenade kungariket som anses bosatta här enligt Handels- och samarbetsavtalet mellan EU och Förenade kungariket. Avtalet tecknades mellan EU:s medlemsländer och Förenade kungariket med anledning av Förenade kungarikets utträde ur EU. För personer som omfattas av avtalet utfärdas intyg 5230ukV, som också har en giltighetstid på tre månader.

Läs mer

om intygen i vägledning (2021:1) *Vård i gränsöverskridande situationer*.

3.5 Särskilda rättigheter för vissa grupper

Det här avsnittet beskriver rätten till tandvårdsstöd respektive vissa specifika gruppers rätt till tandvårdsbehandling.

3.5.1 Personer som omfattas av EU:s tjänsteföreskrifter

En person som är anställd av en EU-institution kan omfattas av EU:s interna regler, förordning nr 31 (EEG) och förordning nr 11 (EKSG) om tjänsteföreskrifter för tjänstemän och anställningsvillkor för övriga anställda i den Europeiska ekonomiska gemenskapen och Europeiska atomenergigemenskapen.

Den som omfattas av tjänsteföreskrifterna omfattas varken av arbetslandets lagstiftning eller av förordning 883/2004. Personen har heller inte rätt till EU-kort utan får ett särskilt sjukförsäkringskort, EU-institutionernas sjukförsäkringskort (EIHIC).

Personen betalar full kostnad för tandvård i Sverige och ska sedan vända sig till EU-institutionerna för att få eventuell ersättning

3.5.2 Asylsökande

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

Asylsökande har rätt till akut tandvårdsbehandling, men inte statligt tandvårdsstöd. Det är regionen som beslutar om vilken vård en asylsökande kan få. Regionen får ersättning för vården från staten, genom Migrationsverket. Tandvård som inte är akut måste patienten betala själv.

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

3.5.3 Personer som vistas i Sverige utan tillstånd

En person som vistas i Sverige utan tillstånd, till exempel på grund av ett lagakraftvunnet utvisningsbeslut, är inte försäkrad för bosättningsbaserade förmåner och har därför heller inte rätt till tandvårdsstöd. Hen har dock rätt till tandvårdsbehandling som inte kan vänta. Regionen där personen vistas beslutar om vilken akut tandvård hen kan få.

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

3.5.4 Hiv-smittade inom den svenska hälso- och sjukvården

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

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

Försäkringskassan ska även betala ut ersättning för läkemedel utskrivna av läkare eller tandläkare.

3.5.5 Totalförsvarspliktiga

Totalförsvarspliktiga kan få avgiftsfri tandvård för akut tandvård och annan nödvändig vård för att tandhälsan inte ska försämras under totalförsvarsplikten. Denna vård betalas av Försvarsmakten. För mer detaljerad information om vad som gäller, se kapitel 11 *Totalförsvarets plikt- och provningsverks föreskrifter och allmänna råd* (TPPVFS 2024:1) om förmåner till totalförsvarspliktiga.

3.5.6 Omhändertagna

Den som är omhändertagen och omfattas av den bosättningsbaserade socialförsäkringen har rätt till statligt tandvårdsstöd. Regionerna betalar tandvården för omhändertagna personer som inte är bosatta i Sverige, men har rätt till vård i Sverige med stöd av förordning 883/2004 eller konventioner och överenskommelser om sjukvårdsförmåner. Se vägledning (2021:01) *Vård i gränsöverskridande situationer*.

Följande tabell visar vad som gäller för omhändertagna personer

En omhändertagen person som ...	har rätt till ...
omfattas av den bosättningsbaserade socialförsäkringen	statligt tandvårdsstöd.
inte omfattas av den bosättningsbaserade socialförsäkringen men har rätt till vård i Sverige med stöd av förordning 883/2004 eller konventioner och överenskommelser om sjukvårdsförmåner	tandvård genom regionerna.

3.6 Arbetsskada

En person som har haft kostnader för tandvård på grund av en arbetsskada kan få ersättning från arbetsskadeförsäkringen. En förutsättning är att vårdgivaren är ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för tandvårdsstöd. Vårdgivaren ska inom två veckor rapportera och begära ersättning enligt reglerna för statligt tandvårdsstöd. Det betyder att eventuell ersättning från det statliga tandvårdsstödet lämnas innan ersättning enligt arbetsskadeförsäkringen blir aktuell.

Läs mer

om arbetsskador i vägledning (2003:4) *Förmåner vid arbetsskada*.

4 Vårdgivare

4.1 Vårdgivarens roll

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

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

Vårdgivaren är skyldig att lämna uppgifter till Försäkringskassan om sina patienters tandhälsa, utförd tandvård, aktuella priser för de ersättningsberättigande åtgärder som utförts och information om eventuella avtal om abonnemangstandvård (3 kap. 3 § STL). Uppgifterna behövs för uppföljning och statistik och för beräkning av statligt tandvårdsstöd. Skyldigheten att lämna uppgifter om utförda tandvårdsåtgärder påverkas inte av vårdgivarens pris. Det innebär att vårdgivaren även ska lämna uppgifter för de patienter som till exempel omfattas av abonnemangsavtal där vårdgivarpriset är noll kronor (15 § STF). Vårdgivaren är också skyldig att lämna upplysningar, patientjournal och övrigt material som rör undersökning eller behandling av en patient till Försäkringskassan, om Försäkringskassan begär det i ärenden om tandvårdsstöd (3 kap. 2 § STL). Försäkringskassan får hålla inne ersättning i avvaktan på att vårdgivaren fullgör sin uppgiftsskyldighet enligt 3 kap. 2 eller 3 §§ STL (4 kap. 8 a § STL).

Vårdgivaren ansvarar för att bedöma om en utförd behandling ger rätt till ersättning enligt regelverket för tandvårdsstödet. Om vårdgivaren gör en felaktig bedömning eller inte kan göra det sannolikt att det som utfördes ger rätt till tandvårdsstöd, så får vårdgivaren stå den ekonomiska risken att Försäkringskassan vid en efterhandskontroll kan komma att återkräva utbetalt tandvårdsstöd. I vårdgivarens ansvar som ansluten till tandvårdsstödet ingår även att informera patienten om priser, behandlingsalternativ, vilka material som används vid behandling med mera (8–13 § STF).

4.2 Vem är vårdgivare?

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

4.3 Vårdgivarens ansvar mot patienten

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

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

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

Om vårdgivaren inte uppfyller kraven i STF kan Försäkringskassan använda sanktioner för att säkerställa att inte tandvårdsstöd utbetalas på felaktig grund. Exempelvis kan vårdgivaren behöva förhandspröva rätten till tandvårdsstöd för den planerade tandvården innan ersättningsbegäran kan inrapporteras (4 kap. 6 § STL). Försäkringskassan kan också besluta om att avsluta en vårdgivares anslutning om den allvarligt har åsidosatt sina skyldigheter inom tandvårdsstödet, till exempel gentemot sina patienter (19 § 1 st. 5 p. STF).

4.3.1 Prislista

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

4.3.2 Vårdgivarens skyldighet att informera om behandling som inte är ersättningsberättigande

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

4.3.3 Skriftlig prisuppgift och behandlingsplan

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

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

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

Behandlingsplanen ska vara utformad så att patienten i så stor utsträckning som möjligt kan tillgodogöra sig innehållet (prop. 2007/08:49 s. 122).

4.3.4 Kvitto

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

- vårdgivarens pris
- referenspris
- åtgärds-kod.

Det ska också framgå om tandvårdsersättning har lämnats eller om tandvårdsbidraget har använts för att betala för behandlingen. Om ett tandtekniskt arbete har ingått i behandlingen, så ska det förutom kvittot också finnas en kopia av underlaget som det tandtekniska laboratoriet lämnat över kostnaderna. Kostnaden för det tandtekniska arbetet ska alltså kunna utläsas av underlaget som patienten får (11 § STF).

4.3.5 Undersökningsprotokoll

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

4.3.6 Kallelse till ny undersökning

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

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

4.3.7 Uppgifter om patientens tandvårdsstöd

För att vårdgivaren ska kunna beräkna patientens pris för en behandling på ett tillförlitligt sätt behöver vårdgivaren följande uppgifter från Försäkringskassan:

- om patienten omfattas av rätten till tandvårdsstöd
- om hen har tillgängliga tandvårdsbidrag
- hens upparbetade högstkostnadsbelopp i den pågående ersättningsperioden
- startdatumet för ersättningsperioden
- vilket datum den senaste tandvårdsåtgärden slutfördes
- om patienten har abonnemangsavtal
- om behandlingen behöver förhandsprövas innan den utförs (14 § STF).

Uppgifter om personers användning av tandvårdsstöd omfattas av sekretess enligt 28 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Det innebär att vi inte får lämna ut sådana uppgifter utan en individuell sekretessprövning i varje enskilt fall, såvida det inte finns någon sekretessbrytande bestämmelse. I 4 kap. 1 § STL finns den sekretessbrytande bestämmelse som innebär att Försäkringskassan är skyldig att på begäran av en ansluten vårdgivare tillhandahålla de uppgifter som vårdgivaren behöver för att kunna beräkna en patients kostnad för tandvård.

Vårdgivarens begäran om uppgifter ska bara avse patienter som vårdgivaren har behandlat eller står i begrepp att behandla (14 § sista meningen STF). Syftet med begäran ska vara att korrekt kunna beräkna patientens kostnad för en tandvårdsbehandling. Några andra legitima syften finns inte enligt förarbetena till STL (jfr. prop. 2007/08:49, s. 108 ff.). Det är därför inte tillåtet att begära ut uppgifterna till exempel för marknadsföring.

4.4 Vårdgivarens ansvar mot Försäkringskassan

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

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

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

Om Försäkringskassan begär det är vårdgivaren även skyldig att lämna uppgifter och visa upp journal och andra underlag som rör undersökning eller behandling av en patient i ärenden om statligt tandvårdsstöd (3 kap. 2 § STL). Det kan bli aktuellt i efterhandskontroller av redan utbetalt tandvårdsstöd eller när vi av någon anledning behöver handlägga en ersättningsbegäran manuellt.

4.4.1 Vårdgivaren bedömer om tandvården är ersättningsberättigande

Vårdgivaren har alltid ansvar för att bedöma om en tandvårdsåtgärd är ersättningsberättigande och informera sin patient om det (9 § STF). För varje ersättningsberättigande åtgärd finns ett referenspris. Av bilagorna till TLVFS framgår vilka åtgärder som är ersättningsberättigande och deras referenspriser (2 § TLVFS). Med hjälp av dessa bilagor kan vårdgivaren se om en behandling är ersättningsberättigande och även beräkna sin patients eventuella ersättning.

Om en vårdgivare gör en felaktig bedömning av de faktiska omständigheterna för en enskild patient, till exempel genom att utföra en åtgärd som inte är ersättningsberättigande i förhållande till det fastställda tillståndet, så kan vårdgivaren gå miste om ersättning eller bli skyldig att betala tillbaka utbetald tandvårdsersättning till Försäkringskassan (4 kap. 2 § STL). I en sådan situation får vårdgivaren inte kräva mer betalning från patienten. Det beror på att det alltid är vårdgivaren som ansvarar för att bedöma om en åtgärd är ersättningsberättigande eller inte (prop. 2007/08:49 s. 114–115).

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

4.4.2 Vårdgivarens pris

Det tandvårdsstöd som patienten är berättigad till beräknas utifrån det referenspris som åtgärden har. Men om vårdgivarens pris för den aktuella åtgärden är lägre är det detta pris som ska ligga till grund för beräkningen (2 kap. 4 § STL). Regelverket för tandvårdsstödet förutsätter att patienten alltid själv ska bära en del av kostnaden för sin tandvård för att kunna få ta del av stödet.

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

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

Om patienten fått rabatt

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

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

En vårdgivare som medvetet rapporterar in ett vårdgivarpris som är högre än vad som verkligen debiterats patienten i syfte att få mer i tandvårdsstöd än vad behandlingen ger rätt till gör sig skyldig till bidragsbrott. Försäkringskassan polisanmäler misstänkta bidragsbrott.

Om patienten fått en avbetalningsplan

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

4.4.3 Vårdgivaren bedömer rätten till särskilt tandvårdsbidrag

En behandlare hos vårdgivaren bedömer om en patient har rätt till särskilt tandvårdsbidrag genom att kontrollera att patienten har de intyg som behövs för att visa att hen har det. Om patienten har en livslång sjukdom som är känd av behandlaren sedan tidigare och som finns dokumenterad i tandvårdens journal, så behövs inte något intyg.

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

4.4.4 Referenspriser vid specialisttandvård

För varje tandvårdsåtgärd som ingår i högkostnadsskyddet finns ett referenspris som tandvårdsersättningen beräknas utifrån. För de flesta åtgärder finns enligt TLVFS två referenspriser, ett för allmän tandvård och ett för specialisttandvård.

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

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

Referenspriset för specialisttandvård kan också användas om det finns särskilda skäl. Det kan vara när åtgärderna i remissen kräver att specialisten även utför ytterligare åtgärder som ett led i, eller för att möjliggöra, åtgärderna i remissen. I sådana fall kan referenspriset för specialisttandvård användas även för de åtgärder som inte omnämns i remissen (allmänt råd till 5 § TLVFS 2012:2). Läs mer under avsnitt 10.4.2, *Remiss och specialisttandvård*.

4.4.5 Rapportering av abonnemangsavtal

Vårdgivarna är skyldiga att rapportera när en patient ingår ett avtal om abonnemangstandvård (16 § STF). Vilka övriga uppgifter som ska rapporteras framgår av avsnitt 7.5, *Abonnemangstandvård*.

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

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

4.4.6 Vårdgivaren avslutar ett abonnemangsavtal

Vårdgivaren kan i sitt journalsystem själv annullera ett felskapat abonnemangsavtal, under förutsättning att det är ett pågående eller ett framtida avtal. Det kan bero på att vårdgivaren har skapat ett avtal av misstag eller rapporterat ett personnummer för en annan patient än den som avtalet gäller. Anledningen till annulleringen är alltså att avtalet var fel från början och aldrig skulle ha skapats.

En vårdgivare kan även avsluta ett pågående abonnemangsavtal i förtid genom att ändra till ett tidigare slutdatum, till exempel om patienten har flyttat eller själv vill avsluta sitt avtal.

4.5 Vårdgivarens uppgiftsskyldighet

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

Följande uppgifter ska enligt 15 § STF finnas i underlaget som rapporteras:

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

Det finns inga undantag från uppgiftsskyldigheten. Vårdgivaren måste alltid rapportera in alla behandlingsåtgärder som är ersättningsberättigande i sak enligt TLVFS. Det gäller även om vårdgivaren inte tror att någon ersättning från högkostnadsskyddet kommer att

betalas ut i det individuella fallet, till exempel för att patienten inte har kommit tillräckligt högt i högkostnadstrappan eller när hen inte betalar något för den utförda behandlingen.

Skyldigheten att rapportera alla utförda tandvårdsåtgärder gäller också den tandvård som omfattas av ett gällande tandvårdsabonnemang (15 § STF). Syftet med uppgiftsskyldigheten är bland annat att det ska gå att följa upp det statliga tandvårdsstödet och tandhälsan hos befolkningen. Men rapporteringen behövs framför allt för att Försäkringskassan vid alla tidpunkter korrekt ska kunna beräkna en patients rätt till tandvårdsstöd och för att vårdgivaren ska kunna beräkna rätt pris till patienten (prop. 2007/08:49 s.91).

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

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

Vårdgivaren ska ange vem som utfört den inrapporterade behandlingen. Som huvudregel är enbart tandvård utförd av legitimerad personal ersättningsberättigande i tandvårdsstödet. När tandvården delegerats till en icke-legitimerad behandlare ska hen stå som behandlande tandläkare eller tandhygienist vid inrapporteringen av den utförda tandvården. Vårdgivaren kan i de fallen bli ombedd av Försäkringskassan att inkomma med delegationshandlingar som visar att delegeringen gått rätt till och att Socialstyrelsens regelverk om vad som får delegeras har följts. Se avsnitt 2.12 *Delegering av tandvårdsbehandling*.

4.6 Vårdgivarens ansökan om ersättning

Grunden är att alla ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som utförs ska rapporteras till Försäkringskassan (3 kap. 3 § STL). Allt statligt tandvårdsstöd begärs elektroniskt. De vårdgivare som har ett elektroniskt journalsystem som kan kommunicera med Försäkringskassans system begär ersättning, förhandsprövning med mera via sitt journalsystem. Vårdgivare som inte har ett elektroniskt journalsystem lämnar uppgifterna via tandvårdsportalen.

För att vårdgivaren ska kunna få tandvårdsstödet utbetalt måste ansökan om ersättning komma in till Försäkringskassan inom 14 dagar från att den utförda tandvårdsåtgärden slutfördes (4 kap. 8 § STL). När en tandvårdsåtgärd är slutförd regleras i 4 § TLVFS. En ersättningsbegäran som rapporteras in för sent kommer att handläggas manuellt. I samband med att vårdgivaren skickar in ersättningsbegäran ska den beskriva varför begäran inte skickats in i tid.

I enstaka undantagsfall ska Försäkringskassan kunna betala ersättning även om underlaget kommer in senare än två veckor efter att åtgärden slutfördes. Orsaker som kan godtas som ett särskilt skäl till att bevilja en för sent inkommen ersättningsbegäran är till exempel allvarig sjukdom hos vårdgivaren eller en nära anhörig (prop. 2007/08:49 s. 171). Funktionsproblem i Försäkringskassans it-system eller i ett journalsystem som godkänts av Försäkringskassan är en annan orsak.



Däremot godtas inte glömska, hög arbetsbelastning eller liknande hos vårdgivaren som orsak. Läs mer om hur Försäkringskassan bedömer om det finns särskilda skäl att bevilja ersättning för en för sent inrapporterad ersättningsbegäran i avsnitt 7.4, *Sent inkommen begäran om ersättning*.

5 Försäkringskassans administration

1 kap. 3 § STL

Försäkringskassan lämnar 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.
-

Försäkringskassan administrerar det statliga tandvårdsstödet och kontrollerar att regelverket följs. Det innebär att vi betalar ut tandvårdsersättning och tandvårdsbidrag, och har det övergripande ansvaret för att informera vårdgivare och patienter om tandvårdsstödet (prop. 2007/08:49 s. 143).

I vårt ansvar ingår också att göra relevanta efterhandskontroller, särskilt inom de delar av tandvårdsstödet där det finns en ökad risk för överutnyttjande. Läs mer om efterhandskontroller i avsnitt 10.3 *Efterhandskontroller*.

Försäkringskassan ska besluta om

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

När en vårdgivare har rapporterat in tandvårdsåtgärder som leder till en utbetalning av tandvårdsersättning eller tandvårdsbidrag, så ska Försäkringskassan göra en utbetalning inom två veckor. Det kan dock finnas särskilda skäl till att utbetalningen tar längre tid (4 kap. 8 a § STL).

Vid misstanke om att en vårdgivare avsiktligt avviker från regelverket eller medvetet har lämnat felaktiga uppgifter kan Försäkringskassan vidta sanktioner eller besluta om att avansluta vårdgivaren. Läs om sanktionsmöjligheterna i avsnitt 10.8 *Sanktioner*, och om anslutningsförfarandet i kapitel 6 *Anslutning*.

5.1 Försäkringskassan ska tillhandahålla uppgifter till vårdgivaren

4 kap. 1 § STL

Försäkringskassan ska på begäran av en vårdgivare tillhandahålla de uppgifter som vårdgivaren behöver för att kunna beräkna en patients kostnad för tandvården.

14 § STF

Försäkringskassan ska på begäran av en vårdgivare tillhandahålla uppgifter enligt 4 kap. 1 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd om

1. huruvida patienten omfattas av rätten till statligt tandvårdsstöd,
2. patientens utnyttjande av tandvårdsbidrag,
3. patientens sammanlagda kostnader för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under pågående ersättningsperiod,
4. vilket datum pågående ersättningsperiod började löpa,
5. vilket datum den senast slutförda ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden slutfördes,
6. förekomst av avtal om abonnemangstandvård enligt 2 kap. 2 § lagen om statligt tandvårdsstöd samt, i förekommande fall, abonnemangsperiod för avtalet och vilken tandvård som omfattas av det, och
7. beslut i ärenden om förhandsprövning enligt 4 kap. 5 a § lagen om statligt tandvårdsstöd.

Uppgifterna får endast avse patienter som vårdgivaren står i begrepp att behandla eller har behandlat.

Dessa bestämmelser innebär att en vårdgivare endast får begära ut uppgifter om allmänt tandvårdsbidrag, särskilt tandvårdsbidrag eller högkostnadsskydd

- för patienter som behandlats i närtid och där uppgifterna från Försäkringskassan behövs för att kunna debitera patienten rätt pris för den tandvård som har utförts
- när en patient ska behandlas och vårdgivaren behöver veta vad behandlingen kommer kosta för patienten.

En vårdgivare får alltså begära ut dessa uppgifter enbart för patienter som redan behandlats eller ska behandlas hos vårdgivaren. Det är därför inte tillåtet att göra förfrågningar till Försäkringskassans it-system om personer som inte är vårdgivarens patienter. Det är inte heller tillåtet med slentrianmässiga förfrågningar om tidigare patienter som inte har ett planerat återbesök i närtid. Förfrågningar i marknadsföringssyfte för att hitta nya kunder är därför inte tillåtna.

Eftersom Försäkringskassan endast får lämna ut uppgifterna till vårdgivare är det inte tillåtet med funktioner på webbplatser eller i appar som innebär att vem som helst kan fylla i ett personnummer och få information om en persons högkostnadsskydd eller tillgängliga tandvårdsbidrag.

Personer som inte har behandlats eller ska behandlas hos en vårdgivare och har frågor om sin rätt till tandvårdsstöd ska vända sig direkt till Försäkringskassan.

5.2 Automatiserade ansökningar, kontroller och utbetalningar

Ansökningsförfarandet inom det statliga tandvårdsstödet sker med några få undantag genom att de vårdgivare som är anslutna till Försäkringskassan digitala system för tandvårdsstöd skickar in ersättningsanspråk. Systemet godkänner 99 procent av alla ersättningsanspråk maskinellt efter att det kontrollerats av en omfattande regelmotor. De anspråk som av olika skäl inte kan beslutas maskinellt handläggs manuellt.

5.2.1 Regelmotor och applikationskontroller

Eftersom tandvårdsstödet är en nästan helt automatiserad förmån krävs en omfattande regelmotor som

- säkerställer att de begäranden om ersättning som skickas in ger rätt till ersättning
- betalar ut rätt ersättning.

Därför måste applikationskontrollerna –de maskinella kontrollerna som är inbyggda i det digitala systemet för statligt tandvårdsstöd – fungera på ett ändamålsenligt sätt.

Regelmotorns uppgift är att kontrollera att grundförutsättningarna för att kunna rapportera in patientbesök är uppfyllda.

5.2.2 Kontroll i efterhand

Det finns begränsningar i vad it-stödet kan kontrollera. Därför ska efterhandskontroller fånga upp det som inte kan kontrolleras maskinellt (prop. 2007/08:49 s. 97).

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

Läs mer om efterhandskontroller i avsnitt 10.3. Där kan du även läsa om vad Försäkringskassan kan göra när vårdgivaren inte fullgör sina skyldigheter.

5.2.3 Beslut i ärenden som inte fattas automatiskt

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

Alla beslut som fattas i ärenden som inte beslutas automatiskt ska skickas till vårdgivaren. Om vårdgivaren har begärt det ska det även skickas en kopia till den mottagning som berörs. Det betyder att vårdgivarens namn ska anges överst i adressfältet i brevet. Därunder anges mottagningens namn och adress i de fall brevet även ska skickas dit.

När Försäkringskassan fattar beslut om att inleda en sanktion skickas brevet till vårdgivarens adress.

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



5.2.4 Underrättelse om väsentlig försening och begäran om ett avgörande

Det här avsnittet beskriver överskådligt våra skyldigheter när ett ärende riskerar att bli väsentligt försenat (11§ FL) och när den enskilde begär att få ett beslut i sitt ärende (12 § FL). Om ett ärende som inletts av en enskild (alltså en vårdgivare eller en patient) är eller riskerar att bli väsentligt försenat måste vi underrätta den enskilde om det – oavsett vad det beror på. Vi ska informera om

- att vår handläggning är eller kommer att bli väsentligt försenad
- vad som har gjorts hittills och vad som saknas
- varför beslutet dröjer och hur vi planerar vår fortsatta handläggning planeras
- hur lång tid som återstår, om det är möjligt.

En väsentlig försening innebär att ärendet drar ut på tiden mer än vad som är rimligt. Vad som är rimligt beror på ärendetyp och situation.

Om det har gått mer än 6 månader utan beslut, så kan den enskilde begära att vi fattar ett beslut (så kallad dröjsmålstalan). Då måste vi antingen fatta beslut eller avslå begäran inom 4 veckor. En sådan begäran får bara göras en gång per ärende och den måste vara skriftlig.

Observera att när det är Försäkringskassan som initierat ärendet, t ex en efterhandskontroll, finns ingen skyldighet att underrätta den enskilde om ärendet drar ut på tiden. Den enskilde kan inte heller begära att Försäkringskassan fattar beslut inom en viss tid för ärenden som myndigheten initierat.

Läs mer

Vägledning 2004:7 *Förvaltningsrätt i praktiken* beskriver utförligt hur vi ska handlägga sådana ärenden. Du måste alltså ta del av den informationen för att få en komplett kunskap om vad du behöver göra.

6 Anslutning till det elektroniska systemet

3 kap. 1 § STL

För att en vårdgivare ska kunna få ersättning enligt denna lag ska vårdgivaren vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd.

[...]

6.1 Anslutning till det elektroniska systemet

En vårdgivare som vill vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd ska ansöka om det skriftligen (18 § STF). All begäran om ersättning ska rapporteras in i det elektroniska systemet.

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

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

Försäkringskassan får även neka anslutning om någon av de personer som vårdgivaren uppger har inflytande över verksamheten tidigare har varit vårdgivare eller verksamma hos en vårdgivare som allvarligt åsidosatt bestämmelserna i det statliga tandvårdsstödet (18 b § STF). Läs mer i avsnitt 6.1.2 *Personer med bestämmande inflytande* och 6.1.4 *Neka anslutning*.

Vårdgivaren har dessutom skyldighet att utan dröjsmål anmäla till Försäkringskassan om vårdgivaren inte längre har någon legitimerad behandlare anställd eller anlitad, om vårdgivaren mist sin F-skatt, eller om en person med bestämmande inflytande över verksamheten har ersatts eller om annan sådan person tillkommit (18 a § STF).

En eller flera mottagningar kan vara kopplade till vårdgivarens anslutning. Vårdgivaren kan överlåta ansvaret för uppgiftsskyldigheten gentemot Försäkringskassan till enskilda personer inom verksamheten (prop. 2007/08:49 s. 167).

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

Genom anslutningen accepterar vårdgivaren de krav som finns för att ha rätt till ersättning från det statliga tandvårdsstödet (prop. 2007/08:49 s. 167), se avsnitt 4.3, *Vårdgivarens ansvar mot patienten* och avsnitt 4.4, *Vårdgivarens ansvar mot Försäkringskassan*. Det innebär också att vårdgivaren accepterar att eventuella återkrav av utbetald ersättning kan komma att kvittas mot framtida ersättningsanspråk (4 kap. 2 § STL).

Försäkringskassan beslutar om vårdgivaren får vara ansluten till det elektroniska systemet eller inte. Om beslutet går vårdgivaren emot kan det omprövas. Läs mer i kapitel 10, *Ändring, omprövning och överklagan av beslut*.

6.1.1 Ansökan om anslutning till det elektroniska systemet

Ansökan om anslutning sker genom att vårdgivaren skickar in i den blankett som Försäkringskassan har fastställt. Samtliga firmatecknare ska skriva under ansökan och det ska finnas en notering i ansökan om vilka handlingar som har bifogats. Uppgifterna i ansökan ska stämma med uppgifterna om F-skatt från Skatteverket (gäller inte folktandvård eller region) och registreringsbevis från Bolagsverket (gäller inte enskild firma). Vårdgivaren ska dessutom visa en kopia på en giltig tandläkar- eller tandhygienistlegitimation.

Vårdgivaren ansöker även om att ansluta sina mottagningar, som då kopplas till vårdgivarens anslutning.

I ansökan om **anslutning av vårdgivare** ska det finnas uppgifter om

- vårdgivaren
- önskat datum för anslutning
- kontaktperson
- legitimerade tandläkare/tandhygienister
- firmatecknare
- andra personer med bestämmande inflytande i verksamheten
- vilka personer som ansöker om behörighetsrollen vårdgivaradministratör i det elektroniska systemet.

I ansökan om **anslutning av mottagning** ska det finnas uppgifter om

- mottagningen
- önskat datum för anslutning
- kontaktperson
- vilken eller vilka personer som ska ha behörighetsrollen mottagningsadministratör i det elektroniska systemet
- vilka personer som ska ha behörighetsrollen normalanvändare i det elektroniska systemet.

Vårdgivare ska bifoga följande handlingar när de vill ansluta sig:

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

Vårdgivaren ska även bifoga det som är tillämpligt av följande:

- **Ett hyreskontrakt** för lokalen där tandvårdsverksamheten ska bedrivas, i de fall lokalen hyrs. Om lokalen hyrs i andra hand ska även godkännande av andrahandskontraktet från hyresvärden bifogas. Vårdgivaren behöver också visa att lokalen är godkänd för tandvårdsverksamhet.
- **En kopia på beviljat bygglov**, när vårdgivaren äger fastigheten där tandvårdsverksamheten ska bedrivas. Det gäller även när vårdgivaren köpt en lokal som beviljats bygglov för att bedriva tandvård i när bygglovet beviljats till en tidigare ägare. Vårdgivaren ska kunna visa att lokalen är godkänd för tandvårdsverksamhet.
- **En kopia på aktieboken**, när vårdgivaren är ett aktiebolag. Aktieboken behövs för att Försäkringskassan ska ha rätt uppgifter om vilka personer som är delägare, och därmed kan anses ha ett bestämmande inflytande hos vårdgivaren.

Vårdgivaren ska styrka att den uppfyller villkoren för anslutning. Försäkringskassan kan därför kräva in ytterligare underlag eller uppgifter i det enskilda ärendet för att kunna fatta ett välgrundat beslut om vårdgivaren ska beviljas en anslutning eller inte.

6.1.2 Personer med bestämmande inflytande

Vissa personer hos en vårdgivare anses ha ett bestämmande inflytande över vårdgivarens verksamhet på grund av sin roll. Andra personer kan ha ett reellt bestämmande inflytande i vårdgivarens organisation utan att de har en specifik roll. Samtliga personer som har ett faktiskt inflytande ska uppges i ansökan om anslutning i enlighet med 18 § tredje stycket STF. Om vårdgivaren inte uppger alla personer som har ett bestämmande inflytande, antingen på grund av sina roller eller för att de har inflytande på något annat sätt, så kan Försäkringskassan avslå ansökan om anslutning med stöd av 18 b § STF. Vårdgivaren måste därför fylla i uppgifterna i ansökan noggrant och inte utelämna någon information.

Utöver de roller som nämns uttryckligen i 18 § 3 st. STF kan även andra personer genom sin ledande ställning eller på annat sätt anses ha ett faktiskt inflytande i vårdgivarens organisation. Det kan till exempel vara en person som är verklig huvudman eller äger en betydande andel av aktierna om vårdgivaren är ett aktiebolag. Ett annat exempel är de personer som sitter i styrelsen för ett aktiebolag som är komplementär när vårdgivaren är ett kommanditbolag. Eftersom en komplementär är obegränsat ansvarig för kommanditbolagets skulder, och dessutom ofta är firmatecknare för kommanditbolaget, skulle styrelsemedlemmarna i komplementären kunna anses ha ett bestämmande inflytande över vårdgivaren (kommanditbolaget). Försäkringskassan måste kunna säkerställa att vårdgivaren som ansöker om anslutning inte kan misstänkas komma att felutnyttja sin anslutning. Därför ska samtliga personer som har inflytande över vårdgivarens verksamhet anges i ansökan, även en person som inte har en av de uttryckligen nämnda rollerna som räknas upp i tabellen i detta avsnitt.

Varje vårdgivare, oavsett företagsform, ska uppges i ansökan vem som är dess verksamhetschef. Det ska alltid finnas minst en verksamhetschef i enlighet med 16 a § TvL. Vårdgivaren ska också alltid ange alla behandlande tandläkare eller tandhygienister som är verksamma hos vårdgivaren, om de är tio eller färre. Det ska göras oavsett behandlarens anställningstid och anställningsform. Det beror på att en behandlare som är verksam inom en mindre vårdgivarorganisation anses ha ett potentiellt bestämmande inflytande över den verksamheten. Vårdgivaren är enligt 18 a § STF skyldig att utan dröjsmål anmäla till Försäkringskassan när en behandlare inte längre är anställd eller anlitad, eller om en annan behandlare tillkommer. Uppgifterna måste alltså vara aktuella.

Vilka övriga personer som alltid, ofta med anledning av sin roll, anses ha ett bestämmande inflytande över vårdgivarens verksamhet skiljer sig lite åt beroende på vilken bolagsform vårdgivaren har.

Om vårdgivaren är ...	... Så behöver följande personer anges i ansökan, eftersom de anses ha bestämmande inflytande
en enskild firma	den enskilde näringsidkaren.
ett handelsbolag eller ett kommanditbolag	- samtliga bolagsmän (kommanditdelägare och komplementär) - övriga personer som genom en ledande ställning eller på annat sätt har bestämmande inflytande över vårdgivarens verksamhet.
ett aktiebolag	- VD (om sådan finns) - styrelseledamöter och suppleanter - andra personer som genom en ledande ställning, eller på annat sätt har bestämmande inflytande över vårdgivarens verksamhet (t ex firmatecknare, verklig huvudman m.fl.).
en ekonomisk förening	- VD (om sådan finns) - styrelseledamöter och suppleanter - andra personer som genom en ledande ställning eller på annat sätt har bestämmande inflytande över vårdgivarens verksamhet (t ex firmatecknare, verklig huvudman m.fl.).
ett fåmansföretag (aktiebolag eller ekonomisk förening)	- VD (om sådan finns) - styrelseledamöter och suppleanter - andra personer som genom en ledande ställning eller på annat sätt har bestämmande inflytande över vårdgivarens verksamhet (t ex firmatecknare, verklig huvudman m.fl.) - samtliga delägare i fåmansföretaget, inklusive de som ingår i närståendekretsen.

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

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

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

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

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

Exempel

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

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

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

6.1.3 Utredning innan anslutning

När en ansökan om anslutning kommer in till Försäkringskassan kontrollerar utredaren alla de personer som vårdgivaren har uppgett i sin ansökan. Syftet med kontrollerna är att identifiera personer som tidigare har varit verksamma hos vårdgivare som misskött sina åtaganden inom det statliga tandvårdsstödet. Därför ska vårdgivaren i ansökan uppges alla personer som har ett bestämmande inflytande över verksamheten, i enlighet med 18 § STF. Vårdgivaren ska också ange om dessa personer tidigare har varit vårdgivare eller verksamma hos en vårdgivare som har varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet.

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

6.1.4 Neka anslutning

18 b § STF

Försäkringskassan får neka en vårdgivare anslutning till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd om vårdgivaren inte uppfyller kraven i 18 § andra–fjärde styckena.

Anslutning får även nekas om någon av de personer som vårdgivaren lämnat uppgift om enligt 18 § tredje stycket tidigare har varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd och den vårdgivaren allvarligt har åsidosatt bestämmelserna i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd eller i föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen och som avser vårdgivarens skyldigheter eller förutsättningar för ersättning.

Det statliga tandvårdsstödet bygger på att en ansluten vårdgivare ges ett stort förtroende och förväntas sköta sina åtaganden. Försäkringskassan kan neka vårdgivaren tillgång till det elektroniska systemet om personer med bestämmande inflytande i vårdgivarens verksamhet tidigare har misskött tandvårdsstödet.

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

- vårdgivaren inte uppger samtliga personer som anses ha bestämmande inflytande över vårdgivarens verksamhet som de är definierade enligt punkterna i 18 § tredje stycket STF
- vårdgivaren inte anger att personerna i ansökan tidigare har varit vårdgivare eller verksamma hos en ansluten vårdgivare
- en person som enligt ansökan har bestämmande inflytande i vårdgivarens verksamhet tidigare har varit verksam hos en vårdgivare som allvarligt åsidosatt sina skyldigheter inom det statliga tandvårdsstödet.

När en person hos vårdgivaren tidigare har åsidosatt skyldigheterna för att få statligt tandvårdsstöd, så gör Försäkringskassan en helhetsbedömning för att ta ställning till om vårdgivaren ska nekas anslutning. Personen behöver inte ha haft varken ett bestämmande inflytande eller samma typ av roll hos tidigare vårdgivare. I helhetsbedömningen väger vi in hur personen har skött sina åtaganden inom tandvårdsstödet när hen tidigare har varit verksam hos andra vårdgivare.

Några exempel på omständigheter som Försäkringskassan väger in i sin bedömning:

- Försäkringskassans tidigare utredningar har visat att inrapporterad tandvård över huvud taget inte har utförts hos vårdgivaren där en person varit verksam. Det är särskilt graverande om personen i fråga angetts som behandlare eller själv rapporterat in och begärt ersättning för tandvård som inte har utförts.
- Försäkringskassan har beslutat om ett innehållande eller ett föreläggande om förhandsprövning som gäller vårdgivaren, mottagningen eller den behandlare som är en person med bestämmande inflytande enligt ansökan.
- En person som har bestämmande inflytande hos vårdgivaren har varit involverad i ett systematiskt eller överlagt felutnyttjande av tandvårdsstödet när hen varit verksam hos en annan vårdgivare. Hen kan till exempel i egenskap av behandlare ha orsakat många eller stora felutbetalningar av tandvårdsstöd. Framförallt om detta skett under upprepade tillfällen under lång tid. En person kan bedömas ha varit del i felutnyttjandet även i andra roller.
- En ansluten vårdgivare har medvetet lämnat felaktiga uppgifter till Försäkringskassan, till exempel om vem som var behandlare, i syfte att dölja att olegitimerade personer utövade tandvård. Vårdgivaren kan också ha lämnat felaktiga uppgifter om vårdgivarpris i syfte att tillskansa sig mer tandvårdsstöd än den hade rätt till.
- En ansluten vårdgivare har underlåtit att lämna uppgifter eller medvetet dolt uppgifter som har betydelse för rätten till anslutning, till exempel att det saknas en legitimerad person i verksamheten eller att vårdgivaren sedan ett visst datum inte längre har F-skatt.
- En ansluten vårdgivare har slutat att skicka in begäran om ersättning för att undvika kvittning av skuld efter stora återkrav, eller för att undvika en pågående sanktion. Vårdgivaren kan då försöka få en annan anslutning som ny vårdgivare för att undvika skulden eller sanktionen, eftersom kvittning av återkrav inte kan göras mellan olika vårdgivare.

6.1.5 Datum för anslutning

En anslutning innebär att vårdgivaren från ett visst datum har rättigheter och skyldigheter inom tandvårdsstödet och att patienter som behandlas hos vårdgivaren kan ta del av subventionerad tandvård från det att vårdgivaren har en anslutning.

Försäkringskassans beslut i ärenden om statligt tandvårdsstöd gäller som huvudregel direkt (4 kap. 9 § sista stycket). En anslutning kan därför beviljas tidigast från dagen Försäkringskassan fattar sitt beslut. Om vårdgivaren ansöker om anslutning från ett annat, senare, datum så blir det datumet startdatum för anslutningen om ansökan beviljas.

Datum för anslutning för en vårdgivare eller en av vårdgivarens mottagningar kan inte heller beviljas tidigare än det datum som Försäkringskassan utifrån vårdgivarens uppgifter kan konstatera att vårdgivaren eller mottagningen kommer att bedriva tandvård.

Det är inte möjligt att ansöka om en anslutning muntligt, eftersom det finns ett krav på att ansökan ska vara skriftlig (18 § STF).

6.1.6 Övertagande av befintlig verksamhet

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

Även eventuella ändringar i yrkesroller och behörigheter ska anmälas skriftligt till Försäkringskassan. Om den behöriga tandläkaren eller tandhygienisten som angetts i ansökan om anslutning inte kommer att vara verksam hos den nya vårdgivaren, så måste den nya ägaren skicka in ett intyg från Socialstyrelsen om vem som är ny behörig tandläkare eller tandhygienist. Den nye ägaren måste också lämna uppgifter om personer med bestämmande inflytande i den nya vårdgivarorganisationen.

Försäkringskassan utreder sedan om de nya personerna med bestämmande inflytande i vårdgivarens organisation tidigare varit verksamma inom tandvårdsstödet och om de varit del av allvarligt åsidosättande av tandvårdsstödet regler hos en annan vårdgivare. Om förhållanden är sådana att vårdgivaren hade nekats anslutning vid en nyansökan kan Försäkringskassan besluta att anslutningen för den övertagna vårdgivaren ska upphöra (19 § 4 p. STF).

Fullmakt vid övertagande av en befintlig verksamhet

Om en vårdgivare får nya ägare kan det bli ett glapp i tiden från att företaget överlåts tills de nya ägarna har blivit registrerade som de personer som har rätt att företräda bolaget. Under den tiden kan inte de nya ägarna agera med rättsligt bindande verkan för vårdgivarbolaget och därför inte heller till exempel ansöka om anslutning. I dessa fall behövs det en fullmakt från de överlåtande företrädarna för vårdgivaren. Om vårdgivaren är ett aktiebolag behöver de gamla firmatecknarna skriva en generalfullmakt som ger de nya ägarna rätt att företräda vårdgivaren tills de nya ägarförhållandena är registrerade hos Bolagsverket. Om vårdgivaren är ett handelsbolag eller kommanditbolag kallas fullmakten *prokura*. En vårdgivare som är enskild firma kan inte överlåtas och därför är det heller inte aktuellt med någon fullmakt. En köpare av en enskild firmas tillgångar får registrera en ny enskild firma, få ett nytt organisationsnummer och ansöka om en F-skattsedel.

När Bolagsverket har utfärdat ett nytt registreringsbevis ska vårdgivaren skicka det till Försäkringskassan tillsammans med ett registerutdrag från Skatteverket där de nya registrerade företrädarna framgår och sedan vilket datum företaget är godkänt för F-skatt.

Fusion

Vid fusion tas ett eller flera aktiebolags tillgångar och skulder över av ett annat aktiebolag. Det bolag som tar över de andra bolagens tillgångar och skulder kallas *övertagande bolag* och de företag som tas över kallas *överlåtande bolag*. De blir sedan inaktiva eller upphör. Om det övertagande bolaget inte redan är anslutet som vårdgivare i Försäkringskassans elektroniska system behöver det ansöka om anslutning. Fusion innebär att de överlåtande bolagen inte längre är godkända för F-skatt när fusionen gått igenom. I stället måste det övertagande bolaget ha giltig F-skatt för att ha rätt till en anslutning.

Om Försäkringskassan kommer fram till att det överlåtande bolaget har fått felaktiga utbetalningar av tandvårdsstöd före fusionen, så blir det övertagande bolaget återbetalningsskyldigt när fusionen är klar. Det är bara aktiebolag som kan fusioneras.

6.1.7 Ändrad bolagsform

När en vårdgivare ändrar bolagsform, till exempel från enskild firma till aktiebolag, så ska den anmäla avanslutning och ansöka om ny anslutning till Försäkringskassans elektroniska system. Innan vårdgivaren i den nya bolagsformen kan beviljas en anslutning utreder Försäkringskassan om villkoren för att få en ny anslutning är uppfyllda. Om vårdgivaren under en period inte har en giltig F-skattsedel i varken den gamla eller den nya bolagsformen, så har den inte heller någon rätt att få tandvårdsstöd.

6.1.8 Ändrade uppgifter efter anslutning

När vårdgivaren behöver lägga till eller ändra uppgifter om vem som är firmatecknare, legitimerad tandläkare eller tandhygienist, vårdgivaradministratör, mottagningsadministratör, normalanvändare eller personer som har bestämmande inflytande i verksamheten, så ska vårdgivaren använda blankett *Anslutning Nya eller ändrade uppgifter* (7004). Ändringar eller tillägg kan bara göras av vårdgivare eller mottagningar som är anslutna till tandvårdsportalen. Samtliga firmatecknare ska skriva under blanketten.

En vårdgivare är skyldig att utan dröjsmål anmäla ändringar om personer med bestämmande inflytande hos vårdgivaren byts ut, eller om nya sådana personer tillkommer (18 § a STF). Vilka personer som anses ha bestämmande inflytande hos vårdgivaren framgår av 18 § tredje stycket. Vårdgivaren är också skyldig att informera Försäkringskassan skyndsamt vid utebliven F-skatt, indragen tandläkar- eller tandhygienistlegitimation och om tandvård inte längre bedrivs yrkesmässigt (18 a § STF). Om vårdgivaren underlåter sin skyldighet att anmäla förändringar kan det utgöra ett sådant åsidosättande av tandvårdsstödet regelverk att Försäkringskassan kan komma att överväga att avsluta vårdgivarens anslutning med stöd av 19 § punkt 5 STF.

6.2 Avsluta anslutning

19 § STF

Försäkringskassan får besluta att anslutningen till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd ska upphöra om vårdgivaren

1. skriftligen begär att anslutningen ska upphöra,
2. har upphört att bedriva tandvård,
3. inte längre uppfyller de krav som anges i 18 § andra stycket,
4. ersätter en sådan person som anges i 18 § tredje stycket med en annan person eller om någon annan person tillkommer och det medför att förhållandena är sådana att vårdgivaren hade nekats anslutning enligt 18 b § andra stycket om det varit fråga om en ansökan om anslutning,
5. allvarligt har åsidosatt bestämmelserna i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd eller i föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen och som avser vårdgivarens skyldigheter eller förutsättningar för ersättning, eller
6. inte har påbörjat verksamheten senast sex månader efter det att Försäkringskassan meddelat beslut om anslutning.

Om en anslutning har upphört enligt första stycket, får beslut om ny anslutning meddelas efter ansökan om förutsättningarna för anslutning är uppfyllda.

Försäkringskassan följer regelbundet upp att anslutna vårdgivare uppfyller kraven för anslutning. Det gör vi genom att regelbundet kontrollera F-skatt mot Skatteverket och att vårdgivaren är aktiv i Försäkringskassans elektroniska system.

En vårdgivare kan begära omprövning av Försäkringskassans beslut om anslutning eller upphörd anslutning till det elektroniska systemet (4 kap. 9 § STL). Läs mer om omprövning i kapitel 10 *Omprövning och överklagan av beslut*.

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

En vårdgivare kan även begära att anslutningen för en eller flera mottagningar ska upphöra genom att skicka in en anmälan till Försäkringskassan. Anmälan ska vara undertecknad av samtliga firmatecknare. Försäkringskassan återkräver all utbetald tandvårdsersättning för inrapporterade ersättningsbegäranden med besöksdatum efter att anslutningen för mottagningen upphörde.

En vårdgivare som avanslutits från tandvårdsstödet kan när som helst skicka in en ny ansökan om anslutning. Försäkringskassan utreder då om den ska beviljas.

6.2.1 När vårdgivarens F-skatt återkallats

18 a § STF

Om vårdgivaren efter det att en ansökan enligt 18 § har gjorts inte längre uppfyller de krav som anges i 18 § andra stycket, eller om någon sådan person som anges i 18 § tredje stycket ersätts av en annan person eller om någon annan person tillkommer, ska vårdgivaren utan dröjsmål anmäla detta till Försäkringskassan.

När en vårdgivare inte längre är godkänd för F-skatt har den inte längre rätt att vara ansluten till det statliga tandvårdsstödet. Försäkringskassan återkräver då all utbetald tandvårdsersättning för ersättningsbegäran med besöksdatum efter att F-skatten upphörde. Om vårdgivaren blir beviljad en ny anslutning från ett senare datum har den inte rätt till tandvårdsstöd för tiden utan F-skatt.

En vårdgivare som inte längre har F-skatt ska direkt meddela Försäkringskassan det, så att vårdgivarens anslutning kan upphöra och Försäkringskassan kan förhindra att tandvårdsstöd betalas ut felaktigt. Om en vårdgivare inte skyndsamt anmäler att den inte längre har F-skatt och fortsätter att skicka in ersättningsbegäranden, så åsidosätter vårdgivaren allvarligt sina skyldigheter enligt bestämmelserna om statligt tandvårdsstöd. Försäkringskassan får i så fall besluta att avsluta vårdgivarens pågående anslutning till det elektroniska systemet enligt 19 § första stycket punkt 5 STF.

Ett beslut om avanslutning kan inte gälla bakåt i tiden, eftersom det saknas lagstöd för det. Avanslutningen ska därför gälla först från den dag som beslutet om avanslutning fattas. Det har fastställts av Förvaltningsrätten i Umeå den 17 maj 2021 i mål nr 2466–20.

Även om avanslutningen inte kan gälla bakåt i tiden ska Försäkringskassan kräva tillbaka all tandvårdsersättning som har betalats ut från den dag då vårdgivarens F-skatt återkallades. Om vårdgivaren blir godkänd för F-skatt igen kan Försäkringskassan dessutom avslå en ny ansökan om anslutning till det elektroniska systemet med stöd av 18 b § andra stycket STF. Den här frågan har prövats av Kammarrätten i Sundsvall den 7 januari 2021 i mål nr 3243–21.

En förutsättning för att Försäkringskassan ska kunna neka vårdgivaren att ansluta igen är att de personer som anges i ansökan om anslutning, exempelvis personer i ledande ställning, är samma som tidigare (18 b § andra stycket STF).

6.2.2 När personer med bestämmande inflytande tillkommer hos en vårdgivare

18 a § STF

Om vårdgivaren efter det att en ansökan enligt 18 § har gjorts inte längre uppfyller de krav som anges i 18 § andra stycket, eller om någon sådan person som anges i 18 § tredje stycket ersätts av en annan person eller om någon annan person tillkommer, ska vårdgivaren utan dröjsmål anmäla detta till Försäkringskassan.

Anslutna vårdgivare är alltså skyldiga att utan dröjsmål anmäla förändringar i kretsen av personer med bestämmande inflytande till Försäkringskassan. Försäkringskassan kan besluta att en vårdgivares anslutning ska upphöra om en ny person med bestämmande inflytande enligt 18 § 3 st. STF tillkommer eller ersätts av någon annan.

Det gäller när den nya personen tidigare har varit vårdgivare eller verksam hos en ansluten vårdgivare som allvarligt åsidosatt bestämmelser eller skyldigheter i tandvårdsstödet. Förhållandena hos vårdgivaren ska också ha blivit sådana att den hade fått avslag på sin ansökan om anslutning med anledning av den nya personen (19 § 4 p. STF).

Försäkringskassan kan utreda om vårdgivaren ska avanslutas på grund av att en ny person med bestämmande inflytande har tillkommit. Det kan ske om vårdgivaren anmäler en ny sådan person eller om vi på något annat sätt får veta att en ny person har tillkommit. Om en vårdgivare medvetet döljer att en viss person är verksam där, till exempel genom att ange felaktiga uppgifter vid inrapportering av utförd tandvård, så ses det som graverande i vår utredning och kan vara en faktor som gör att en avanslutning kan bli aktuell.

6.2.3 När vårdgivaren allvarligt åsidosatt bestämmelserna

19 § STF

Försäkringskassan får besluta att anslutningen till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd ska upphöra om vårdgivaren

[...]

allvarligt har åsidosatt bestämmelserna i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd eller i föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen och som avser vårdgivarens skyldigheter eller förutsättningar för ersättning, eller

[...]

Vad som avses med att allvarligt åsidosätta bestämmelserna får avgöras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Ofta ligger flera åsidosättanden bakom beslutet att avsluta en vårdgivares anslutning. Det vanligaste är att det i efterhandskontroller uppdagas att vårdgivaren har fått betydande ekonomisk ersättning från tandvårdsstödet utan att ha haft rätt till det. Det kan ha skett vid upprepade tillfällen eller under en längre tid. Även andra omständigheter kan göra att vi har skäl att anta att vårdgivaren medvetet har orsakat de felaktiga utbetalningarna. Vårdgivaren kan ha angett vilseledande uppgifter i sina ersättningsbegäranden, till exempel en felaktig uppgift om debiterat vårdgivarpris som resulterar i att för mycket tandvårdsstöd har betalats ut. Det kan också vara felaktiga uppgifter om när en åtgärd är slutförd, så att ersättningen beräknas på ett felaktigt högkostnadsbelopp.

Åsidosättandet kan gälla reglerna för vad som ger rätt till ersättning från tandvårdsstödet, men det kan också handla om att vårdgivaren har åsidosatt sina andra skyldigheter enligt STL, STF eller TLVFS, men som inte direkt är kopplat till utbetalt tandvårdsstöd. En vårdgivare kan till exempel rapportera in falska uppgifter för att dölja att en viss person arbetar där eller för att vården ska se ut att vara utförd av en legitimerad person trots att den inte är det. Det förekommer också att vårdgivare missbrukar möjligheten att få uppgifter från Försäkringskassan om en persons tandvårdsstöd, trots att uppgiften inte behövs för att beräkna priset för planerad eller utförd tandvård (jfr. 14 § sista stycket STF).

Andra exempel på allvarliga åsidosättanden är om en vårdgivare

- fortsätter att överutnyttja systemet när en period med sanktioner med innehållande av utbetalning eller föreläggande om förhandsprövning har upphört
- döms i domstol för att felaktigt ha tillskansats sig ersättning från tandvårdsstödet
- regelmässigt inte uppfyller sina skyldigheter gentemot Försäkringskassan och sina patienter genom att underlåta att rapportera in korrekta underlag, inte lämna underlag vid begäran om efterhandskontroll eller på annat sätt åsidosätta sina åtaganden (jfr. Ds 2018:36 s. 15ff).

En avanslutning är en mycket ingripande åtgärd mot en vårdgivare, och den ska endast komma ifråga om det rör sig om ett allvarligt åsidosättande av bestämmelserna om det statliga tandvårdsstödet. Därför ska vi i både kommunikering och beslut tydligt beskriva alla de omständigheter som sammantaget ligger till grund för beslutet om avanslutning.

6.3 Roller och behörigheter i Försäkringskassans elektroniska system

Vårdgivare som ansluts till Försäkringskassans elektroniska system har ett omfattande ansvar för att rapportera och lämna uppgifter till Försäkringskassan. All rapportering görs via det elektroniska systemet och olika roller tilldelas för inrapportering med olika behörigheter vid inrapportering via Försäkringskassans Tandvårdsportal. Användarhandledningen för Försäkringskassans Tandvårdsportal finns tillgänglig på Försäkringskassans hemsida på sidorna som riktar sig till vårdgivare.

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

6.3.1 Kontaktperson för vårdgivaren

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

6.3.2 Kontaktperson för mottagningen

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

6.3.3 Vårdgivaradministratör

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

Det är bara vårdgivaradministratören som kan registrera uppgift om bankgiro. Uppgiften kan endast fyllas i via tandvårdsportalen. Vårdgivaradministratören kan inte skapa egna mottagningar via tandvårdsportalen, utan det måste anmälas till Försäkringskassan med blanketten *Ansökan Anslutning till tandvårdsportalen – mottagning* (7002).

6.3.4 Mottagningsadministratör

Mottagningsadministratören är den person som vårdgivaren utser till att administrera och ändra vissa uppgifter om mottagningen i tandvårdsportalen. Mottagningsadministratören kan inte ändra uppgifter på vårdgivarnivå, utan det kan bara vårdgivaradministratören göra.

Mottagningsadministratören kan bara ändra uppgifter för den mottagning som hen har fått behörighet till. Hen kan även söka fram betalningsspecifikationer för sin mottagning som visar vilken ersättning Försäkringskassan har betalat ut. En mottagningsadministratör kan skicka över en betalningsspecifikation till sitt journalsystem för en mottagning som hen har behörighet för.

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

6.3.5 Normalanvändare

En normalanvändare kan använda tandvårdsportalen för att skicka in underlag och begära ersättning genom att rapportera in utförd tandvård till Försäkringskassans elektroniska system. Hen har däremot inga administratörsrättigheter. En vårdgivare med ett journalsystem som kan kommunicera med Försäkringskassan kan anmäla en normalanvändare, som via tandvårdsportalen kan rapportera in begäran om ersättning eller förhandsprövning.

7 Begäran om ersättning och beräkning

7.1 Tandvårdsbidrag i förhållande till tandvårdsersättning

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

7.2 Beräkning av tandvårdsersättning

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

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

Exempel

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

Försäkringskassan beräknar Bertils sammanlagda ersättning så här:

- Bertil betalar 3 000 kronor.
- Ersättningen för resterande belopp upp till 15 000 kronor är 50 procent av 12 000 kronor, det vill säga 6 000 kronor.
- Ersättningen för resterande belopp upp till 47 000 kronor är 85 procent av 32 000 kronor, det vill säga 27 200 kronor.

Bertil's ersättning blir alltså 33 200 kronor (6 000 kronor plus 27 200 kronor). Det innebär att han själv betalar 13 800 kronor för sin behandling som totalt kostade 47 000 kronor.

7.3 Prisberäkning vid tandvårdsbidrag

Om patienten väljer att använda båda tandvårdsbidragen i en ersättningsbegäran kommer det särskilda tandvårdsbidraget (STB) alltid att dras före det allmänna tandvårdsbidraget (ATB). Tandvårdsbidragen räknas av från vårdgivarens pris.

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

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

Exempel

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

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

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

Exempel

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

Vid betalningen vill Lisa använda båda sina ATB på 300 kronor som hon har tillgängliga. ATB beräknas för åtgärd 103, eftersom båda åtgärderna i besöket har samma vårdgivarpris men åtgärd 103 har ett lägre referenspris än åtgärd 301. Se tabellen.

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

7.4 Sent inkommen begäran om ersättning

4 kap. 8 § STL

För att vårdgivaren ska kunna få ersättning enligt denna lag, ska ansökan om ersättning ges in till Försäkringskassan inom två veckor från det att den tandvårdsåtgärd för vilken ersättning begärs har slutförts. Om det finns särskilda skäl, kan Försäkringskassan betala ut ersättning även om ansökan har kommit in för sent.

7.4.1 Särskilda skäl

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

Rättsfall

Frågan om särskilda skäl har prövats av Kammarrätten i Sundsvall den 17 januari 2012 i mål nummer 2555–2568–11 och 2585–2589–11. I målet hade vårdgivaren inte kunnat begära ersättning i tid eftersom såväl dator som backupsystem hade havererat. Kammarrätten anförde att särskilda skäl normalt utgörs av en undantagssituation som inte rimligen kan förutses och rent allmänt framstår som ursäktlig, och att situationen i detta fallet var just en sådan situation.

Begäran om ersättning handläggs manuellt om åtgärderna rapporterats in senare än två veckor efter att de slutfördes. Försäkringskassan ska då bedöma om det finns några särskilda skäl som gör att ersättningsbegäran ska beviljas trots att den rapporterats in för sent.

För sent inkomna ersättningsbegäranden med vårdgivarpris 0 kronor kan godkännas, eftersom de inte genererar någon ersättning utan bara innebär att vårdgivaren uppfyller sin skyldighet att rapportera in all ersättningsberättigande vård.

Om vi bedömer att det inte framgår något särskilt skäl som gör att ersättningen ska beviljas trots förseningen, så ska det inte påverka bedömningen av om tandvårdsåtgärderna i sig är ersättningsberättigande eller inte (2 kap. 4 § och 4 kap. 8 § STL). Det innebär att patientens högkostnadsgrundande belopp ska räknas upp trots att vårdgivaren inte har rätt till någon ersättning. Läs mer under *7.4.2 Högkostnadsskydd och tandvårdsbidrag vid sen inrapportering*.

Några exempel på tänkbara särskilda skäl:

Funktionsproblem i IT-stöd

Ett särskilt skäl kan vara funktionsproblem i Försäkringskassans it-stöd som gör att vårdgivaren inte kan lämna in underlag och begära ersättning (prop. 2007/08:49 s.171). Även funktionsproblem i de elektroniska journalsystem som är anslutna till Försäkringskassan kan godtas som särskilda skäl. Men så snart funktionsproblemen har upphört finns inte längre något hinder att rapportera in ersättningsbegäran. Då finns det inte längre några särskilda skäl att godta en sen inrapportering.

Personliga skäl

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

Försäkringskassan accepterar personliga skäl bara om de faktiskt gjorde att vårdgivaren var förhindrad att rapportera in ersättningsbegäran i tid. Det innebär att det inte finns några särskilda skäl om någon annan person hos vårdgivaren hade kunde rapportera in ersättningsbegäran. Om det inte fanns någon annan som hade behörighet att rapportera in ersättningsbegäran ska vårdgivaren styrka sjukdomen som utgör de personliga skälen med ett läkarintyg.

När regionen har förhandsprövat en tandvårdsåtgärd

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

Om det i efterhand visar sig att vårdgivarens bedömning var felaktig och att regionen inte ersätter den utförda tandvårdsåtgärden, så kommer begäran om ersättning från det statliga tandvårdsstödet att lämnas in för sent. I den situationen kan det anses som ett särskilt skäl. Försäkringskassan kan betala ut ersättning trots att begäran kom in för sent. Vårdgivaren behöver i ett sådant fall kunna styrka detta med underlag, till exempel en kopia på regionens beslut.

7.4.2 Högkostnadsskydd och tandvårdsbidrag vid sen inrapportering

Även om Försäkringskassan bedömer att det inte framgår något särskilt skäl som gör att ersättningen ska beviljas trots förseningen, så ska patientens högkostnadsbelopp räknas upp.

En slutförd ersättningsberättigande tandvårdsåtgärd som har rapporterats in av en vårdgivare ska kunna ingå i beräkningen av en patients sammanlagda kostnader enligt 2 kap. 4 § STL, även om vårdgivaren inte uppfyller förutsättningarna för att kunna få ersättning för tandvårdsåtgärden. Det innebär att om tandvården är ersättningsberättigande ska patientens högkostnadsbelopp räknas upp, men Försäkringskassan ska inte betala ut något tandvårdsstöd med anledning av den för sent inrapporterade ersättningsbegäran.

Läs mer

Se FKRS 2024:10 *Beräkning av patientens sammanlagda kostnader när vårdgivaren inte kan få ersättning för tandvårdsåtgärden.*

Pågående ersättningsperioder

Patientens högkostnadsbelopp i en ersättningsperiod som pågår när den sena inrapporteringen sker ska räknas upp utifrån den ersättningsberättigande vård som rapporterats in. Förutsättningen är dock att åtgärden skulle ha varit ersättningsberättigande om den rapporterats in i tid. Däremot ska varken tandvårdsersättning eller tandvårdsbidrag betalas ut till vårdgivaren. Det gäller både den för sent inkomna begäran och redan beslutade ersättningsbegäranden i samma ersättningsperiod, oavsett vilken vårdgivare som rapporterat in dem.

Avslutade ersättningsperioder

Patientens högkostnadsskydd ska räknas upp när en för sent inrapporterad ersättningsbegäran gäller åtgärder som slutförts i en avslutad ersättningsperiod och det inte finns några särskilda skäl som gör att vårdgivaren har rätt till ersättning. Vi behöver dock inte meddela patienten, eftersom perioden är avslutad. Vi tar emot ersättningsbegäran främst för att vårdgivaren ska ha uppfyllt sin skyldighet att lämna uppgifter som blir en del av statistiken för uppföljning och utvärdering.

Varken tandvårdsersättning eller tandvårdsbidrag betalas ut om det inte finns särskilda skäl för det. Det gäller även redan beslutade ersättningsbegäranden, oavsett vilken vårdgivare som har rapporterat in dem.

Återrapportering av återtagna ersättningsbegäranden

En vårdgivare kan rapportera in en begäran om ersättning i tid, men ta tillbaka den efter att beslut har fattats för att den innehåller någon felaktighet. När vårdgivaren sedan rapporterar in en ny begäran kan den komma in för sent och därför behöva handläggas manuellt. Om summan av begärd tandvårdsersättning och eventuellt tandvårdsbidrag i den nya ersättningsbegäran helt överensstämmer med den återtagna, så kan vi bevilja den nya ersättningsbegäran trots att den kommit in för sent. Det särskilda skälet är då att anspråket på ersättning redan har godkänts vid ett tidigare tillfälle. Den felaktighet som gjorde att vårdgivaren återtog ersättningsbegäran gällde alltså en uppgift som inte påverkar ersättningens storlek, till exempel att fel tandnummer eller fel datum när åtgärden slutfördes angavs. Det är dock under förutsättning att förändringen inte påverkar ersättningsperiodens start- eller slutdatum.

Om vårdgivaren i den nya ersättningsbegäran rapporterar in åtgärder som skulle kunna ge högre ersättning, eller begär tandvårdsbidrag som inte fanns med i den återtagna begäran, så finns det som regel inte några särskilda skäl för att bevilja mer ersättning än vad som redan har betalats ut. Anledningen till den nya ersättningsbegäran är sannolikt att vårdgivaren hade glömt något, till exempel att begära tandvårdsbidrag, eller feltolkat regelverket och kommit på att fler eller helt andra åtgärder utfördes som skulle kunna ge högre ersättning. Detta är inte särskilda skäl som gör att mer ersättning till vårdgivaren kan beviljas.

Även om vårdgivaren inte har rätt till mer ersättning än i den ursprungliga ersättningsbegäran, så har patienten rätt att få sitt högkostnadsgrundande belopp uppräknat om det blir aktuellt, eftersom tandvården som utfördes är ersättningsberättigande i sak (jämför med FKRS 2024:10). Vi behöver därför se till att patienten får tillgodoräkna sig en eventuell uppräkning av det ersättningsgrundande beloppet, men utan att betala ut någon ytterligare ersättning, varken i det nya, godkända, ersättningsanspråket eller i påföljande redan godkända ersättningsbegäranden.

Om vårdgivaren i den nya ersättningsbegäran däremot rapporterar in åtgärder som skulle ge mindre ersättning, kan Försäkringskassan bevilja den nya ersättningsbegäran trots att den kommit in för sent.



7.5 Abonnemangstandvård

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

7.5.1 Abonnemangsavtal

2 kap. 2 § STL

Tandvårdsbidrag får även användas för betalning enligt ett avtal om abonnemangstandvård, om avtalet innebär att vårdgivaren under en period av tre år till ett fast pris ska utföra den tandvård som patienten behöver i form av

1. undersökningar och utredningar,
2. hälsofrämjande insatser,
3. behandling av sjukdoms- och smärttillstånd, samt
4. reparativ vård.

Avtalet får även omfatta annan tandvård än som sägs i första stycket. Lag (2011:1189).

En patient kan varje år eller halvår använda sitt tandvårdsbidrag som delbetalning för abonnemangstandvården. När tandvårdsbidraget används till abonnemanget så behöver det inte göras i samband med att en ersättningsberättigande åtgärd utförs. Det finns inget hinder mot att betalningen fördelas på flera tillfällen, exempelvis i form av en månadsavgift.

Abonnemangsavtalet omfattar också undersökning och behandling vid akut vårdbehov. Patienten kan även välja att utvidga abonnemangsavtalet till att omfatta annan tandvård.

16 § STF

När ett avtal om abonnemangstandvård enligt 2 kap. 2 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd har ingåtts eller upphört att gälla i förtid, ska vårdgivaren inom två veckor från det att avtalet har ingåtts eller upphört att gälla lämna uppgift om detta till Försäkringskassan.

När ett avtal har ingåtts ska uppgift lämnas om

1. abonnemangsperioden,
 2. vilken tandvård som omfattas av avtalet, och
 3. avgiften för abonnemanget.
-

Vårdgivaren ska rapportera in abonnemangsavtalen till Försäkringskassan.

7.5.2 Begäran om tandvårdsbidrag i avtal (BTB-avtal)

När vårdgivaren begär ersättning för tandvårdsbidrag som har använts som delbetalning av ett avtal om abonnemangstandvård görs detta genom transaktionstypen "Begäran om tandvårdsbidrag för avtal om abonnemangstandvård", BTB-avtal. Vårdgivaren skapar begäran genom en efterföljande transaktion på avtalet där den begär tandvårdsbidrag. När ersättning begärs för ett särskilt tandvårdsbidrag går det endast att begära hela det belopp som är tillgängligt, bidragsbeloppet går inte att dela.

Utredning av om patienten är försäkrad i Sverige görs inte när abonnemangsavtalet skapas, utan först när vårdgivaren rapporterar in ersättningsbegäran eller begär tandvårdsbidrag genom ett BTB-avtal.

För att ha ett avtal registrerat i det statliga tandvårdsstödet och rätt till tandvårdsbidrag genom avtalet ska patienten uppfylla villkoren för bosättning under abonnemangsperioden eller ha ett intyg om rätt till vårdförmåner i Sverige. Patienter som endast har rätt till nödvändig tandvård har dock inte rätt till tandvårdsbidrag som är kopplat till abonnemangsavtal, eftersom det rör sig om ett avtal om planerad vård.

BTB-avtal kopplade till abonnemangsavtal som annulleras

Om vårdgivaren annullerar ett abonnemangsavtal kräver Försäkringskassan tillbaka de tandvårdsbidrag som felaktigt har betalats ut till vårdgivaren och använts som delbetalning av abonnemangsavtalet. Tandvårdsbidragen blir då tillgängliga på nytt för patienten.

Ett BTB-avtal som har skickats in och ligger för manuell handläggning kommer att avskrivas.

BTB-avtal kopplade till abonnemangsavtal som avslutas i förtid

Om vårdgivaren avslutar ett abonnemangsavtal i förtid kan det leda till att Försäkringskassan kräver tillbaka tandvårdsbidrag som har betalats ut. Om tandvårdsbidragen som användes som delbetalning av abonnemangsavtalet var tillgängliga

- **efter** abonnemangsavtalets nya slutdatum kräver vi tillbaka utbetalade tandvårdsbidrag, som då blir tillgängliga på nytt för patienten
- **före** abonnemangsavtalets nya slutdatum kräver vi inte tillbaka dem.

Om ett BTB-avtal inte har kunnat beslutas automatiskt av Försäkringskassans it-stöd, så behöver vi utreda det manuellt för att kunna avgöra om de begärda tandvårdsbidragen ska betalas ut eller inte.

7.5.3 Abonnemangsavtal i förhållande till tandvårdsersättning

Ett abonnemangsavtal i sig är inte en ersättningsberättigande åtgärd och patientens kostnad för det ska därför inte ligga till grund för beräkning av tandvårdsersättning.

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

Ett undantag är i de fall behandlingen utförs på grund av arbetsskada eller olycksfall. Då kan den utförda tandvården ligga till grund för beräkning av tandvårdsersättning trots att behandlingen ingår i abonnemanget.

Exempel

William har ett abonnemangsavtal med sin tandläkare. Avtalet omfattar bara den obligatoriska vården. Han betalar 90 kronor varje månad för sitt abonnemang. Han brukar använda sitt allmänna tandvårdsbidrag, så att hans årskostnad för avtalet blir 780 kronor, det vill säga 90 kronor per månad minus 300 kronor. Denna kostnad är inte ersättningsberättigande och kan alltså inte ligga till grund för högkostnadsskyddet.

7.6 Metodstöd för att avsluta eller annullera abonnemangsavtal

7.6.1 Annullera eller avslutar ett abonnemangsavtal i förtid

Om Försäkringskassan får uppgift om att ett abonnemangsavtal aldrig skulle ha skapats, ska abonnemangsavtalet annulleras. Det går också att annullera ett avtal där avtalsperioden redan har passerat. Försäkringskassan kan även avsluta ett pågående eller ett avslutat abonnemangsavtal i förtid genom att ändra abonnemangsavtalets slutdatum.

Oavsett om abonnemangsavtalet annulleras eller avslutas kan en utredning behöva göras för att ta ställning till om använda tandvårdsbidrag har betalats ut felaktigt.

Även vårdgivaren kan annullera och avsluta ett pågående eller framtida abonnemangsavtal. De felaktigt utbetalda tandvårdsbidragen korrigeras och krävs automatiskt tillbaka från vårdgivaren i dessa fall. Tandvårdsbidragen blir genom den automatiska korrigeringen tillgängliga på nytt för patienten. Om de inte har passerat 2 årsgränsen

Om en patient aldrig har uppfyllt villkoren för bosättning under abonnemangsperioden ska abonnemangsavtalet annulleras.

7.6.2 Att avsluta ett abonnemangsavtal och utreda kopplade BTB Avtal

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

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

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

7.6.3 Annullera ett abonnemangsavtal som felaktigt skapats

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

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

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

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

7.6.4 Handlägga BTB Avtal när vårdgivaren har annullerat ett abonnemangsavtal

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

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

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

7.6.5 Avsluta ett abonnemangsavtal i förtid

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

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

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

7.6.6 Handlägga BTB Avtal när vårdgivaren har avslutat ett abonnemangsavtal i förtid

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

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

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

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

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

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

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

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

8 Förhandsprövning

I följande tre situationer kan vårdgivaren behöva ansöka om att Försäkringskassan i förväg prövar om en behandling kan ge rätt till tandvårdsstöd:

- En protetisk konstruktion behöver göras om inom en angiven tid (4 kap. 5 § STL). Se avsnitt 8.1.
- Försäkringskassan behöver pröva om en patient uppfyller förutsättningarna för att ha rätt till särskilt tandvårdsbidrag (4 kap 5 a § STL). Då kan både vårdgivaren och patienten själv ansöka om förhandsprövning. Se avsnitt 8.2.
- Försäkringskassan har förelagt en vårdgivare, mottagning eller behandlare att ansöka om förhandsprövning av rätten till tandvårdsstöd för vissa eller alla tandvårdsåtgärder innan behandlingen utförs för att ersättning ska kunna betalas ut (4 kap. 6 § STL). Denna typ av förhandsprövning används som en sanktion när vårdgivaren, mottagningen eller behandlaren i väsentlig utsträckning har åsidosatt bestämmelserna i tandvårdsstödet. Se avsnitt 8.3.

8.1 Förhandsprövning vid omgörning av en protetisk konstruktion

Grundregeln är att fast eller avtagbar protetik som måste göras om inom en viss fastställd tid inte ger rätt till tandvårdsersättning igen (4 kap 3 § 1 p. STL). Den fastställda tiden framgår av TLVFS. Utgångspunkten är att en protetisk konstruktion ska ha en lägsta beräknad livslängd. För fast protetik är tidsgränsen tre år. För avtagbar protetik är tidsgränsen ett år. Det innebär att en protetisk behandling som måste göras om eller repareras inom denna tid inte är ersättningsberättigande, eftersom den redan har genererat rätt till tandvårdsstöd när den rapporterades in efter slutförandet.

Läs mer

Läs mer om vad som gäller för fast och avtagbar protetik i TLVFS (bilaga 1, villkor D.5–D.6, E.5–E.9, och E.15).

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

Tandvårdsersättning kan betalas ut efter godkänd förhandsprövning när en patient väljer att göra om behandlingen hos en annan vårdgivare än den som utförde den ursprungliga behandlingen. Läs mer i avsnitt 8.1.3 *Omgörning – annan vårdgivare*.

I vissa fall kan ny ersättning betalas ut efter förhandsprövning om behandlingen omfattas av regler om undantag från grundregeln om att protetiska behandlingar bara kan ge tandvårdsstöd en gång inom en viss tid. Det gäller oavsett om behandlingen görs om hos samma vårdgivare eller hos någon annan. Läs mer i avsnitt 8.1.4 *Undantag från omgörningsreglerna*.

8.1.1 Ansökan om förhandsprövning

Det finns en spärr i Försäkringskassans elektroniska system som gör att det bara går att begära ersättning för en protetisk behandling som görs om inom den fastställda tiden om det finns en beslutad förhandsprövning.

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

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

4 kap. 5 § STL

I fall som avses i 3 § första stycket, ska behovet av att göra om den protetiska behandlingen förhandsprövas av Försäkringskassan innan den nya behandlingen påbörjas.

Innan behandlingen påbörjas ska Försäkringskassan pröva om

- konstruktionen behöver göras om
- det i så fall beror på att den ursprungliga behandlingen var bristfälligt utförd.

Ansökan om förhandsprövning ska som regel skickas in innan behandlingen påbörjas, om inte behandlingen omfattas av undantagsreglerna D.6 och E.9 i TLVFS (se avsnitt 8.1.4 *Undantag från omgörningsreglerna*). Men om det av odontologiska eller medicinska skäl är nödvändigt att påbörja behandlingen innan förhandsprövningen är gjord, så ska ansökan lämnas till Försäkringskassan inom två veckor från att åtgärden påbörjades (10 § FKFS 2008:6). Även andra särskilda skäl kan godtas som orsak till att vårdgivaren bedömt att det varit nödvändigt att påbörja eller genomföra behandlingen utan att förhandsprövning gjorts (7 § STF).

Om den ersättande protetiska behandlingen slutförs efter omgörningens fastställda tid, så ska vårdgivaren begära ersättning som vanligt, även om Försäkringskassan har beviljat ansökan om förhandsprövning. Vårdgivaren ska ange det pris som patienten betalar för åtgärden. Tandvårdsstödet ska inte betalas ut om patientens pris är 0 kronor på grund av en garanti som vårdgivaren erbjuder, eftersom patienten inte har haft någon kostnad för behandlingen.

Särskilt om förhandsprövning på grund av regel E.17 i TLVFS

Regel E.17 tillkom i TLVFS som trädde i kraft den 15 januari 2025. Den anger att ansökan om förhandsprövning ska ske i vissa specifika behandlingssituationer, trots att det inte är en vanlig omgörningssituation där en ersättningsberättigande protetisk konstruktion behöver göras om. Regeln gäller omgörning av implantatkonstruktioner som involverar implantat i tandposition 7 eller 8, det vill säga implantat i tandpositioner som normalt inte är ersättningsberättigande enligt TLVFS.

Förhandsprövningen ska göras innan tandvårdsåtgärderna utförs, precis som vid vanliga omgörningssituationer. Det innebär att det inte går att förhandspröva rätten till ersättning i efterhand, vilket kan leda till att Försäkringskassan kräver tillbaka ersättningen för den nya konstruktionen om vi i en efterhandskontroll upptäcker att det inte har gjorts någon förhandsprövning.

Exempel på regel E.17

Patienten har ett implantat i position 7 eller 8 och behöver en ny implantatstött konstruktion. Då kan det finnas omständigheter som ger rätt till ersättning för situationer där den nya konstruktionen ska kopplas till de befintliga implantaten.

När vi utreder detta kontrollerar vi därför att ansökan om förhandsprövning har kommit in i rätt tid och att det finns ett implantat i position 7 eller 8 som en ny konstruktion kan kopplas till.

Läs mer i TLVFS om regel E.17 och när den kan vara aktuell.

8.1.2 Omgörning – samma vårdgivare

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

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

8.1.3 Omgörning – en annan vårdgivare

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

Förutsättningarna för omgörningsreglernas begränsningar är att behandlingen inte ger rätt till ersättning igen inom en fastställd tid enligt TLVFS. När en protetisk behandling behöver göras om på grund av brister i den ursprungliga konstruktionen, och patienten väljer att göra den nya behandlingen hos en annan vårdgivare, så får Försäkringskassan återkräva den utbetalda tandvårdsersättningen från den vårdgivare som utförde den ursprungliga behandlingen och i stället betala ut ersättningen till den vårdgivare som utför omgörningen. På så vis kommer tandvårdsstöd att ha betalats ut bara en gång (4 kap. 3 § STL).

Det innebär att Försäkringskassan, enkelt uttryckt, flyttar ersättningen från den vårdgivare som gjorde den ursprungliga behandlingen till den vårdgivare som utför omgörningen. Patientens karensbelopp eller ersättningsperiod påverkas inte, eftersom patienten redan har fått behandlingen subventionerad första gången den utfördes.

Försäkringskassan betalar högst ett belopp som motsvarar det belopp som får krävas tillbaka från den vårdgivare som utförde den ursprungliga behandlingen. Ersättningen får dock inte överstiga det lägsta priset för att göra om behandlingen – vårdgivarens pris eller referenspriset (6 § STF).

I stället för att kräva tillbaka ersättningen från den vårdgivare som gjorde den ursprungliga behandlingen kan Försäkringskassan kvitta det återkrävda beloppet mot en annan fordran på ersättning som samma vårdgivare har (4 kap. 3 § STL).

Patienten har vid den ursprungliga behandlingen fått tandvårdsstöd för åtgärden och även fått sitt högkostnadsskydd uppräknat. Det innebär att patientens ersättningsgrundande belopp vid tidpunkten för omgörningen inte påverkas när tandvårdsersättningen flyttas mellan de två vårdgivarna.

Exempel

Juan blev behandlad med en fast tandstödd bro hos sin ordinarie tandläkare Karin Karlsson. Hans ersättningsnivå var 85 procent när bron slutfördes, eftersom han hade fått annan tandvård tidigare under ersättningsperioden. Tandläkare Karlsson fick 7 650 kronor i tandvårdsersättning för behandlingen.

Bron gick sönder efter femton månader. Juan vände sig då till tandläkare Barbro Olsson för att få den reparerad. Vid besöket hos tandläkare Olsson berättade Juan att bron bara var femton månader. Tandläkare Olsson insåg att Försäkringskassan måste förhandspröva omgörningsbehovet. Hon ansökte därför om en förhandsprövning.

Försäkringskassan bedömde att bron måste göras om. I beslut till tandläkare Olsson stod det att omgörningen kommer att ersättas under förutsättning att behandlingen avslutas inom den fastställda tiden och att ersättningen är högst 7 650 kronor.

Tandläkare Olsson gjorde om bron och rapporterade in behandlingen till Försäkringskassan. Priset var 6 500 kronor. Varken Juans ersättningsgrundande belopp i högkostnadsskyddet eller ersättningsperioden påverkades. Försäkringskassan godkände begäran om ersättning och betalade ut 6 500 kronor, eftersom beloppet inte var högre än det beslutade högsta beloppet.

8.1.4 Undantag från omgörningsreglerna

Det finns undantag från omgörningsreglernas begränsningar som innebär att en vårdgivare i vissa fall kan få ny ersättning för att göra om eller reparera en protetisk behandling. Undantagen finns i reglerna D.6 och E.9 i TLVFS.

För att Försäkringskassan ska kunna utreda om behandlingen omfattas av undantagsreglerna och därmed kan ge rätt till tandvårdsstöd igen måste vårdgivaren skicka in en ansökan om förhandsprövning. Vid förhandsprövningen ska Försäkringskassan fastställa om något av undantagen i D.6 eller E.9 kan tillämpas. Om behandlingen omfattas av undantagsreglerna är åtgärderna ersättningsberättigande och tandvårdsersättning kan betalas ut igen, oavsett om behandlingen utförs hos samma vårdgivare eller hos någon annan.

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

En ny behandling kan ge rätt till ersättning till exempel om

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

Det får alltså inte röra sig om brister i den ursprungliga behandlingen som vårdgivaren ansvarar för. Då gäller de vanliga begränsningarna i omgörningsreglerna.

Att äta kött och råka tugga på ett ben är inte ovanligt och bör anses ingå i det normala användandet av tänderna eller protetiken. Om en protetisk konstruktion går sönder av vad som kan sägas vara normal användning är det inte aktuellt med ny ersättning med stöd av undantag, eftersom det inträffade inte kan anses som yttre våld på konstruktionen. Med yttre våld avses alltså andra, mer oförutsägbara situationer. Det kan till exempel röra sig om att patienten ramlade och protesen fick en fraktur i fallet.

Om en patient inte kan vänja sig vid en nygjord avtagbar protes, så kan vårdgivaren få ersättning för att i stället laga eller anpassa den gamla protesen. I den här situationen måste vårdgivaren ansöka om förhandsprövning. Någon ersättning för en helt ny protes inom den angivna tidsgränsen är alltså inte aktuell enbart för att patienten inte trivs med sin protes.

8.1.5 Ansökan om förhandsprövning vid undantag

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

Om vårdgivaren ansöker om förhandsprövning vid undantag mer än två veckor efter att behandlingen var slutförd, så får vi bedöma om det finns särskilda skäl att godta den på samma sätt som vid en vanlig för sent inskickad ersättningsbegäran. Vårdgivaren behöver därför förklara varför ansökan gjordes för sent. Försäkringskassan beslutar sedan om det finns särskilda skäl att godkänna ansökan.

Om behandlingen omfattas av undantag är principen för att beräkna ersättningen densamma oavsett om behandlingen görs om hos samma vårdgivare eller hos någon annan. Ersättning kan betalas ut igen för åtgärder som normalt bara kan ge tandvårdsstöd en gång under den angivna tidsperioden. Därför spelar det ingen roll vilken vårdgivare som gjorde om behandlingen.

När behandlingen har slutförts ska vårdgivaren rapportera in åtgärderna som omfattas av den godkända förhandsprövningen. Det innebär att eventuella andra åtgärder som utförts samtidigt och inte omfattats av förhandsprövningen ska rapporteras som en vanlig ersättningsbegäran.

Tandvårdsersättningen beräknas utifrån patientens aktuella ersättningsgrundande belopp och referenspriset för åtgärden, eller vårdgivarpriset om det är lägre. Det innebär att ersättningen betalas ut och patientens ersättningsgrundande belopp räknas upp. Patienten får alltså sin behandling subventionerad från tandvårdsstödet igen om omgörningen omfattas av undantagsreglerna.

8.1.6 Mer omfattande behandling vid omgörning – en annan vårdgivare

En omgörning kan i vissa fall godkännas även om det är en mer omfattande behandling än den ursprungliga. Den nya behandlingen behöver kanske omfatta ytterligare tänder eller består av andra ersättningsberättigande åtgärder, till exempel implantatbehandling i stället för tandburna kronor. I dessa fall ska Försäkringskassan uppdatera patientens ersättningsgrundande belopp i den pågående ersättningsperioden till den del som avser de mer omfattande och tillkommande åtgärderna i konstruktionen (6 § STF). Bestämmelsen gäller endast när

- vården inte är ersättningsberättigande igen enligt TLFVS
- inga villkor för undantag från omgörningsbegränsningarna är uppfyllda
- vården utförs av en annan vårdgivare.

Detta innebär att det bara kan bli aktuellt att betala ut tandvårdsersättning för en mer omfattande behandling vid omgörning hos samma vårdgivare, när omgörningen omfattas av undantagsreglerna.

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

Exempel

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

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

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

Försäkringskassan bedömer att det finns ett omgöringsbehov och godkänner behandlingsförslaget.

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

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

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

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

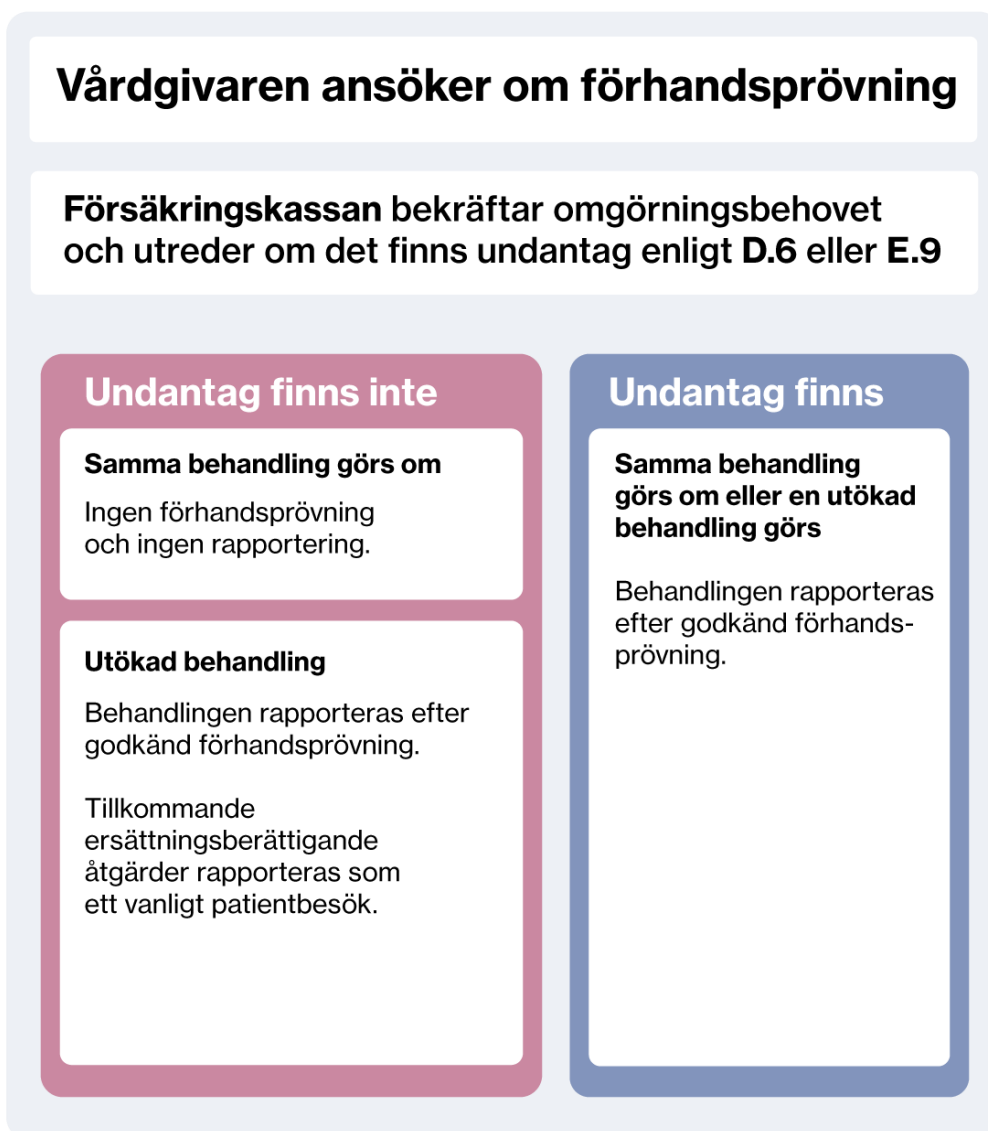
Folktandvården som utförde den första behandlingen återkrävs på tandvårds-ersättningen för den ursprungliga behandlingen och den betalas ut till tandläkare Avellana, som hanterat omgörningen.

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

8.1.7 Illustrationer av reglerna för omgörning och undantagen från reglernas begränsningar

I det här avsnittet illustreras de olika situationer som avsnitten tidigare beskrivit när en behandling behöver göras om. I det ena fallet görs den ursprungliga behandlingen om hos samma vårdgivare och i det andra fallet görs den om hos en annan vårdgivare.

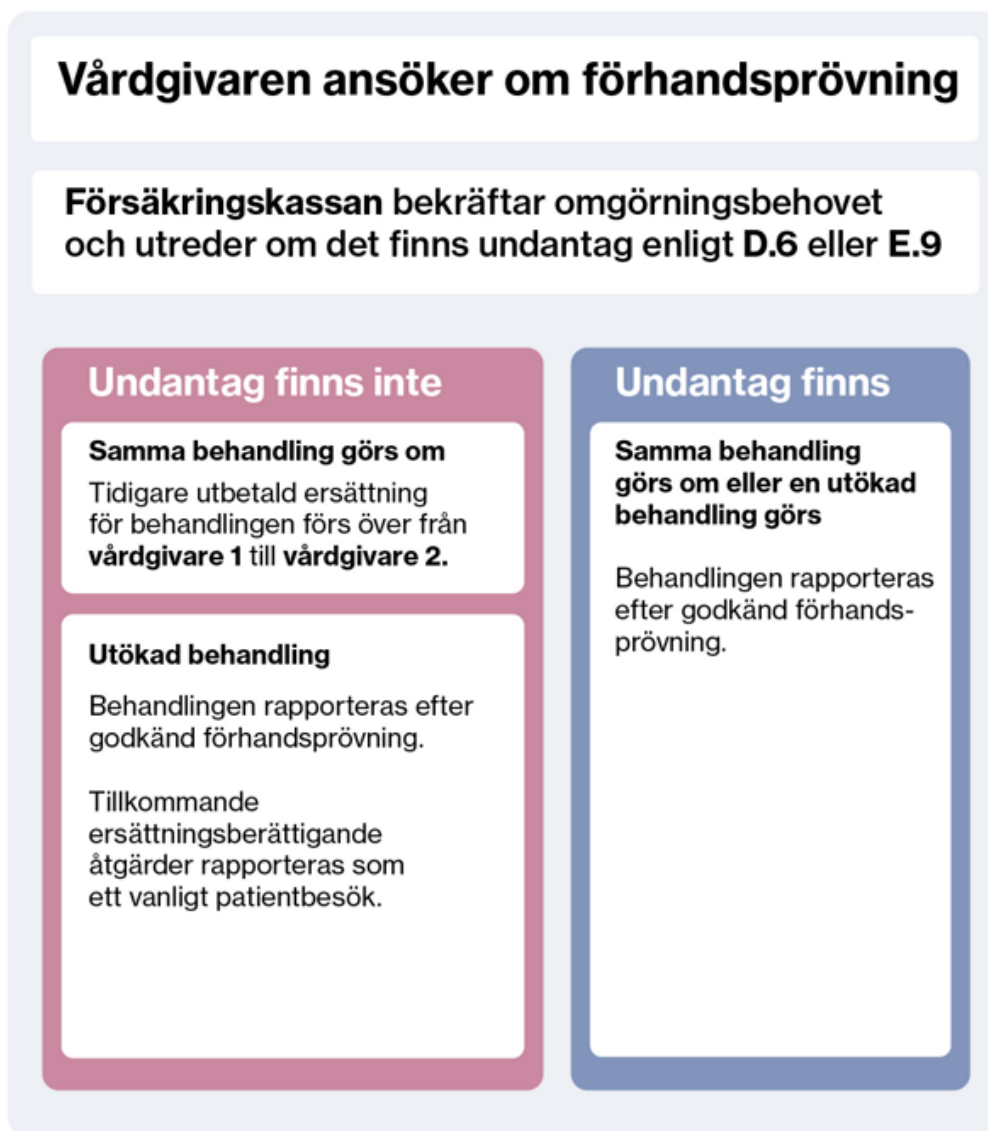
Samma vårdgivare gör om behandlingen



Vid validering i det elektroniska systemet av föreslagen behandling kan vårdgivaren få en indikation om att vården måste förhandsprövas. Vårdgivaren ska ansöka om förhandsprövning endast när den anser att undantagsreglerna ska tillämpas och vill ansöka om ny ersättning. I övriga fall får vårdgivaren och patienten själva komma överens om kostnaden för omgörningen ska omfattas av vårdgivarens garantier eller inte.

Om vårdgivaren anser att behandlingen behöver göras om, men det är inte aktuellt med undantag från omgörningsreglerna, så ska enbart eventuell utökad behandling rapporteras in. Vid utökad behandling ska de tillkommande åtgärderna rapporteras som en vanlig ersättningsbegäran. De åtgärder som utförs på de tandpositioner som ingick i den ursprungliga behandlingen är inte ersättningsberättigande igen och ska därför inte heller rapporteras in.

En annan vårdgivare gör om behandlingen



Vid validering i det elektroniska systemet av föreslagen behandling kan vårdgivaren få en indikation om att vården måste förhandsprövas. Vårdgivaren bör kontrollera med patienten när den ursprungliga vården utfördes. Vårdgivaren ska skicka in en ansökan om förhandsprövning till Försäkringskassan innan behandlingen påbörjas. Försäkringskassan utreder om omgörningen behövs och om det är aktuellt att göra ett undantag från omgörningsreglernas begränsning.

Efter godkänd förhandsprövning rapporterar vårdgivaren in uppgifterna och begär ersättning för behandlingen när den är utförd. Om det inte finns något undantag startar därefter återkravsprocessen mot den vårdgivare som utförde den ursprungliga behandlingen.

Vid en utökad behandling ska de tillkommande ersättningsberättigande åtgärderna rapporteras som en vanlig begäran om ersättning enligt 6 § STF.

8.2 Förhandsprövning av rätten till särskilt tandvårdsbidrag (STB)

Patienter som har vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa kan ha rätt till STB.

4 kap 5 a § STL

Försäkringskassan ska på ansökan av en patient eller en vårdgivare göra en förhandsprövning av om förutsättningarna för särskilt tandvårdsbidrag enligt 2 kap. 1 a § första stycket 2 är uppfyllda.

Vid en förhandsprövning ska Försäkringskassan bedöma om patienten uppfyller villkoren för STB, det vill säga om hen har någon av de sjukdomar eller funktionsnedsättningar som ger rätt till bidraget. De är uppräknade i *Socialstyrelsens föreskrifter om särskilt tandvårdsbidrag* (SOSFS 2012:16).

Både patienten och vårdgivaren kan ansöka om förhandsprövning. Patienten använder blankett *Ansökan om förhandsprövning - särskilt tandvårdsbidrag* (7023) medan vårdgivaren kan ansöka digitalt. Till ansökan ska ett aktuellt underlag bifogas för att styrka patientens rätt till STB. Vilket underlag som behövs beror på patientens diagnos. Läs mer om vilket underlag som behövs i *Socialstyrelsens föreskrifter om särskilt tandvårdsbidrag* (SOSFS 2012:16). Socialstyrelsen har utformat en blankett för läkarintyg specifikt för STB, men i de flesta fall kan patienten få intyget av den läkare som hen vanligtvis har kontakt med.

Försäkringskassan beslutar om STB utifrån Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:16). Läkarintyg behövs i regel för förhandsprövningen, i vissa fall tillsammans med resultatet av ett salivprov. Beslutet om att patienten tillhör en av patientgrupperna som har rätt till STB gäller antingen i fyra år eller tills vidare. För de diagnoser där underlaget ska förnyas efter fyra år beslutar vi om STB för fyra år. Underlaget behöver inte förnyas om beslutet gäller tills vidare.

Patienten måste uppfylla villkoren för statligt tandvårdsstöd för att ha rätt till STB. Den förutsättningen kan ändras, eftersom beslutet gäller under lång tid. En patient som inte längre har rätt till statligt tandvårdsstöd förlorar sin rätt till STB.

Om beslutet går patienten emot kan det omprövas. Läs mer i kapitel *Omprövning och överklagan* under avsnitt 11.7 *Förhandsprövning av särskilt tandvårdsbidrag*.

8.3 Föreläggande om förhandsprövning

Syftet med föreläggande om förhandsprövning är att kontrollera vårdgivare som allvarligt missköter sina åtaganden inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Det kan också handla om att en vårdgivare inte uppfyller ansvaret mot sina patienter (prop. 2007/08:49 s. 170). Föreläggandet kan även begränsas till att gälla en viss mottagning eller behandlare.

4 kap. 6 § STL

Försäkringskassan får besluta att en vårdgivare, för att kunna få ersättning för vissa tandvårdsåtgärder, i varje enskilt fall ska begära förhandsprövning hos Försäkringskassan, om

1. vårdgivaren i väsentlig utsträckning har åsidosatt bestämmelserna i denna lag, eller i föreskrifter som meddelats med stöd av lagen, om vårdgivares skyldigheter eller förutsättningarna för ersättning, och

2. det finns skäl att anta att vårdgivaren kommer att fortsätta att i väsentlig utsträckning åsidosätta bestämmelserna.

Ett beslut om förhandsprövning får gälla högst ett år. Beslutet får begränsas till att avse en viss behandlande tandläkare eller tandhygienist, en viss mottagning eller en viss åtgärd.

Om vårdgivaren har ett föreläggande om förhandsprövning får patienten vänta på sin behandling tills Försäkringskassan har godkänt den. Förhandsprövningen innebär inte att vi bedömer om den planerade vården är en lämplig behandling i sig, utan bara om den ger rätt till statligt tandvårdsstöd (prop. 2007/08:49 s. 107).

Ansökan om förhandsprövning och begäran om ersättning

Vårdgivaren ansöker om förhandsprövning via Försäkringskassans elektroniska system. Den ska också bifoga underlag som visar patientens tillstånd och att den planerade behandlingen ger rätt till tandvårdsersättning enligt villkoren i TLVFS. Underlagen kan till exempel vara daganteckningar, röntgenbilder och modeller.

9 § FKFS 2008:6

När Försäkringskassan har beslutat om ett föreläggande att begära förhandsprövning enligt 4 kap. 6 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, får Försäkringskassan kräva att kopia på dokumentation som vårdgivaren lämnar till patienten ska bifogas begäran om förhandsprövning.

Efter beslut om godkänd förhandsprövning får vårdgivaren utföra behandlingen. Därefter kan vårdgivaren ansöka om tandvårdsersättning genom att rapportera in den utförda tandvården till Försäkringskassan senast två veckor efter att behandlingen slutfördes.

4 kap. 8 § STL

För att vårdgivaren ska kunna få ersättning enligt denna lag, ska ansökan om ersättning ges in till Försäkringskassan inom två veckor från det att den tandvårdsåtgärd för vilken ersättning begärs har slutförts. Om det finns särskilda skäl, kan Försäkringskassan betala ut ersättning även om ansökan har kommit in för sent.

Behandlingen får läggas till grund för patientens sammanlagda ersättningsgrundande belopp under ersättningsperioden bara om behandlingsåtgärderna förhandsprövades enligt föreläggandet innan de utfördes. Det innebär att en vårdgivare som omfattas av föreläggande kan få ersättning för den utförda tandvården bara om den har ansökt om förhandsprövning. I dessa fall kan inte heller vårdgivaren kräva patienten på betalning i efterhand för den uteblivna tandvårdsersättningen, eftersom det inte var felaktiga uppgifter från patienten som orsakade att vårdgivaren inte fick ersättning för behandlingen.

4 kap. 4 § STL

Om patienten har lämnat ofullständiga eller oriktiga uppgifter som medfört att vårdgivaren inte har fått begärd ersättning från Försäkringskassan, får vårdgivaren kräva patienten på det belopp som utgör skillnaden mellan begärd och erhållen ersättning.

Ansökan om förhandsprövning när behandlingen har påbörjats

Vårdgivaren får som regel ingen ersättning för behandling som har utförts innan Försäkringskassan har gjort en förhandsprövning. Men det finns vissa undantag. De beskrivs i 7 § STF.

7 § STF

Ersättning lämnas inte för en tandvårdsåtgärd som har utförts utan att en förhandsprövning har gjorts där sådan krävs. Detta gäller dock inte om åtgärden har varit av sådan karaktär att det av odontologiska eller medicinska skäl varit nödvändigt att genomföra den utan att invänta en förhandsprövning eller om det i övrigt funnits särskilda skäl att påbörja åtgärden innan en förhandsprövning har gjorts.

I en sådan situation ska vårdgivaren ansöka om förhandsprövning senast två veckor efter att behandlingen påbörjades (10 § FKFS 2008:6). Vi ska då bedöma om det finns odontologiska, medicinska eller andra särskilda skäl som gör att vi kan betala ut ersättningen trots att inte behandlingen förhandsprövades. De särskilda skälen ska bedömas beroende på omständigheterna för den enskilde patienten.

- Om inga sådana särskilda skäl kommer fram i utredningen ska vi avslå ansökan om förhandsprövning med motiveringen att behandlingen utfördes innan Försäkringskassan hade prövat om den gav rätt till statligt tandvårdsstöd.
- Om vi bedömer att vårdgivaren hade särskilda skäl för att påbörja eller utföra behandlingen innan Försäkringskassan gjort en förhandsprövning, så ska vi göra prövningen i efterhand.



9 Kommuntypsstöd

I det här kapitlet beskrivs hur vårdgivare ansöker om KTS, vilka regler som gäller för stödet och hur Försäkringskassan handlägger och följer upp ansökningar. Läs mer om grunderna för KTS i avsnitt 2.7 *Kommuntypsstöd*.

9.1 Ansökan om KTS

Vårdgivaren ansöker om KTS hos Försäkringskassan. Försäkringskassan prövar om vårdgivaren uppfyller villkoren för att få KTS och hur stort stödet får vara. Bestämmelser om ansökan finns i förordningen (2026:75).

9 § förordningen (2026:75)

En ansökan om stöd ska vara skriftlig och lämnas till Försäkringskassan på det sätt som myndigheten anvisar. Om två eller fler vårdgivare utgör ett enda företag enligt vad som framgår av artikel 2.2 i förordningen (EU) 2023/2832, ska ansökan för vårdgivarna göras gemensamt.

En ansökan om stöd får göras vid högst två tillfällen per år. Om det finns särskilda skäl får fler än två ansökningar göras per år.

En ansökan ska göras inom arton månader från det att särskild tandvårdsersättning betalades ut för den aktuella tandvårdsåtgärden.

I ansökan ska vårdgivaren ange vilket regelverk som den grundas på: SGEI de minimis-förordningen eller SGEI-beslutet. Valet av regelverk avgör vilka uppgifter som ansökan ska innehålla. Läs mer om kraven för respektive stöd i avsnitt 9.2 *Stöd enligt SGEI de minimis-förordningen* och avsnitt 9.3 *Stöd enligt SGEI-beslutet*.

En ansökan ska alltid innehålla

- bankgironummer dit utbetalningen ska gå
- organisationsnummer

Om två eller fler vårdgivare utgör ett enda företag ska de ansöka gemensamt.

9.1.1 "Ett enda företag"

När Försäkringskassan handlägger KTS ska vi tillämpa definitionen av ett enda företag som finns i artikel 2.2 i SGEI de minimis-förordningen. Det innebär att flera juridiska personer kan anses utgöra ett och samma företag, exempelvis om de står under gemensam kontroll eller ingår i samma koncern.

Art. 2.2 SGEI de minimis-förordningen

Ett enda företag: vid tillämpningen av denna förordning, alla enheter som har minst en av följande förbindelser till varandra:

- a) Ett företag innehar majoriteten av aktieägarnas eller delägarnas röster i ett annat företag.



- b) Ett företag har rätt att utse eller entlediga en majoritet av ledamöterna i ett annat företags styrelse, ledning eller tillsynsorgan.
- c) Ett företag har rätt att utöva ett bestämmande inflytande över ett annat företag enligt ett avtal som är slutet med detta eller enligt en bestämmelse i det företags stiftelseurkund eller stadgar.
- d) Ett företag som är aktieägare eller delägare i ett annat företag förfogar till följd av en överenskommelse med andra aktieägare eller delägare i företaget ensamt över en majoritet av rösterna för aktierna eller andelarna i det företaget.

Företag som har någon av de förbindelser som nämns i a–d via ett eller flera andra företag ska också anses vara ett enda företag.

När flera vårdgivare anses utgöra ett enda företag ska de ansöka gemensamt om KTS. Det gäller både ansökan om stöd enligt SGEI de minimis-förordningen och ansökan om stöd enligt SGEI-beslutet. Det är viktigt att komma ihåg att de statsstödsrättsliga reglerna, när flera vårdgivare anses utgöra ett enda företag, tillämpas på företagsnivå och inte på varje enskild vårdgivare. Detta innebär bland annat att beloppsgränserna gäller det företag som vårdgivarna tillsammans utgör.

Exempel

Vårdgivare 1 AB och Vårdgivare 2 AB är två separata vårdgivare med egna mottagningar. Båda bolagen ägs till 100 procent av Tandvårdskoncernen AB. Vårdgivarna ska därför ansöka om KTS gemensamt och behandlas som ett företag.

9.2 Stöd enligt SGEI de minimis-förordningen

Villkor för KTS enligt SGEI de minimis-förordningen och regler för hur Försäkringskassan handlägger ansökningarna finns dels i SGEI de minimis-förordningen, dels i förordning 2026:75:

Art. 3.2 SGEI de minimis- förordningen

Det totala stöd av mindre betydelse som beviljas per medlemsstat till ett enda företag för tillhandahållande av tjänster av allmänt ekonomiskt intresse får inte överstiga 750 000 euro under en treårsperiod.

Art.3.7 SGEI de minimis- förordningen

Om det tak som anges i punkt 2 överskrids på grund av att nytt stöd av mindre betydelse beviljas för tjänster av allmänt ekonomiskt intresse, får det nya stödet inte omfattas av denna förordning.



10 § första stycket förordningen (2026:75)

Om ansökan avser ett stöd enligt 4 § 1 ska ansökan innehålla en redogörelse för

1. stöd av mindre betydelse som vårdgivaren tagit emot under den senaste treårsperioden, och
2. stöd som vårdgivaren tidigare ansökt om eller beviljats och som avser samma stödberättigande kostnader som det stöd som omfattas av ansökan.

11 § första stycket förordningen (2026:75)

Innan ett stöd enligt 4 § 1 beviljas ska Försäkringskassan

1. lämna de upplysningar till vårdgivaren som framgår av artikel 7.4 i förordning (EU) 2023/2832, och
2. kontrollera att det sammanlagda stödet av mindre betydelse inte överskrider det tak som följer av artikel 3.2 i den förordningen.

En vårdgivare kan under en treårsperiod beviljas högst 750 000 euro i stöd av mindre betydelse för tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (SGEI). Om flera vårdgivare utgör ett enda företag gäller beloppsgränsen för dem gemensamt. Det innebär att KTS tillsammans med annat SGEI-stöd av mindre betydelse som vårdgivaren har beviljats av Sverige under en treårsperiod inte får överstiga 750 000 euro.

I ansökan om KTS ska vårdgivaren ange

- hur mycket SGEI-stöd av mindre betydelse som den har beviljats av Sverige under den senaste treårsperioden
- annat stöd som den tidigare ansökt om eller beviljats för samma stödberättigande kostnader som den aktuella ansökan.

Om flera vårdgivare anses utgöra ett enda företag ska ansökan om KTS innehålla motsvarande uppgifter för varje vårdgivare.

Försäkringskassan kontrollerar hur mycket stöd vårdgivaren har beviljats tidigare i eAidRegister. Försäkringskassan kontrollerar också att det sammanlagda stödet, inklusive det stöd som ansökan gäller, inte överskrider 750 000 euro.

Innan stödet beviljas ska Försäkringskassan informera vårdgivaren om stödbeloppet (artikel 7.4 i SGEI de minimis-förordningen). Det beviljade och utbetalda stödet ska sedan registreras i eAidRegister (se avsnitt 9.6 Återrapportering till EU-kommissionen – registrering i eAidRegister).

**Exempel****Stødtaket øverskrids inte**

En vårdgivarer ansøker om KTS. Vårdgivarer har under den senaste treårsperioden redan beviljats **700 000 euro** i stød av mindre betydelse. Försäkringskassans kontroll visar att vårdgivarer skulle ha rätt till **50 000 euro** i KTS utifrån den aktuella ansökan. Det sammanlagda stødet av mindre betydelse för perioden uppgår därmed till **750 000 euro** och øverskrider inte taket. KTS kan därför beviljas med **50 000 euro** enligt SGEI de minimis-förordningen, om øvriga villkor är uppfylla.

Stødtaket øverskrids

En vårdgivarer ansøker om KTS. Vårdgivarer har under den senaste treårsperioden redan beviljats **700 000 euro** i stød av mindre betydelse. Försäkringskassans kontroll visar att vårdgivarer skulle ha rätt till **100 000 euro** i KTS utifrån den aktuella ansökan. Det sammanlagda stødet av mindre betydelse för perioden skulle därmed uppgå till **800 000 euro, vilket øverskrider taket på 750 000 euro**. KTS kan enbart beviljas upp till taket, det vill säga med **50 000 euro**. Försäkringskassan informerar vårdgivarer om det.

9.3 Stød enligt SGEI-beslutet

Villkoren för stød och reglerna för hur Försäkringskassan handlägger ärenden som handlar om KTS som søks enligt SGEI-beslutet finns dels i just beslutet, dels i förordning (2026:75):

10 § andra stycket förordningen (2026:75)

Om ansökan avser ett stød enligt 4 § 2 ska ansökan innehålla en uppgift om nettokostnad beräknad enligt artikel 5.1–5.5 i kommissionens beslut 2025/2630/EU.

11 § andra stycket förordningen (2026:75)

Innan ett stød enligt 4 § 2 beviljas ska Försäkringskassan kontrollera att

1. stødet inte øverskrider vad som krävs för att täcka nettokostnaden som følger av artikel 5 i kommissionens beslut 2025/2630/EU, och
2. det sammanlagda stødet inte øverskrider det tak som følger av artikel 2.1 a) i det beslutet.

Art. 2.1 a) SGEI-beslutet

Ersättning som inte överstiger ett årligt belopp på 20 miljoner euro för tillhandahållande av tjänster av allmänt ekonomiskt intresse inom andra områden än transport och infrastruktur för transport, inbegripet sociala tjänster som inte åberopas i led c och kritiska läkemedel.

Art. 2.2 andra stycket SGEI-beslutet

Det årliga tröskelvärde som avses i punkt 1 a gäller varje tjänst av allmänt ekonomiskt intresse som anförts av ett företag. I fall av ett gemensamt eller individuellt uppdrag i flera medlemsstater gäller ersättningströskeln varje medlemsstat i vilken tjänsten tillhandahålls.

Art. 5.1 SGEI- beslutet

Ersättningen får inte överstiga vad som krävs för att täcka nettokostnaden för att fullgöra skyldigheterna i samband med tillhandahållandet av allmännyttiga tjänster, inklusive en rimlig vinst.

En vårdgivare som ansöker om KTS enligt SGEI-beslutet kan som högst beviljas ett belopp som motsvarar vad som krävs för att täcka nettokostnaden som följer av artikel 5 i SGEI-beslutet. I ansökan om KTS ska vårdgivaren ange sin nettokostnad beräknad enligt artikel 5.1–5.5 i SGEI-beslutet. Nettokostnaden beräknas som kostnader för att fullgöra uppdraget minus relevanta intäkter som uppdraget genererar.

Vårdgivaren ska bara ta med kostnader och intäkter som är direkt kopplade till KTS-verksamheten i beräkningen. Det vill säga de tandvårdsåtgärder som ger rätt till särskild tandvårdsersättning för patienter som, när åtgärderna slutfördes, var bosatta i kommunerna som räknas upp i bilagan till förordning (2026:75). Det innebär att kostnader eller intäkter som gäller annan verksamhet inte ska räknas med.

I beräkningen får vårdgivaren även ta med en proportionerlig andel av kostnader som är gemensamma för KTS-verksamheten och annan verksamhet, till exempel kostnader för lokal och personal. (Artikel 5.3 c i SGEI-beslutet.)

Vårdgivaren behöver inte skicka in beräkningen tillsammans med ansökan. Om Försäkringskassan gör en eventuell kontroll av utbetalt stöd och överkompensation ska vårdgivaren däremot kunna visa hur nettokostnaden har beräknats. Det ska gå att kontrollera vilka kostnader och intäkter som har tagits med i beräkningen och hur gemensamma kostnader har fördelats mellan KTS-verksamheten och annan verksamhet.

Om flera vårdgivare anses utgöra ett enda företag ska ansökan om KTS innehålla uppgifter om nettokostnaden för varje vårdgivare. Vid en eventuell kontroll måste det finnas underlag som gör det möjligt att kontrollera nettokostnaden för varje vårdgivare och därmed även företagets sammanlagda nettokostnad.

Försäkringskassan kontrollerar uppgifterna om nettokostnaden och att stödet inte överstiger vad som krävs för att täcka nettokostnaden enligt artikel 5 i SGEI-beslutet. Ett högre stöd skulle innebära överkompensation. Försäkringskassan kontrollerar också att det sammanlagda KTS inte överstiger 20 miljoner euro per år och företag.

**Exempel****Beräkning av nettokostnader**

En vårdgivare har ansökt om KTS enligt SGEI-beslutet, och behöver räkna ihop nettokostnaden.

Kostnader kopplade till den stödberättigade verksamheten:

- Personalkostnader: 3 000 000 kronor
- Lokalkostnader (hyra, drift): 2 000 000 kronor
- Utrustning och material: 1 000 000 kronor

Summa kostnader: 6 000 000 kronor

Intäkter kopplade till den stödberättigade verksamheten:

- Patientavgifter: 500 000 kronor
- Ersättning från statligt tandvårdsstöd: 4 500 000 kronor

Summa intäkter: 4 500 000 kronor

Nettokostnader

6 000 000 kronor – 4 500 000 kronor = **1 500 000 kronor**

9.4 Uppföljning, kontroll och återbetalning

Försäkringskassan ansvarar för uppföljning och kontroll av KTS. Det innebär att Försäkringskassan bland annat ska

- kontrollera de uppgifter som vårdgivaren har lämnat
- följa upp utbetalt stöd för att säkerställa att för mycket stöd inte har betalats ut.

Reglerna för det här finns i 12–16 §§ förordningen (2026:75):

12 § förordningen (2026:75)

Försäkringskassan ska, i enlighet med artikel 7.1 i kommissionens beslut 2025/2630/EU, genomföra kontroller av överkompensation.

13 § förordningen (2026:75)

En stödmottagare är återbetalningsskyldig för det stöd som har betalats ut, om

1. den som har ansökt om stödet genom att lämna oriktiga uppgifter har förorsakat att stödet beviljats felaktigt eller med för högt belopp,
2. stödet av något annat skäl har beviljats felaktigt eller med för högt belopp och stödmottagaren skäligen borde ha insett detta, eller
3. den särskilda tandvårdsersättning som ligger till grund för beräkningen av stödet ska återbetalas eller avräknas från en fordran på ersättning enligt 4 kap. 2 eller 3 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

**14 § förordningen (2026:75)**

Om en stödmottagare är återbetalningsskyldig enligt 13 § 1 eller 2, ska Försäkringskassan besluta att helt eller delvis kräva tillbaka stödet tillsammans med ränta. Kravet eller räntan får helt eller delvis sättas ned om det finns särskilda skäl.

På stöd som krävs tillbaka ska ränta utgå enligt 6 § räntelagen (1975:635) från och med den trettionde dagen efter den dag då beslutet fattades.

15 § förordningen (2026:75)

Om en stödmottagare är återbetalningsskyldig enligt 13 § 3, ska Försäkringskassan besluta att kräva tillbaka stöd som beräknats utifrån den felaktigt utbetalda särskilda tandvårdsersättningen.

16 § förordningen (2026:75)

Försäkringskassan får, i stället för att kräva återbetalning enligt 14 eller 15 §, räkna av beloppet från en fordran som stödmottagaren har på stöd enligt denna förordning eller på ersättning enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Försäkringskassan ska kontrollera att vårdgivare inte får för mycket KTS. Om stödmottagaren har fått mer ersättning än vad som krävs för att täcka nettokostnaden som följer av artikel 5 i SGEI-beslutet, ska vårdgivaren betala tillbaka överkompensationen enligt reglerna i SGEI-beslutet.

Stödmottagaren är återbetalningsskyldig för det stöd som har betalats ut

- om stödet har beviljats felaktigt eller med för högt belopp
 - på grund av att har lämnat oriktiga uppgifter
 - av någon annan anledning och stödmottagaren skäligen borde ha insett det
- om den särskilda tandvårdsersättning som stödet grundar sig på ska betalas tillbaka eller räknas av från en annan ersättning enligt lagen om statligt tandvårdsstöd.

För de fall där den särskilda tandvårdsersättning som har legat till grund för beräkningen av KTS återkrävs eller på annat sätt återbetalas till Försäkringskassan, ska Försäkringskassan besluta att kräva tillbaka KTS.

När en vårdgivare har beviljats KTS felaktigt eller med för högt belopp, ska Försäkringskassan besluta att helt eller delvis kräva tillbaka stödet och även kräva ränta. Kravet eller räntan får helt eller delvis sättas ned om det finns särskilda skäl. På KTS som krävs tillbaka ska vårdgivaren betala ränta enligt 6 § räntelagen (1975:635) från och med den trettionde dagen efter den dag då Försäkringskassan fattade beslutet om återkrav.

Det belopp som ska betalas tillbaka får räknas av från en fordran som vårdgivaren har på stöd enligt förordningen (2026:75) eller på ersättning enligt STL. Ett beslut om kommuntypsstöd kan överklagas med stöd av 40 § FL (20 § förordning [2026:75]).



9.5 Uppgiftsskyldighet

En vårdgivare som har fått KTS är skyldig att på Försäkringskassans begäran lämna de uppgifter som behövs för att Försäkringskassan ska kunna följa upp eller utvärdera den åtgärd som vårdgivaren har fått stöd för.

17 § förordningen (2026:75)

En stödmottagare ska på Försäkringskassans begäran lämna de uppgifter som behövs för uppföljning eller utvärdering av den åtgärd som stödet har lämnats för. I detta ingår att lämna de uppgifter som behövs för att Sverige ska kunna fullgöra de skyldigheter som följer av förordningen (EU) 2023/2832 och kommissionens beslut 2025/2630/EU.

9.6 Återrapportering till EU-kommissionen – registrering i eAidRegister

Det finns krav på hur Försäkringskassan ska dokumentera och rapportera KTS i EU:s statsstödsregler, inklusive SGEI de minimis-förordningen. Av förordningen (2026:75) framgår även att Försäkringskassan ska säkerställa att stödet hanteras i enlighet med dessa regelverk.

Försäkringskassan ska registrera uppgifter om beviljat KTS som lämnas enligt SGEI de minimis-förordningen i EU:s statsstödsregister (eAidRegister). Registret är utvecklat av EU-kommissionen och är det verktyg som Sverige valt att använda för att uppfylla rapporteringskraven för stöd av mindre betydelse (de minimis). Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser (Tillväxtanalys) ansvarar för administrationen av eAidRegister i Sverige.

Registreringen syftar till att

- säkerställa att beloppsgränserna för hur mycket stöd stödmottagaren kan få inte överskrids
- möjliggöra kontroll av tidigare beviljade stöd
- uppfylla krav på transparens och rapportering enligt EU:s statsstödsregler.

Av registreringen ska det bland annat framgå

- stödmottagarens namn och ID (till exempel organisationsnummer)
- stödbelopp
- datum för beviljande.

Försäkringskassan ska registrera uppgifterna i nära anslutning till beslutet om stöd enligt SGEI de minimis-förordningen och i enlighet med de krav som följer av EU:s regelverk. Försäkringskassan ansvarar för att uppgifterna i eAidRegister är korrekta och fullständiga.

Från och med den 1 januari 2028 ska även visst stöd enligt SGEI-beslutet registreras.

Läs mer

På Upphandlingsmyndighetens webbplats kan du läsa mer om statsstöd enligt EU-reglerna *statsstöd*.

På Tillväxtanalys webbplats kan du läsa mer om eAidRegister.

10 Försäkringskassans kontroll av det statliga tandvårdsstödet

10.1 Utredningsansvar, bevisbörda och beviskrav i tandvårdsstödsärenden

När vi handlägger ett ärende ska vi följa de förmånsspecifika reglerna, till exempel STL och STF, men också det förvaltningsrättsliga regelverket i SFB och förvaltningslagen.

I vägledningen 2004:7 finns en grundläggande beskrivning av begreppen *utredningsansvar*, *bevisbörda* och *beviskrav*, och hur de ska tillämpas i Försäkringskassans förmånsärenden när en enskild ansöker om en socialförsäkringsförmån. Syftet med det här kapitlet är att förtydliga vad som gäller för dessa begrepp i ärenden om statligt tandvårdsstöd.

10.1.1 Försäkringskassans utredningsansvar i ärenden om statligt tandvårdsstöd

Försäkringskassan har en långtgående utredningsskyldighet i ärenden om statligt tandvårdsstöd, precis som i andra ärendeslag inom socialförsäkringens administration. 4 kap. 9 § STL hänvisar till flera bestämmelser i 110 kap. SFB, till exempel 13 §, där det står att den handläggande myndigheten ska se till att ärendena blir utredda i den omfattning som deras beskaffenhet kräver. Det innebär att vi alltid i våra utredningar ska försöka klarlägga de faktiska förhållandena i ärendet för att ha ett så komplett underlag att det går att fatta ett korrekt beslut. Exakt vad som behövs skiljer sig åt från ärende till ärende.

I 110 kap. SFB används begreppen "den enskilde", "den försäkrade", eller "namngiven person" för att beskriva den som ansöker om en socialförsäkringsförmån. Det är patienten som har rätt till statligt tandvårdsstöd, men det betalas ut till vårdgivaren. Därför ska den vårdgivare som är part i ett ärende om statligt tandvårdsstöd omfattas av dessa begrepp. Det innebär att vi får använda de utredningsbefogenheter som finns i 110 kap. 13 §, 14 § 1 och 2 samt 31 § SFB.

Läs mer

Läs mer i Försäkringskassans rättsliga ställningstagande (FKRS 2024:04) *Begreppen den enskilde, den försäkrade och namngiven person i 110 kap. socialförsäkringsbalken inom det statliga tandvårdsstödet.*

10.1.2 Bevisbördan i tandvårdsärenden

Det är en allmän förvaltningsrättslig princip att den som ansöker om en förmån ska visa att hen uppfyller förutsättningarna för att beviljas förmånen. Det är patienten som har rätt till tandvårdsstöd, men vårdgivaren som ansöker om och får ersättningen utbetald. Oftast sker detta genom ett automatiserat beslut, vilket innebär att vårdgivaren inte behöver visa några underlag som bekräftar rätten till ersättning innan beslutet fattas. Det framgår av förarbetena till STL (prop. 2007/2008:49 s. 171 f.) att vårdgivaren dels ska visa att rätt till ersättning finns, dels stå risken för att drabbas av återkrav om tillräcklig dokumentation saknas vid en efterhandskontroll. Vårdgivaren har alltså bevisbördan och ska kunna visa underlag som stödjer rätten till ersättning när vi efterfrågar det i ett ärende om statligt tandvårdsstöd (3 kap. 2 § STL).

Men när den enskilde ansöker om förhandsprövning av rätten till särskilt tandvårdsbidrag, så har hen som patient bevisbördan och behöver därför visa de underlag som krävs för att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut.

I anslutningsärenden ligger bevisbördan på vårdgivaren, som ska kunna visa att den uppfyller kraven för att få bli ansluten. Om Försäkringskassan överväger att neka en anslutning enligt 18 b § andra stycket STF eller att avansluta en vårdgivare enligt 19 § första stycket STF, så har Försäkringskassan bevisbördan och ska kunna visa att förutsättningarna är uppfyllda för att neka anslutning respektive avansluta.

Även om bevisbördan ligger på den som ansöker, så har alltid Försäkringskassan en långtgående skyldighet att utreda varje ärende i den omfattning det individuella ärendet kräver. Vårdgivaren (eller patienten när det är hen som ansöker) har å sin sida en skyldighet att lämna de uppgifter som vi efterfrågar för att kunna fatta beslut (110 kap. 13 § SFB). Om den som ansöker inte medverkar till att visa sin rätt till det hen ansöker om, så har Försäkringskassan inget annat val än att fatta beslut på det underlag som finns i ärendet.

10.1.3 Beviskrav i tandvårdsärenden

När vi har uppfyllt vår utredningsskyldighet och försökt ta reda på alla omständigheter som är relevanta i ärendet, så är nästa steg att i en helhetsbedömning värdera de bevis (information, underlag och handlingar) som finns i ärendet. Syftet med en sådan helhetsbedömning är att bedöma om beviskravet är uppfyllt, alltså hur säkra vi kan vara på att uppgifterna överensstämmer med verkligheten. Det innebär också att inte alla underlag i ett ärende bedöms väga lika tungt. Till exempel har en daganteckning i patientjournalen som är tillagd eller förändrad långt efter att vården utfördes generellt lågt bevisvärde, även om den formellt har tillräcklig ordalydelse för att kunna sägas stödja vårdgivarens inrapportering och rätt till ersättning. Om daganteckningen i stället är gjord i samband med att vården utfördes, så har den ett högre bevisvärde och väger tyngre i helhetsbedömningen av underlagen i ärendet.

När vi av någon anledning handlägger ansökningsärenden om tandvårdsstöd manuellt ska vi tillämpa beviskravet *sannolikt*. Det innebär förenklat att vårdgivaren – som har bevisbördan för sin rätt till begärt tandvårdsstöd – ska kunna visa att det är mer sannolikt att den har rätt till det den ansöker om än motsatsen. Det vårdgivaren ansöker om ska också stödjas av informationen, underlagen och handlingarna i ärendet.

Läs mer

Läs mer i Försäkringskassans rättsliga ställningstagande (FKRS 2023:02) *Bevisbörda och beviskrav inom det statliga tandvårdsstödet – ärenden om ersättning som kräver manuell handläggning och efterhandskontroller*.

Även i efterhandskontroller är beviskravet *sannolikt* enligt FKRS 2023:02. Det beror på att tandvårdsstödet konstruerats med en mycket hög grad av automatisering innebär att Försäkringskassan som regel inte har tagit ställning till om alla villkor för rätt till ersättning är uppfyllda när det automatiserade beslutet tas. I stället är vårdgivaren skyldig att visa sin rätt till ersättningen först om och när vi gör en efterhandskontroll. Beviskravet ska då vara på samma nivå som vid ett ansökningsärende. Vårdgivaren har bevisbördan och ska kunna visa att rätt tandvårdsstöd har betalats ut. Underlagen i ärendet måste sammantaget stödja vårdgivarens anspråk och medföra att beviskravet sannolikt uppnås, det vill säga underlagen i ärendet ska stödja att det är mer sannolikt att de inrapporterade uppgifterna var korrekta än att de inte var det vid inrapporteringstillfället.

Även om vi ska tillämpa beviskravet *sannolikt*, så ska villkoren för rätt till ersättning enligt TLVFS vara uppfyllda, till exempel specifika dokumentationskrav av tillstånd. Det innebär att om en vårdgivare har brustit i sin dokumentation och villkoren därmed inte är uppfyllda, så har den inte rätt till ersättning, även om Försäkringskassan i sin utredning kommer fram till att vårdgivaren sannolikt har utfört åtgärden i fråga. Detta fastslog till exempel Kammarrätten i Göteborg den 12 september 2023 i mål nr 6483–22.

När en vårdgivare ansöker om anslutning till Försäkringskassans elektroniska system är det vårdgivaren som har bevisbördan för att kraven för anslutning i 18 § andra–fjärde styckena STF är uppfyllda. Beviskravet *styrkt* ska tillämpas, det vill säga ett högre beviskrav än vid till exempel en efterhandskontroll.

Försäkringskassan har bevisbördan i ärenden där vi överväger att avsluta en anslutning. Även i sådana ärenden gäller beviskravet *styrkt*. En förutsättning för nekad anslutning enligt 18 b § andra stycket STF och avanslutning enligt 19 § första stycket STF är att det har förekommit ett *allvarligt åsidosättande* av vissa regler inom det statliga tandvårdsstödet. Allvarligt åsidosättande är ett juridiskt begrepp som inte finns definierat i detalj, utan det grundar sig i de faktiska omständigheterna i det enskilda fallet. Därför måste vi tydligt motivera vårt beslut och redogöra för vilka omständigheter i det enskilda fallet som ligger bakom att vårdgivaren anses ha allvarligt åsidosatt reglerna.

Läs mer

Läs mer i Försäkringskassans rättsliga ställningstaganden (FKRS 2023:01)
Bevisbörda och beviskrav inom det statliga tandvårdsstödet – anslutning, nekad anslutning och avanslutning.

10.2 Vårdgivarens uppgiftsskyldighet

3 kap. 2 § STL

Vårdgivaren är på begäran av Försäkringskassan eller domstol skyldig att i ärenden om statligt tandvårdsstöd lämna upplysningar samt visa upp journal och övrigt material som rör undersökning eller behandling av en patient.

Om Försäkringskassan begär det är vårdgivaren skyldig att skicka in underlag som visar att den har rätt till ersättning i enlighet med sin begäran om ersättning.

Uppgiftsskyldigheten gäller både i ärenden som vi utreder manuellt före beslut och i de efterhandskontroller som vi gör av redan utbetalt tandvårdsstöd.

10.2.1 Vårdgivaren ska kunna visa sin rätt till ersättning enligt TLVFS

Vårdgivaren ska styrka sin rätt till tandvårdsersättning (jämför prop. 2007/08:49 s. 171 f.). Det innebär att vårdgivaren med stöd av underlagen i ärendet måste kunna visa att villkoren i TLVFS för att ha rätt till ersättning är uppfyllda. Det räcker inte att vårdgivaren visar att en viss åtgärd är utförd.

Vid en efterhandskontroll begär vi därför att vårdgivaren ska skicka in daganteckningar, röntgendokumentation, fotografier eller modeller som underlag för bedömningen av om rätt tandvårdsstöd har betalats ut. Även annat underlag kan krävas för att vårdgivaren ska kunna styrka rätten till ersättning för den utförda tandvården. Det kan till exempel vara parodontalstatus, operationsberättelse och tandteknisk följesedel.

10.2.2 Vårdgivaren ska kunna visa patientens kostnad och betalning

2 kap. 4 § STL

För ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under en ersättningsperiod om ett år, lämnas tandvårdsersättning med en viss andel av patientens sammanlagda kostnader, i den mån dessa överstiger det belopp som har fastställts enligt 6 § 1.

Kostnaderna beräknas med utgångspunkt i referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder. Kostnaden för en utförd åtgärd får dock inte beräknas högre än ett belopp motsvarande vårdgivarens pris för åtgärden för den aktuella patienten.

Vid en efterhandskontroll kontrollerar vi om patienten har betalat i enlighet med det vårdgivarpris som rapporterats in för åtgärderna. Ersättningens storlek beror på det pris som patienten och vårdgivaren har kommit överens om för åtgärderna. Därför begär vi in underlag från vårdgivaren som ska visa patientens kostnad för vården och hur mycket patienten har eller ska betala för den.

På Försäkringskassans begäran måste vårdgivaren kunna göra sannolikt

- att vårdgivarens pris som avtalats med patienten (patientens kostnad) stämmer överens med det inrapporterade vårdgivarpriset
- vilken tandvårdsbehandling, det vill säga vilka åtgärder, som ingår i patientens kostnad respektive betalning
- hur mycket patienten har betalat till vårdgivaren, eller hur mycket hen ska betala enligt en avbetalningsplan som parterna har kommit överens om.

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

Om det inrapporterade priset inte stämmer med patientens kostnad

Tandvårdsersättningen beräknas efter patientens kostnad för respektive åtgärd eller utifrån referenspriset, om det är lägre.

- Om vårdgivaren inte kan styrka att patienten har eller kommer att ha någon kostnad för behandlingen, så kräver vi tillbaka hela det utbetalade beloppet.
- Om vårdgivaren kan styrka att patienten bara har betalat eller kommer att betala en viss andel av patientavgiften, så måste vårdgivaren också kunna specificera vilka åtgärder betalningen avser. Kan vårdgivaren göra det, så kräver vi bara tillbaka den felaktiga delen. Att vårdgivaren inte kan styrka att allt är betalt behöver inte betyda att fel ersättning har betalats ut. Vi måste därför jämföra patientens kostnad och betalning med det belopp som tandvårdsersättningen har beräknats utifrån.

När patienten inte har betalat för sin tandvård i samband med behandlingstillfället: förskottsbetalning, delbetalning och avbetalningsplaner

Det förekommer att patienten inte betalar för de individuella tandvårdsåtgärderna i samband med det faktiska behandlingstillfället. Vårdgivaren och patienten kan då själva reglera när och hur patienten ska betala, till exempel i förskott, i form av delbetalningar eller med en avbetalningsplan. Det finns inte någon specifik reglering i STL eller STF av hur sådana överenskommelser ska vara utformade.

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

Vårdgivaren ska genom underlagen kunna visa

- den överenskomna kostnaden, det vill säga vårdgivarens pris för åtgärden
- hur vårdgivaren och patienten kom överens om att hen skulle betala i de fall hen inte betalade i samband med att behandlingen utfördes
- vilken vård eventuella betalningar avser, eftersom tandvårdsstödet betalas ut med ett visst styckepris för varje slutförd åtgärd.

Detta har fastställts i flera kammarrättsdomar, till exempel Kammarrätten i Sundsvall den 29 oktober 2019 i mål nr 1094-1096-21, den 28 februari 2023 i mål nr 1596–21 och den 30 mars 2023 i mål nr 1367–21.

Om vårdgivaren och patienten har kommit överens om en avbetalningsplan för tandvårdskostnader, så behöver det finnas en upprättad plan som visar vilken behandling avbetalningsplanen gäller och hur avbetalningarna ska ske. Patientens kostnadsförslag kan visa vilken behandling och därmed vilka åtgärder som betalningsplanen avser. Hur avbetalningarna ska ske kan vara dokumenterat i patientjournalen eller i ett separat avtal.

En avbetalningsplan ska som regel vara upprättad i nära anslutning till att tandvården utfördes och vårdgivarens fordran på betalning från patienten uppstod. Det avgörande är att vårdgivaren kan visa att det fanns en tydlig avsikt att patienten skulle betala för sin tandvård. En avbetalningsplan som skapas efter att behandlingen är slutförd och först när Försäkringskassan startar en efterhandskontroll är som huvudregel inte trovärdig och har ett lågt bevisvärde.

Om en vårdgivare hävdar att den har upprättat en avbetalningsplan för en patient, men att patienten sedan inte betalade alls eller som överenskommet, så behöver vårdgivaren kunna visa att avsikten var att patienten skulle betala enligt avbetalningsplanen. Vårdgivaren kan visa det genom att redogöra för sina åtgärder för att få betalt av patienten.

När patienten betalar i efterhand

Försäkringskassan godtar betalningar som görs långt efter att behandlingen har utförts och även först efter att vi startat en efterhandskontroll. Detta trots att utredningen till exempel kan visa att vårdgivaren från början inte hade för avsikt att ta betalt av patienten enligt den kostnad som har rapporterats in till Försäkringskassan. Om vården är betald vid tidpunkten för beslutet bedömer vi det som att patienten har haft en faktisk kostnad för behandlingen. Det här skiljer sig från hur Försäkringskassan bedömer trovärdigheten hos en avbetalningsplan, då tidpunkten som den upprättats är avgörande.

10.3 Efterhandskontroller

4 kap. 2 § STL

Om en vårdgivare har fått ersättning enligt denna lag med ett för högt belopp, får Försäkringskassan kräva tillbaka den ersättning som felaktigt har betalats ut. Försäkringskassan får, i stället för att kräva återbetalning, räkna av beloppet från en annan fordran som vårdgivaren har på ersättning enligt denna lag.

Första stycket gäller inte särskilt tandvårdsbidrag, om vårdgivaren haft skälig anledning att anta att patienten varit berättigad till sådant bidrag.

Det finns begränsningar i vad vi kan kontrollera med hjälp av applikationskontroller i samband med att vårdgivaren skickar in sin ersättningsbegäran. Vi gör därför löpande kontroller i efterhand för att säkerställa att rätt ersättning har betalats ut. Vårdgivarna är då skyldiga att visa att de inrapporterade tillstånden och åtgärderna ger rätt till ersättning (prop. 2007:08:49, s. 97).

Efterhandskontrollerna styrs i huvudsak till ärenden med hög risk för att en felaktig utbetalning har skett. Syftet är att identifiera och motverka oseriösa aktörer som medvetet utnyttjar det statliga tandvårdsstödet (prop. 2007/08:49, s. 98). Men vi upptäcker också vårdgivare som oavsiktligt har orsakat felaktiga utbetalningar. En vårdgivare måste vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd för att kunna få ersättning (3 kap. 1 § STL). Vårdgivaren är skyldig att lämna uppgifter till Försäkringskassan om utförd tandvård som ingår i det statliga tandvårdsstödet och informera om avtal om abonnemangstandvård (3 kap. 3 § STL). Vårdgivaren ska också lämna upplysningar och visa upp journal och övrigt material som rör undersökning eller behandling av en patient, om Försäkringskassan begär det. Det gäller under förutsättning att uppgifterna behövs i ett ärende om statligt tandvårdsstöd (3 kap. 2 § STL).

Vilken ersättning som kan betalas ut anges i 2 kap. 4 § STL. Där står det att tandvårdsersättning betalas ut för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder med en viss andel av patientens sammanlagda kostnader. Det gäller under förutsättning att kostnaderna överstiger det belopp som fastställts enligt 2 kap. 6 § STL. Du kan läsa mer i kapitel 7 *Beräkning och utbetalning*. Där står det också vad som gäller för tandvårdsbidrag.

Om det vid en efterhandskontroll visar sig att vårdgivaren har fått tandvårdsersättning med ett för högt belopp, så får Försäkringskassan kräva tillbaka den ersättning som har betalats ut felaktigt.

10.3.1 Urval vid efterhandskontroller

Inriktningen på efterhandskontrollerna bestäms med hjälp av riskanalyser och genom utvärdering av tidigare utförda kontroller. Även bearbetning av data och analys av rapporteringsmönster är underlag för planering av efterhandskontroller. Denna modell för riskvärdering används tillsammans med impulser och underrättelser vid urval av kontroller i syfte att hitta avsiktliga och oavsiktliga fel. Impulser och underrättelser som indikerar avsiktliga fel kan komma från Försäkringskassans medarbetare, patienter, myndigheter eller andra (prop. 2007/08:49 s.98).

Efterhandskontrollerna har olika karaktär beroende på vad som ska granskas. Försäkringskassan gör riskbaserade urval av efterhandskontroller, slumpmässiga urval, och riktade urval av efterhandskontroller. Riskbaserade efterhandskontroller innebär att

det sker ett automatiskt urval av tandvårdsaktörer som ska utredas utifrån olika indikatorer som visar att det finns en risk för att en felaktig utbetalning kan ske eller har skett. Syftet med de slumpmässiga kontrollerna är att uppskatta hur mycket tandvårdsstöd som betalas ut felaktigt på nationell nivå.

Riktade kontroller kan göras inom avgränsade områden, exempelvis vissa vårdgivare, ärenden med höga ersättningsbelopp, eller specifika tillstånd och åtgärder. Riktade kontroller kan även göras i högre utsträckning av vårdgivare och mottagningar som tidigare har lämnat felaktiga uppgifter eller försökt få ersättning på felaktiga grunder. Det är alltså en eller flera identifierade risker hos en aktör som avgör om en kontroll görs eller inte (prop. 2007/08:49 s. 98).

10.3.2 Utredning vid efterhandskontroller

Försäkringskassan gör utredningen i efterhandskontrollen utifrån det underlag som vårdgivaren har skickat in. Underlaget ska visa att de inrapporterade tillstånden och åtgärderna är ersättningsberättigande enligt reglerna om statligt tandvårdsstöd. Vi granskar vårdgivarens underlag i förhållande till reglerna för respektive tillstånd och åtgärd. Vi utreder också om patienten har haft en kostnad för den inrapporterade behandlingen. Det beror på att den subvention som patienten får grundas på att hen alltid ska ha haft en kostnad för den behandling som ersättningen gäller. Det är en del av den grundläggande utformningen av tandvårdsstödet som finns för att inte stödet ska bli allt för kostnadsdrivande (jfr. prop. 2007/08:49, s. 75 ff.).

För att en kostnad för tandvård ska ingå i underlaget för beräkning av tandvårdsersättning är det inte nödvändigt att patienten själv slutligen står för kostnaden. Den ska ingå i underlaget även om någon annan betalar för behandlingen, till exempel patientens arbetsgivare, socialtjänsten eller en försäkring (prop. 2007/08:49 s. 83). Däremot är det inte i enlighet med principerna om den grundläggande utformningen av tandvårdsstödet att vårdgivaren själv, direkt eller indirekt, slutligen betalar patientens kostnad. Sådana upplägg tar bort den kostnadsbegränsande effekten av att patienten alltid förutsätts betala en del av sin tandvårdskostnad, vilket kan leda till överbehandling.

Utöver de exempel som anges i propositionen 2007/08:49 kan även en stiftelse helt eller delvis betala för patientens behandling. För att Försäkringskassan ska godkänna en sådan betalning måste stiftelsen vara helt fristående från vårdgivaren. De medel som stiftelsen bidrar med till patienten får inte heller vara begränsade till tandvårdskostnader hos en specifik vårdgivare. Om de är det blir stiftelsen en konstruktion för att kringgå reglerna för hur tandvårdsstödet är tänkt att beräknas utifrån patientens kostnad. För att bedöma om stiftelsens syfte är att gynna en specifik vårdgivare ska Försäkringskassan göra en helhetsbedömning utifrån samtliga omständigheter i det enskilda ärendet. En viktig aspekt i denna bedömning är att kontrollera om stiftelsen är registrerad hos Länsstyrelsen, vilket de flesta stiftelser ska vara. Kontroll kan göras via [Länsstyrelsernas gemensamma stiftelsedatabas](#). Undantaget från denna regel är stiftelser vars tillgångar endast får användas till förmån för bestämda fysiska personer.

Försäkringskassans utredning utgår från bestämmelserna i TLVFS 2008:1, som i detalj beskriver vilka tillstånd och tandvårdsåtgärder som är ersättningsberättigande och villkoren för att ersättning ska betalas ut. Vi använder också handboken om tandvårdsstödet som TLV ger ut, och konsulterar våra försäkringsodontologiska rådgivare. Läs mer om försäkringsodontologiska rådgivare i avsnitt 10.5 *Stöd i utredningen – försäkringsodontologisk rådgivare*.

Ändringar i TLVFS kan gälla villkoren för att tillstånd och tandvårdsåtgärder ska vara ersättningsberättigande. Ändringarna kan också innebära att nya tillstånd eller åtgärder tillkommer eller tas bort. När Försäkringskassan gör efterhandskontroller kan andra villkor gälla än de som gällde när åtgärden utfördes. Som regel ligger den version av TLVFS som gällde när tandvården utfördes till grund för vår utredning. Men för att kunna avgöra vilka villkor som ska tillämpas behöver vi undersöka om det finns någon övergångsbestämmelse.

10.3.3 Inhämta uppgifter från patienten

Ibland behöver Försäkringskassan kontakta patienten under utredningens gång. Det kan till exempel behövas för att säkerställa att den inrapporterade tandvården faktiskt har utförts, kontrollera vem behandlaren var eller kontrollera om eller hur mycket patienten har betalat för behandlingen. Vi kan även kontakta patienten innan vi gör urval för riktade efterhandskontroller. Kontakten kan ske muntligt eller skriftligt.

Patienten har inte någon lagstadgad uppgiftsskyldighet i utredningar om statligt tandvårdsstöd. Det beror på att det är vårdgivaren som ansöker om ersättning och som därmed ansvarar för att det finns ett tillräckligt och korrekt underlag för att Försäkringskassan ska kunna bedöma rätten till ersättning.

Vi ska alltid utgå från att kontakten med patienten sker i ett utredande skede, och att Försäkringskassan inte har tagit ställning i ärendet. Det är av yttersta vikt att vi, i varje enskilt fall, gör en noggrann bedömning av vilka uppgifter som kan lämnas ut. Vi ska ta hänsyn till såväl patientens rätt till partsinsyn som de sekretessbestämmelser som kan begränsa utlämnandet.

Läs mer

Läs mer om sekretess och utlämnande av uppgifter i vägledning (2001:3) *Offentlighet, sekretess och behandling av personuppgifter*.

Om personen har ett ombud

Innan Försäkringskassan tar kontakt med en patient ska vi kontrollera om hen har ett ombud. Om den försäkrade har ett ombud ska vi i första hand ha kontakt med ombudet. I vissa situationer kan Försäkringskassan ta kontakt direkt med den försäkrade, även om hen har ett ombud. Det gäller exempelvis

- när ombudet inte kan lämna de uppgifter som Försäkringskassan efterfrågar
- när det behöver bekräftas om fullmakten är giltig eller vad den omfattar.

Läs mer

Läs mer om ombud och fullmakt i avsnitt 4.3 *Ombud* i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

10.3.4 Vad som kontrolleras i efterhand

Vid en efterhandskontroll kontrollerar Försäkringskassan att

- den rapporterade tandvården stämmer med tillgänglig dokumentation
- tandvården är ersättningsberättigande
- behandlaren har formell och reell kompetens för utförd tandvård
- inrapporteringen ha skett i rätt tid i förhållande till besöksdatumet
- det pris som vårdgivaren har debiterat patienten stämmer med det inrapporterade vårdgivarpriset
- den rapporterade tandvården verkligen har utförts
- patientens tillstånd, som är grund för den ersättningsberättigande åtgärden, var korrekt angiven
- det finns underlag för patienter som fått särskilt tandvårdsbidrag.

Försäkringskassan kan även kontrollera att vårdgivaren uppfyller sina skyldigheter gentemot patienten, till exempel att hen har fått undersökningsprotokoll och kostnadsförslag.

Resultatet av en efterhandskontroll kan leda till en utökad kontroll av fler ersättningsperioder för samma patient eller kontroller som innefattar andra patienter.

10.4 Villkor för ersättning

Kraven för om en åtgärd är ersättningsberättigande regleras främst av villkoren för ersättning i TLVFS (jfr. 1 kap 3 § STL). Rätten till tandvårdsstöd utgår från att behandlaren ställer en diagnos eller identifierar en situation som enligt TLVFS motiverar en behandling. Utifrån patientens tillstånd visar TLVFS vilka tandvårdsåtgärder som kan ge rätt till tandvårdsstöd. TLVFS anger också om det finns särskilda villkor som måste vara uppfyllda för att vårdgivaren ska ha rätt till ersättning, till exempel specifika dokumentationskrav. Om inte vårdgivarens dokumentation visar att dessa villkor är uppfyllda kan det leda till att vårdgivaren får betala tillbaka utbetalt tandvårdsstöd.

Hur vårdgivarna ska utforma sina journaler styrs av patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Men att vårdgivarna följer patientdatalagen är inte ett uttalat krav för att Försäkringskassan ska betala ut tandvårdsersättning. Vi kan inte heller återkräva utbetalt tandvårdsstöd enbart med hänvisning till att vårdgivaren sköter sin journalföring på ett sätt som inte lever upp till patientdatalagens krav.

Trots det är utgångspunkten för Försäkringskassans efterhandskontroller att vårdgivarna följer dessa regelverk. Vi måste kunna verifiera rätten till ersättning genom innehållet i patientjournalen. Om journalföringen sköts i enlighet med de bestämmelserna, så finns oftast tillräckligt underlag för att ta ställning till rätten till ersättning. I den mån TLVFS har ytterligare krav på dokumentation, så måste även den framgå i vårdgivarens underlag för att den ska ha rätt till ersättning (SOU 2017:19 s. 363).

10.4.1 Åtgärder som utförts i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet

3 § STF

Tandvårdsåtgärder som uppenbarligen har utförts i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet och som har medfört en vårdskada eller risk för sådan skada är inte ersättningsberättigande.

Tandvårdsåtgärder där amalgam har använts som material är inte heller ersättningsberättigande.

Om Försäkringskassan uppmärksammar att en tandvårdsåtgärd uppenbart har utförts i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet och att den dessutom har medfört en vårdskada eller risk för sådan skada, så kan vi med stöd av 3 § STF avslå vårdgivarens ersättningsbegäran eller återkräva utbetald ersättning.

Vi ska lämna en impuls till IVO om vi uppmärksammar att det finns uppenbara och allvarliga brister i hur en behandling har utförts eller att det är fråga om bristande dokumentation enligt bestämmelserna i patientdatalagen och HSLF-FS 2016:40. Läs mer om IVO i avsnitt 1.5 *Inspektionen för vård och omsorg*.

10.4.2 Remiss och specialisttandvård

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

5 § TLVFS

Referenspris för specialisttandvård kan ligga till grund för beräkning av tandvårdsersättning, under förutsättning att

- en patient remitterats av en behandlare inom tandvård eller övrig hälso- och sjukvård till tandläkare med bevis om specialistkompetens, och
- tandvårdsåtgärderna utförs av denne inom dennes specialistområde.

Om det finns särskilda skäl får referenspris för specialisttandvård ligga till grund för beräkning av tandvårdsersättning vid ytterligare behandling inom specialistområdet utöver vad som anges i remissen.

Behandling som en patient remitterats för är avslutad när slutligt remissvar har skickats.

När den behandling som en patient remitterats för är avslutad, får inte referenspris för specialisttandvård ligga till grund för beräkning av tandvårdsersättning, för eventuella ytterligare tandvårdsåtgärder som tandläkaren med bevis om specialistkompetens utför på patienten.

Remissen ska komma från en behandlare inom tandvården eller hälso- och sjukvården. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) framgår att en remiss är en beställning av en tjänst eller en begäran om övertagande av vårdansvar. En remiss behöver inte nödvändigtvis vara ett fysiskt papper, utan kan finnas dokumenterad i journalen i form av anteckning med en specifik fråga till specialisten åtföljt av ett svar från hen.

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

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

10.4.3 Patientens kostnad och betalning

Det statliga tandvårdsstödet subventionerar en del av patientens kostnad för tandvård. Hur stor tandvårdsersättningen blir beror därför på vilket pris vårdgivaren och patienten har kommit överens om.

2 kap. 4 § första och andra stycket STL

För ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under en ersättningsperiod om ett år, lämnas tandvårdsersättning med en viss andel av patientens sammanlagda kostnader, i den mån dessa överstiger det belopp som har fastställts enligt 6 § 1.

Kostnaderna beräknas med utgångspunkt i referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder. Kostnaden för en utförd åtgärd får dock inte beräknas högre än ett belopp motsvarande vårdgivarens pris för åtgärden för den aktuella patienten.

Vårdgivaren ska rapportera in sitt totala pris för varje utförd åtgärd för den aktuella patienten (15 § 7 p. STF). Tandvårdsersättningen beräknas sedan utifrån det lägsta av vårdgivarens inrapporterade pris och referenspriset för respektive åtgärd. Den del av vårdgivarens pris som blir kvar när ersättning har betalats ut utgör patientavgiften för åtgärden i fråga. Tandvårdsstödet konstruktion innebär att patienten måste ha haft en kostnad för att få subventionen från stödet. Vårdgivaren ska därför kunna styrka patientens kostnad för respektive inrapporterad åtgärd.

Om vårdgivaren inte kan visa att patienten har haft en kostnad och betalat eller ska betala för behandlingen, eller om kostnaden inte uppgår till minst det inrapporterade vårdgivarpriset, så kräver Försäkringskassan tillbaka den tandvårdsersättning som har betalats ut felaktigt. Vi utgår från det lägsta av vårdgivarens inrapporterade pris och referenspriset och jämför patientens kostnad och betalning med det belopp som tandvårdsersättningen beräknades utifrån.

Vårdgivaren ska alltid ge patienten ett underlag som visar vad som ingår i hens kostnad för den utförda tandvården. Underlaget som specificerar vilka åtgärder patienten har debiterats för och patientavgiften för dem kallas ofta för *kontantfaktura*.

Utöver kontantfakturan behövs det ytterligare underlag från vårdgivaren som visar att en betalningstransaktion har gjorts, eftersom kontantfakturan i sig inte är ett bevis på att eller hur mycket patienten faktiskt har betalat. Vilket underlag som behövs beror på hur betalningen gjordes.

Vårdgivaren ska enligt 11 § STF alltid ge patienten ett kvitto när hen har betalat för den utförda tandvården. Kvittot ska innehålla

- vårdgivarens pris för varje enskild åtgärd för den specifika patienten
- referenspriset och åtgärdskoderna för den tandvård som utförts
- hur mycket statligt tandvårdsstöd patienten har fått för behandlingen.

I de fall vårdgivaren och patienten har kommit överens om en avbetalningsplan måste vårdgivaren kunna visa vilken behandling (vilka åtgärder) som ingår i summan som patienten ska betala. Vårdgivaren måste också kunna visa övriga relevanta villkor för avbetalningsplanen, till exempel under vilken tid avbetalningen ska ske, i syfte att göra det sannolikt att det fanns en verklig avsikt att få betalt för de utförda åtgärderna.

Vårdgivarens bokföring

En vårdgivare är näringsidkare och har bokföringsskyldighet. Vårdgivaren ska därför redogöra för de affärshändelser som sker i verksamheten genom att bokföra ekonomiska transaktioner. Det viktiga för Försäkringskassan är att vårdgivaren kan göra sannolikt att den har fått betalt av patienten, eller har för avsikt att få betalt av patienten. Vi utreder inte vårdgivarens bokföringsskyldighet, men vi behöver ofta begära in bokföringsunderlag när vi utreder och bedömer rätten till ersättning.

Av bokföringslagen (1999:1078; BFL) framgår vad som ska bokföras.

5 kap. 1 § första stycket BFL

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

En affärshändelse är en inkomst, en utgift, en förändring av en tillgång eller en skuld. Kravet på bokföring innebär att kvitton, fakturor och andra underlag ska sparas.

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

18 § andra stycket STF

För att bli ansluten till det elektroniska systemet ska vårdgivaren vara legitimerad tandläkare eller tandhygienist eller, genom anställning eller på annat sätt, anlita sådan personal. Vårdgivare i enskilt bedriven verksamhet ska vidare vara godkänd för F-skatt för att bli ansluten till systemet.

En vårdgivare kan bli av med sin F-skatt om den inte sköter sin bokföring.

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

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

5 kap. andra och tredje stycket BFL

Ett företag vars årliga nettoomsättning normalt uppgår till högst tre miljoner kronor får dröja med att bokföra affärshändelserna tills betalning sker. Vid räkenskapsårets utgång ska dock samtliga då obetalda fordringar och skulder bokföras.

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

Bokföringen systematiserar de ekonomiska händelserna i ett företag och består av olika delar. Det vi tittar på i våra kontroller är främst verifikationer, grundbok och huvudbok. Grundbok brukar även kallas dagbok eller verifikationslista.

Verifikation

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

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

5 kap. 7 § BFL

Verifikationen skall innefatta uppgift om när den har sammanställts, när affärshändelsen har inträffat, vad denna avser, vilket belopp den gäller och vilken motpart den berör. I förekommande fall skall verifikationen även innefatta upplysning om handlingar eller andra uppgifter som har legat till grund för affärshändelsen samt var dessa finns tillgängliga.

I verifikationen skall det ingå ett verifikationsnummer eller annat identifieringstecken samt sådana övriga uppgifter som är nödvändiga för att sambandet mellan verifikationen och den bokförda affärshändelsen utan svårighet skall kunna fastställas

För att en kontantfaktura ska uppfylla kraven på en verifikation i bokföringslagen behöver den innehålla

- uppgifter om patienten
- vad fakturan avser
- datum när fakturan upprättades
- när betalningen gjordes
- ett fakturanummer eller löpnummer så att patientens betalning eller utestående fordran på patienten kan spåras i bokföringen.

Utöver bokföringslagens krav på vad en verifikation ska innehålla ska vårdgivaren på kvittot över erlagd betalning även ange vilka åtgärder patienten betalat för, vårdgivarpriset respektive referenspriset för respektive åtgärd och eventuell ersättning från tandvårdsstödet som dragits av på patientens kostnad för respektive åtgärd (11 § STF).

Grundbok

I grundboken redovisas alla företagets affärshändelser dag för dag. Varje affärshändelse får ett verifikationsnummer och innehållet ska kunna verifieras av verifikationen med samma nummer.

5 kap. 2 § första och andra stycket BFL

Kontanta in- och utbetalningar ska bokföras senast påföljande arbetsdag. Andra affärshändelser ska bokföras så snart det kan ske.

Affärshändelserna får bokföras senare än som anges i första stycket, om det finns skäl för det och det är förenligt med god redovisningssed

Samma slags affärshändelser ska samlas på samma ställe – ett konto – för att göra det möjligt att få en överblick över samma slags utgifter respektive inkomster under en viss period, och samma sorts tillgångar och skulder vid en viss tidpunkt.

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

Huvudbok

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

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

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

En vårdgivare kan välja att ha flera olika konton med olika namn och siffror som betecknar olika typer av intäkter och skulder relaterat till patientavgifter. Vårdgivaren kan alltså ha olika konton för

- utestående patientfordringar (det vill säga när patienten ännu inte har betalat, exempelvis vid avbetalningsplaner)
- patientintäkter som har betalats med kort
- patientintäkter som har betalats kontant.

Läs mer

På www.bas.se kan du läsa mer om BAS-kontoplanen.

10.4.4 Kontrollera rätt till utbetalt STB

Försäkringskassan kan återkräva utbetalt STB precis som annan ersättning som har betalas ut inom det statliga tandvårdsstödet. Vid en efterhandskontroll där STB har betalats ut kontrollerar vi om det underlag som vårdgivaren hade tillgång till när STB begärdes visar att patienten hade rätt till bidraget. I vissa fall har vi prövat patientens rätt till STB på förhand. Det typärendet benämns "förhandsprövning STB". I avsnitt 8.5 kan du läsa mer om förhandsprövning av rätten till STB.

Det är uppgifterna i patientens journal som ligger till grund för vår bedömning om rätten till STB i en efterhandskontroll. Vårdgivaren bör i en efterhandskontroll kunna visa ett läkarintyg från patienten, och vid vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar salivprovresultat. Information om vilka underlag och vilka gränsvärden från salivprovsmätning som krävs för att ha rätt till STB finns i *Socialstyrelsens föreskrifter om särskilt tandvårdsbidrag* (SOSFS 2012:16).

Om vi bedömer att underlaget visar att vårdgivaren hade skälig anledning att anta att patienten hade rätt till STB, så ska vi inte återkräva bidraget (4 kap. 2 § 2 st. STL) om det senare visar sig att patienten inte hade rätt till det. Skälig anledning kan till exempel vara att patienten har visat vårdgivaren ett läkarintyg som visar att hen har en sådan sjukdom eller funktionsnedsättning som ger rätt till STB.

Om en patient har gått hos samma tandläkare eller tandhygienist under en längre tid kan vårdgivaren ha långvarig kännedom om sin patients kroniska sjukdom eller funktionsnedsättning. Det bör då finnas anteckningar i patientens journal om hens diagnos, även om vårdgivaren inte nödvändigtvis har något läkarintyg. I det fallet bedöms också vårdgivaren ha haft skälig anledning att anta att patienten hade rätt till STB (prop. 2011/12:7 s. 38f).

Läs mer

I Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2012:16) kan du läsa mer om bedömningen av om en patient har en sjukdom eller funktionsnedsättning som medför rätt till särskilt tandvårdsbidrag.

10.4.5 Patientjournal på engelska

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

Om en patientjournal som är skriven på engelska kommer in till Försäkringskassan, så ska vi kontakta Socialstyrelsen för att kontrollera om behandlaren har rätt att skriva sina journaler på engelska. Om en behandlare för journaler på engelska utan förordnande av Socialstyrelsen ska vi anmäla det till IVO. Hur det går till framgår av riktlinje 2011:2, *Överlämnande av uppgifter i tandvårdsärenden mellan Försäkringskassan och tillsynsmyndigheterna*.

Att behandlaren har skrivit journalanteckningar på ett annat språk har i sig inte betydelse för rätten till tandvårdsstöd, för villkoren för rätt till ersättning i TLVFS måste alltid vara uppfyllda.

10.4.6 Det är vårdgivaren som fastställer rätt tillstånd och åtgärd

2 § TLVFS

Behandlaren fastställer vilka tillstånd som föreligger hos patienten för att sedan bedöma vilka tandvårdsåtgärder som uppfyller förutsättningarna för ersättning enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Försäkringskassan ska inte besluta om återkrav om den utförda åtgärden skulle ha varit ersättningsberättigande i förhållande till patientens verkliga tillstånd. Det kan till exempel röra sig om situationer där behandlaren har rapporterat in fel tillstånd av misstag.

Om det i bedömningen av underlaget är uppenbart att det finns ett alternativt tillstånd ska Försäkringskassan uppmärksamma det i beslutet till vårdgivaren. Detsamma gäller om vårdgivaren av misstag har rapporterat in att behandling har utförts på en viss tand men underlaget visar att den ersättningsberättigande behandlingen har utförts på en annan tand. Det kan finnas anledning att upplysa vårdgivaren om den felaktiga användningen av ett visst tillstånd i lärandesyfte.

Försäkringskassans arbete med efterhandskontroller syftar till att kontrollera om de tandvårdsåtgärder som rapporterats in var ersättningsberättigande eller inte. Därför behöver ingen korrigerande åtgärd göras av ovanstående felaktiga rapporteringar när det gäller uppgifter som inte påverkar storleken på ersättning. Det är dessutom endast i de undantagsfall där det blir fråga om en omgörning som till exempel en felaktigt inrapporterad uppgift om tandnummer har någon betydelse. Sammanfattningsvis ska Försäkringskassan inte rätta fel som inte påverkar storleken på den utbetalda ersättningen.

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

10.5 Stöd i utredningen – försäkringsodontologisk rådgivare (FOR)

Det här avsnittet beskriver FOR:s roll som stöd till dig som är utredare och specialist. Det förtydligar också vad som gäller för dokumentation vid frågor till FOR, se JO:s beslut dnr 3726–2011. Här finns också ett metodstöd som närmare beskriver processen vid ett skriftligt yttrande.

10.5.1 FOR:s roll

FOR är anställd som medarbetare på Försäkringskassan. Inom ramen för denna tjänst står inte FOR under IVO:s tillsyn, trots att hen är legitimerad tandläkare. Det beror på att hen arbetar på Försäkringskassan som administratör och inte som kliniker.

Som anställd på Försäkringskassan ska FOR bland annat stå för odontologisk sakkunskap och verka för ett gott samarbete mellan Försäkringskassan och vårdgivarna.

FOR ska inte överta vårdgivarens roll genom att själv undersöka eller behandla patienten och inte heller bedöma om den behandling som utfördes var lämplig. Det är inte heller FOR:s roll att bedöma om tandvården är ersättningsberättigande eller inte, för det gör utredaren.

10.5.2 Odontologiskt sakkunnig

FOR är expert i de odontologiska frågor som aktualiseras i försäkringshandläggningen, det vill säga ett försäkringsodontologiskt stöd i handläggningen. Hen ska vid behov hjälpa utredaren att tolka informationen om patientens odontologiska tillstånd i det underlag som Försäkringskassan har tillgång till. FOR kan även stödja utredaren i att avgöra om informationen i det odontologiska underlaget är tillräcklig för att fatta beslut i ärendet.

FOR ska stärka utredarnas och specialisternas kunskap i odontologiska frågor. Det kan hen göra vid individuella konsultationer kopplade till ärenden. FOR kan också stärka utredarnas och specialisternas kunskap i generella odontologiska ämnen genom utbildning och information i grupp.

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

10.5.3 Konsultera FOR

Utredaren ska i varje enskilt ärende bedöma om FOR behöver konsulteras.

Utredaren ska konsultera FOR om något är oklart när det gäller odontologiska frågor eller om det är svårt att tolka patientens journal, röntgenbilder, foton med mera. FOR ska med sin kompetens hjälpa till med att bedöma om det odontologiska underlaget innehåller tillräcklig information och är av tillräckligt god kvalitet för att utredaren ska kunna besluta om vårdgivaren har rätt till ersättning.

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

10.5.4 Dokumentera vid konsultation

När en utredare konsulterar FOR i enskilt ärende ska hen dokumentera de uppgifter som kan ha betydelse för utgången i ärendet.

Vid en muntlig konsultation, enskilt eller i grupp, där FOR:s uttalande kan ha betydelse för utgången i ärendet ska utredaren dokumentera uttalandet i en tjänsteanteckning. Utredaren ska också dokumentera när det är osäkert om en uppgift kan ha betydelse för utgången i ett enskilt ärende. Hen ska då formulera dokumentationen i samråd med FOR och det ska framgå vilken FOR som har konsulterats, vilket underlag som ligger till grund för uttalandet, vad frågan gällde och resultatet av rådgivningen. Om utredaren bedömer att det krävs ett skriftligt yttrande från FOR, så ska hen begära det i stället, se avsnitt 10.6.6, *Skriftligt yttrande*.

Om ett yttrande från FOR ingår i underlaget för ett negativt beslut, så ska det bifogas till kommuniseringsbrevet som utredaren skickar till vårdgivaren.

Läs mer

I vägledning 2004:7 *Förvaltningsrätt i praktiken* kan du läsa mer om både dokumentation och kommunikering.

10.5.5 Generella frågor

Generella odontologiska frågor kan ställas muntligt till FOR utan att svaret behöver dokumenteras. Det gäller när FOR kan svara på frågan utan att bedöma underlaget i ärendet. Det kan jämföras med att diskutera en fråga med en kollega. Om FOR däremot behöver titta på något underlag för att kunna göra en bedömning med hjälp av underlag i ett ärende, så ska detta dokumenteras enligt avsnitt 10.5.4.

10.5.6 Skriftligt yttrande

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

FOR ska inte bedöma om tandvården är ersättningsberättigande eller inte, och inte heller lägga in några värderingar om den utförda tandvården.

10.6 Metodstöd – att skriva yttrande

Det här kapitlet beskriver processen för ett skriftligt yttrande, hur yttrandet ska vara disponerat och hur det används.

10.6.1 Vad ska utredaren göra?

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

Om du bedömer att det behövs fler än ett skriftligt yttrande därför att mer än en mottagning är inblandad i ärendet, så delar du upp frågorna till den försäkringsodontologiska rådgivaren efter respektive mottagning.

10.6.2 Vad ska den försäkringsodontologiska rådgivaren göra?

Din uppgift som försäkringsodontologisk rådgivarens är att bedöma det odontologiska underlaget utifrån de frågor som utredaren har ställt. Du ska alltså inte bedöma rätten till tandvårdsersättning.

Du ska i din bedömning

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

Om det inte finns tillräckligt med information för att ta ställning till utredarens frågor, eller om underlaget har för låg kvalitet för att användas som bedömningsunderlag, så noterar du det under respektive fråga i yttrandet. Är utredarens frågor på något sätt otydliga ber du hen om ett klargörande.

Om du hittar något i ärendet som kan vara relevant för utredarens bedömning, men som inte täcks av frågorna, så noterar du det i en annan skrivelse, som du lämnar separat till utredaren.

10.6.3 Disposition av yttrandet

Du ska skriva ditt odontologiska yttrande enligt en fastställd mall och spara det i ärendet som en bilaga.

Skriv ditt yttrande utifrån utredarens frågor. Använd gärna följande disposition:

- Redovisa vilket eller vilka underlag du grundar ditt yttrande på.
- Svara på utredarens frågor.

Om du anser att det finns något annat i ärendet som kan vara relevant för bedömningen av ärendet, så dokumenterar du det i en separat skrivelse.

Du ska alltid motivera din bedömning. Språket i yttrandet ska alltid vara sådant att både utredaren och patienten kan förstå innehållet. Översätt därför latinska och andra odontologiska termer eller förklara dem med enklare ord.

Om två eller fler mottagningar ingår i ärendet ska du skriva ett yttrande för varje mottagning. Det beror på att respektive mottagning eller vårdgivare får ta del av ditt yttrande vid en eventuell kommunikering inför beslut.

Om du uppmärksammar något i ärendet som tyder på att en vårdgivare medvetet kan ha fått ersättning från det statliga tandvårdsstödet på felaktiga grunder, så dokumenterar du det separat i Wimimall 15150 Journal vid anmälan för kontrollutredning och lämnar den som en impuls till fördjupad utredning.

10.6.4 Så används den försäkringsodontologiska rådgivarens yttrande

När du som utredare har tagit del av det försäkringsodontologiska yttrandet ska du väga samman all den information som finns i ärendet och sedan fatta ett beslut. Yttrandet är en del av beslutsunderlaget tillsammans med övrigt underlag. Om yttrandet inte går att tolka och du därför inte kan fatta något beslut, så ber du rådgivaren om ett klargörande.

Om det skriftliga yttrandet leder till att du bedömer att vårdgivarens ansökan om ersättning ska avslås helt eller delvis, så skickar du ett kommuniseringsbrev till vårdgivaren och bifogar yttrandet och andra relevanta underlag.

Du ska motivera ditt beslut utifrån de uppgifter som finns i ärendet. Ett beslut får aldrig motiveras enbart genom att hänvisa till det försäkringsodontologiska yttrandet. Beslutet ska också innehålla hänvisningar till bestämmelser som beslutet grundas på.

Läs mer

Läs mer om hur ett beslut ska skrivas i riktlinjerna (2005:14) *Att skriva kommuniseringsbrev och beslutsbrev i Försäkringskassan*.

10.7 Beslut om återkrav

4 kap. 2 § STL

Om en vårdgivare har fått ersättning enligt denna lag med ett för högt belopp, får Försäkringskassan kräva tillbaka den ersättning som felaktigt har betalats ut. Försäkringskassan får, i stället för att kräva återbetalning, räkna av beloppet från en annan fordran som vårdgivaren har på ersättning enligt denna lag.

[...]

Vid en efterhandskontroll kan Försäkringskassan bedöma att en inrapporterad åtgärd inte var ersättningsberättigande. Det kan bero på att villkoren för tillståndet inte är uppfyllda eller att vårdgivaren inte har utfört alla de moment som ska ingå i åtgärden.

Försäkringskassan får besluta att kräva tillbaka utbetald tandvårdsersättning om vårdgivarens insända underlag inte visar att den utförda tandvården överensstämmer med TLVFS:s villkor. Det gäller till exempel när

- patientens tillstånd innebär att den utförda åtgärden inte är ersättningsberättigande
- patientens kostnad inte stämmer överens med det pris som vårdgivaren har rapporterat in
- det finns brister i dokumentationen, till exempel villkor D.1, där det finns krav på att det aktuella tillståndet ska dokumenteras med röntgen, foto eller modell innan behandlingen påbörjas
- beskrivningen av den utförda och dokumenterade åtgärden inte stämmer överens med den åtgärd som vårdgivaren har rapporterat in
- en mer omfattande åtgärd har utförts utan att det finns underlag som visar varför vårdgivaren begärt ersättning i det enskilda fallet
- dokumentationen i underlaget är bristfällig och det därför inte framgår att åtgärden är utförd
- vårdgivaren har begärt ersättning innan åtgärden var slutförd
- inrapporteringen inte skett i rätt tid i förhållande till besöksdatumet

Vi kan besluta om återkrav om vi bedömer att vårdgivaren har fått tandvårdsersättning med ett för högt belopp. Vi kräver i första hand tillbaka ersättningen genom kvittning i en annan fordran på ersättning som vårdgivaren har. Om det inte är möjligt eller lämpligt lämnar vi i stället den återstående skulden för manuell fordringshantering. Försäkringskassans fordringshantering kräver då in skulden och beslutar om eventuell avbetalningsplan och om ansökan om verkställighet (indrivning) ska göras till Kronofogdemyndigheten.

Sedan den 1 mars 2025 kan Försäkringskassan också ansöka om betalningssäkring vid allmän förvaltningsdomstol. Betalningssäkring kan bli aktuellt om det finns en påtaglig risk för att den som är betalningsskyldig drar sig undan skyldigheten och betalningsskyldigheten avser ett betydande belopp. Betalningssäkring verkställs genom att Kronofogden tar den betalningsskyldiges egendom i anspråk tills fordran betalas frivilligt eller kan drivas in.

Vårdgivaren får inte kräva patienten på det belopp som Försäkringskassan har återkrävt (prop. 2007/08:49 s. 114). Läs mer om vårdgivarens ansvar i kapitel 4.

10.8 Sanktioner

Försäkringskassan har möjlighet att använda sanktioner gentemot aktörer som på olika sätt har orsakat eller riskerar att orsaka felaktiga utbetalningar, eller på andra sätt har åsidosatt sina skyldigheter gentemot det statliga tandvårdsstödet. Vi kan till exempel förelägga en vårdgivare att begära förhandsprövning av planerade behandlingar eller hålla inne utbetalning i väntan på att vårdgivaren fullgör sin uppgiftsskyldighet.

4 kap. 6 § STL

Försäkringskassan får besluta att en vårdgivare, för att kunna få ersättning för vissa tandvårdsåtgärder, i varje enskilt fall ska begära förhandsprövning hos Försäkringskassan, om

1. vårdgivaren i väsentlig utsträckning har åsidosatt bestämmelserna i denna lag, eller i föreskrifter som meddelats med stöd av lagen, om vårdgivares skyldigheter eller förutsättningarna för ersättning, och
2. det finns skäl att anta att vårdgivaren kommer att fortsätta att i väsentlig utsträckning åsidosätta bestämmelserna.

Ett beslut om förhandsprövning får gälla högst ett år. Beslutet får begränsas till att avse en viss behandlande tandläkare eller tandhygienist, en viss mottagning eller en viss åtgärd.

4 kap. 8 a § andra stycket STL

Om en vårdgivare inte fullgör sin uppgiftsskyldighet enligt 3 kap. 2 och 3 §§, får Försäkringskassan vänta med att betala ut ersättning till dess att rätten till ersättning har utretts. En sådan utredning före utbetalning får begränsas till att avse en viss behandlande tandläkare eller tandhygienist, en viss mottagning eller en viss åtgärd.

Utöver de fall som anges i andra stycket får Försäkringskassan betala ut ersättning senare än den tidpunkt som anges i första stycket om det finns särskilda skäl.

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

- När vi håller inne en ersättning kräver vi att vårdgivaren skickar in underlag som visar att den tandvård som vårdgivaren redan har utfört i den individuella ersättningsbegäran är ersättningsberättigande. Därefter kan vi besluta att betala ut tandvårdsersättningen.
- Vid ett föreläggande förhandsprövar vi om den planerade tandvården är ersättningsberättigande innan behandlingen påbörjas. Syftet är att kontrollera vårdgivare som allvarligt missköter sina skyldigheter (prop. 2007/08:49 s.107). Om vårdgivaren utför behandling utan att först ansöka om förhandsprövning kan den inte få tandvårdsersättning.

Försäkringskassan kan använda båda sanktionerna samtidigt. Det innebär att vi förhandsprövar om den planerade tandvården är ersättningsberättigande innan behandlingen påbörjas. Efter behandlingen ska vårdgivaren skicka in underlag som visar att den utförda tandvården ger rätt till tandvårdsstöd. Därefter kan vi betala ut den tandvårdsersättning som vårdgivaren har rätt till.

10.8.1 Försäkringskassans utredning i samband med sanktioner

Impulser och underrättelser som indikerar att en vårdgivare gör allvarliga, återkommande eller avsiktliga fel kan lämnas till Försäkringskassan av patienter, andra behandlare, andra myndigheter eller internt i samband med våra olika kontroller eller utredningar inom det statliga tandvårdsstödet. Vi kan även analysera en vårdgivers rapporteringsmönster för att hitta avvikelser som kan ge signaler om att vårdgivaren använder tandvårdsstödet på ett sätt som avviker från vad som är normalt och som kan innebära att det finns en misstanke om brott.

Innan vi bedömer om sanktioner ska inledas mot en vårdgivare kan vi undersöka om det finns tidigare mönster som hjälper oss att rikta sanktionerna på rätt sätt. Då kan bland annat tidigare efterhandskontroller och omprövningar ge viktig information. Det kan också behövas en utökad kontroll av vårdgivaren. En utökad kontroll kan innebära att göra fler efterhandskontroller, men också att analysera inrapporteringsmönster för att se hur vårdgivaren, mottagningen eller behandlaren tidigare har rapporterat in tandvård och begärt ersättning. Omständigheterna i det enskilda ärendet avgör hur långt tillbaka i tiden utökade kontroller ska göras och vad de ska omfatta. Omständigheterna avgör också om innehållande av ersättning eller föreläggande om förhandsprövning är den lämpligaste sanktionen för att förhindra ytterligare felaktigheter.

Vi ska också bedöma från fall till fall om sanktionen ska gälla vårdgivaren, mottagningen eller en enskild behandlare. Det är dock alltid vårdgivaren som bär det yttersta ansvaret om en mottagning, en behandlare eller ett bolag som tillhör vårdgivaren missköter sin uppgiftsskyldighet (prop. 2007/08:49 s. 167).

En aktör kan ha en sanktion kopplad till sig samtidigt som vi bedömer att det finns en misstanke om brott. I sådana fall ska vi ta ställning till om vi behöver polisanmäla aktören samtidigt som sanktionen pågår för att förhindra ytterligare felaktiga utbetalningar.

En aktör kan också ha en sanktion kopplad till sig samtidigt som vi bedömer att det finns förutsättningar för att avansluta den enligt 19 § STF. I vissa fall, om aktören allvarligt åsidosätter sina skyldigheter eller på andra sätt uppfyller rekvisit för att bli avansluten, kan vi behöva använda sanktioner för att stoppa automatiska utbetalningar tills aktören är avansluten.

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

10.8.2 Patientens rättigheter

Det förekommer att Försäkringskassan i en utredning upptäcker att en vårdgivare medvetet har begärt tandvårdsstöd och upprättat en patientjournal för en person som inte har varit patient hos vårdgivaren. Ibland har personen inte varit på besök hos vårdgivaren alls, och ibland gäller felaktigheterna en specifik behandling som vårdgivaren felaktigt har begärt ersättning för. Detta upptäcks oftast när Försäkringskassan i sin kontrollutredning kontaktar patienten för att ta reda på om den tandvård som rapporterats in stämmer med den behandling som hen har fått.

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

10.8.3 Förelägga om förhandsprövning

Om en vårdgivare har åsidosatt sina skyldigheter i väsentlig utsträckning kan Försäkringskassan förelägga vårdgivaren att begära förhandsprövning av sin planerade tandvård. Då måste det också finnas anledning att anta att vårdgivaren kommer att åsidosätta sina skyldigheter i väsentlig utsträckning även i fortsättningen.

4 kap 6 § STL

Försäkringskassan får besluta att en vårdgivare, för att kunna få ersättning för vissa tandvårdsåtgärder, i varje enskilt fall ska begära förhandsprövning hos Försäkringskassan, om

1. vårdgivaren i väsentlig utsträckning har åsidosatt bestämmelserna i denna lag, eller i föreskrifter som meddelats med stöd av lagen, om vårdgivares skyldigheter eller förutsättningarna för ersättning, och
2. det finns skäl att anta att vårdgivaren kommer att fortsätta att i väsentlig utsträckning åsidosätta bestämmelserna.

Ett beslut om förhandsprövning får gälla högst ett år. Beslutet får begränsas till att avse en viss behandlande tandläkare eller tandhygienist, en viss mottagning eller en viss åtgärd.

Bestämmelsen innebär att vi under vissa förutsättningar får besluta att en vårdgivare i varje enskilt fall ska begära förhandsprövning för att kunna få ersättning för vissa tandvårdsåtgärder. Syftet med sanktionen är att kontrollera vårdgivare som allvarligt missköter sina åtaganden inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Det kan också handla om att en vårdgivare inte uppfyller ansvaret mot sina patienter. Förarbetena till bestämmelsen beskriver syftet mer utförligt:

”Som framgått tidigare bör inte förhandsprövning förekomma inom det statliga tandvårdsstödet, annat än i undantagsfall. Den nu avsedda förhandsprövningen syftar till att särskilt kontrollera vissa vårdgivare som visat sig allvarligt missköta administrationen i verksamheten och där det kan antas att vårdgivaren även fortsättningsvis kommer att underlåta att följa exempelvis bestämmelserna om uppgiftsskyldighet till Försäkringskassan eller om att lämna prislister, undersökningsprotokoll, skriftliga prisuppgifter och behandlingsplaner till patienterna. Beslut om förhandsprövning kan även aktualiseras i fall där en vårdgivare t.ex. upprepade gånger har begärt ersättning i strid mot bestämmelserna om under vilka förutsättningar tandvårdsstöd kan utgå, t.ex. genom att begära ersättning för tandvårdsåtgärder som vid en efterhandskontroll visat sig inte vara ersättningsberättigande. Beslutet kan förenas med krav på att viss dokumentation ska bifogas ansökan om förhandsprövning. Vid förhandsprövningen ska Försäkringskassan bedöma om förutsättningar föreligger för ersättning för vissa tandvårdsåtgärder som vårdgivaren avser att utföra.” (prop. 2007/08:49, s. 170 f.).

Ett föreläggande innebär alltså att Försäkringskassan beslutar att en vårdgivare måste begära en förhandsprövning av planerad tandvård. Vid förhandsprövningen utreder vi om de åtgärder som vårdgivaren planerar kan ge rätt till tandvårdsersättning. Om åtgärderna kan ge rätt till ersättning kan vårdgivaren utföra dem och rapportera in sin ersättningsbegäran.

Vi kan välja att besluta om föreläggande om förhandsprövning för all behandling som vårdgivaren, mottagningen eller behandlaren planerar, eller enbart för vissa specifika åtgärder. Vi kan också ändra omfattningen av föreläggandet så att det gäller andra tillstånd och åtgärder under tiden som sanktionen pågår. Inrapporterad tandvård som inte ingår i föreläggandet hanteras automatiserat.

Så påverkas patienten av ett föreläggande

Ett föreläggande om förhandsprövning påverkar patienten på så vis att hen får vänta på sin behandling tills Försäkringskassan har godkänt förhandsprövningen. Vid förhandsprövning ska vi inte bedöma om den planerade vården är en lämplig behandling i sig, utan bara om den ger rätt till statligt tandvårdsstöd (prop. 2007/08:49 s. 107).

Beslutet – hur länge det gäller och vad det ska innehålla

Beslutet om föreläggande ska gälla som längst i ett år. Det finns inget som hindrar att Försäkringskassan beslutar om ett nytt föreläggande när det första upphör att gälla. Men om vårdgivaren under tiden för föreläggandet har följt reglerna bör den under en period få möjlighet att visa en korrekt tillämpning innan vi beslutar om ett nytt föreläggande.

Beslutet ska innehålla vilka av vårdgivarens mottagningar och behandlare som ska omfattas, under hur lång tid föreläggandet ska gälla och vilken typ av tandvård som ska förhandsprövas. Försäkringskassan avgör i varje enskilt fall vilken omfattning föreläggandet ska ha.

Vårdgivaren kan begära omprövning av Försäkringskassans beslut.

Läs mer om administrationen av förhandsprövningar i kapitel 8 *Förhandsprövning*.

10.8.4 Hålla inne tandvårdsersättning

4 kap 8 a § STL

Försäkringskassan ska betala ut ersättning inom två veckor från det att ansökan kom in.

Om en vårdgivare inte fullgör sin uppgiftsskyldighet enligt 3 kap. 2 och 3 §§, får Försäkringskassan vänta med att betala ut ersättning till dess att rätten till ersättning har utretts. En sådan utredning före utbetalning får begränsas till att avse en viss behandlande tandläkare eller tandhygienist, en viss mottagning eller en viss åtgärd.

Utöver de fall som anges i andra stycket får Försäkringskassan betala ut ersättning senare än den tidpunkt som anges i första stycket om det finns särskilda skäl.

Om en vårdgivare inte fullgör sin uppgiftsskyldighet enligt 3 kap. 2 och 3 § STL får vi vänta med att betala ut ersättning tills vi har utrett rätten till ersättning. Det betyder att ersättningsbegäran stannar upp för manuell bedömning och vårdgivaren måste skicka in underlag som visar att den utförda tandvården var ersättningsberättigande innan vi beslutar om tandvårdsersättningen.

Vårdgivaren ska skicka in underlag som visar att behandlingen är utförd och att den ger rätt till tandvårdsersättning. Vi kan också behöva kontakta patienten i vår utredning. När vårdgivaren rapporterar in åtgärder som omfattas av innehållandet i det elektroniska systemet, så spärras de från att godkännas automatiskt. Det gäller även andra åtgärder som rapporteras in vid samma behandlingstillfälle. Övrig inrapporterad tandvård vid andra behandlingstillfällen hanteras däremot automatiserat.

Försäkringskassan kan välja att hålla inne ersättning för all behandling som vårdgivaren, mottagningen eller behandlaren rapporterar in, eller bara för specifika åtgärder. Vi kan även ändra omfattningen av innehållandet så att det gäller andra åtgärder under tiden som sanktionen pågår.

Försäkringskassan ska som regel betala ut ersättningen inom två veckor från att en ansökan om tandvårdsstöd kommer in, om den inrapporterade tandvården visar sig vara ersättningsberättigande. När vi håller inne ersättningen gäller detta bara under förutsättning att vårdgivaren fullgör sin uppgiftsskyldighet och skickar in underlag som visar rätten till det begärda tandvårdsstödet. Om det finns särskilda skäl får vi betala ut ersättningen senare än två veckor efter ansökan kommit in. Ett särskilt skäl kan vara att det finns omständigheter i det enskilda ärendet som gör att utredningen tar längre tid och att ersättningen därför inte kan betalas ut inom två veckor (prop. 2007/08:49 s. 105). Vi kan fortsätta att hålla inne ersättning tills vårdgivaren fullgör sin uppgiftsskyldighet och kan visa att den tillämpar regelverket på ett korrekt sätt. När innehållandet har upphört gör vi efterhandskontroller som en uppföljning för att se om vårdgivaren sköter sin uppgiftsskyldighet.

Vårdgivaren ska få skriftlig information

Försäkringskassans ställningstagande att innehålla ersättning för en vårdgivare är inte ett beslut som vårdgivaren kan begära omprövning av. Vi skickar i stället ett informationsbrev där vi beskriver de omständigheter som har gjort att ersättningen kommer att hållas inne och vad den manuella handläggningen innebär för vårdgivaren.

Vi ska informera vårdgivaren skriftligt även när vi

- ändrar omfattningen av innehållandet
- bedömer att ersättningen inte längre behöver hållas inne.

Patienten påverkas inte av ett innehållande

Innehållande, till skillnad från föreläggande, medför att patienten kan få sin behandling utförd när hen behöver den utan att behöva vänta på att Försäkringskassan förhandsprövar ärendet.

Om följderna av ett innehållande innebär att vårdgivaren inte får den tandvårds-ersättning som den begärt, så får vårdgivaren inte kräva patienten på ersättningen efter att behandlingen utförts (prop. 2007/08:49 s. 114).

Metodstöd – beräkna patientens pris vid flera besök vid innehållande

Försäkringskassan kan hålla inne ersättning för ett besök och inte hinna besluta om vårdgivaren ska få ersättning eller inte innan nya besök rapporteras in för samma patient. Det leder till att patientens högkostnadsskydd inte hinner uppdaterats utifrån de åtgärder som ger rätt till allmän tandvårdsersättning som görs under de nya besöken. Det uppstår problem när kostnaderna passerar 3 000 kronor respektive 15 000 kronor. Det kan innebära att vi betalar ut mer allmän tandvårdsersättning än vad en vårdgivare begärde vid inrapporteringstillfället.

När vi granskar patientens betalning vid ett innehållande ska vi alltid utgå från det högkostnadsskydd (ingående ersättningsgrundande belopp) som vid beslutstillfället finns registrerat i systemet för aktuellt besök. Det är alltså utifrån hur systemet räknar ut patientens pris (vårdgivarpriset minus allmän tandvårdsersättning) vid beslutstillfället som vi ska utreda och bedöma om vårdgivarpriset har rapporterats in korrekt och om patienten har betalat. Patienten får ett meddelandebrev om höjt högkostnadsskydd och informeras i de fall Försäkringskassan betalat ut mer ersättning än vad som begärdes i besöket.

10.8.5 Information till vårdgivaren i samband med sanktioner

I samband med att Försäkringskassan tar ställning till att hålla inne ersättning eller förelägga om förhandsprövning ska vi informera vårdgivaren om anledningen till sanktionen och vad den innebär. Informationen ska vara skriftlig och skickas till vårdgivarens adress, eftersom vårdgivaren ansvarar för att de som är verksamma inom vårdgivarens organisation sköter sina åtaganden inom ramen för tandvårdsstödet. Detta gäller även om sanktionen bara ska gälla gentemot någon av vårdgivarens mottagningar eller gentemot enskilda behandlare. Vi kan informera i beslutet om föreläggande om förhandsprövning eller i meddelandet som vi skickar när vi håller inne ersättningen.

Både patienten och vårdgivaren har möjlighet att begära omprövning av Försäkringskassans negativa beslut för de individuellt inrapporterade behandlingstillfällena. I kapitel 10 kan du läsa mer om omprövning och överklagande av beslut.

10.9 Polisanmälan och bidragsbrott

Vi upptäcker ibland att en person hos en vårdgivare lämnar oriktiga uppgifter och därmed orsakar att för mycket tandvårdsstöd betalas ut eller riskerar att betalas ut. Då kan det finnas skäl att misstänka bidragsbrott. Försäkringskassan utreder inte bidragsbrott, men är skyldig att polisanmäla misstänkta bidragsbrott.

Det är Polisen och Åklagarmyndigheten som utreder misstänkta brott, men du som arbetar som handläggare eller utredare behöver känna till vad som kännetecknar ett bidragsbrott och kunna identifiera när en polisanmälan behöver göras utifrån omständigheterna i ditt ärende.

Bidragsbrottslagen

1 § Denna lag gäller sådana bidrag, ersättningar, pensioner och lån för personligt ändamål som enligt lag eller förordning beslutas av Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Centrala studiestödsnämnden, Migrationsverket, Arbetsförmedlingen, en kommun eller en arbetslöshetskassa och betalas ut till en enskild person (ekonomisk förmån).

Denna lag gäller även sådana stöd, bidrag och ersättningar som enligt lag eller förordning beslutas av Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller en kommun och avser en enskild person, men betalas ut till eller tillgodoräknas någon annan än den enskilde (ekonomiskt stöd).

6 § Myndigheter som anges i 1 § samt kommuner och arbetslöshetskassor ska göra anmälan till Polismyndigheten om det kan misstänkas att brott enligt denna lag har begåtts.

Bidragsbrottslagen omfattar ekonomiska förmåner som betalas ut för personligt ändamål, men även ersättningar som beslutas av Försäkringskassan och avser en enskild person, men betalas ut till eller tillgodoräknas någon annan. Tandvårdsersättning är en sådan ersättning, eftersom den avser patienten, men betalas ut till vårdgivaren. Det innebär att bidragsbrottslagen ska tillämpas när en person hos vårdgivaren lämnar oriktiga uppgifter eller inte anmäler ändrade förhållanden och därigenom orsakar att ersättning betalas ut eller riskerar att betalas ut felaktigt.

Risken för felaktig utbetalning med anledning av de felaktiga uppgifterna ska vara konkret. Det innebär att rutinmässiga kontroller som alltid görs inför en utbetalning (till exempel av regeltorn) inte ska ha kunnat fånga upp och uppmärksamma den felaktiga uppgiften, för i så fall är inte risken konkret och därmed är det inte heller ett bidragsbrott.

Det går inte att åtala och döma vårdgivaren (företaget som utövar tandvård) för bidragsbrott, eftersom bidragsbrott alltid begås av en individ. Ibland kan vi veta med relativ stor säkerhet vem som lämnat de felaktiga uppgifterna, till exempel när enbart en person rapporterar in uppgifter till Försäkringskassan. Men ibland kan vi inte med säkerhet säga exakt vem hos vårdgivaren som har orsakat det misstänkta bidragsbrottet. Då ska vi ändå göra en polisanmälan. Det är sedan polisen som får använda sina mycket större utredningsbefogenheter för att komma fram till vem som faktiskt begick brottet och ska åtalas.

Försäkringskassans kontrollarbete fokuserar i många fall på att kontrollera utbetald ersättning i efterhand. Därför behöver vi också känna till att det finns preskriptionstider för brott. Preskriptionstid innebär att åklagaren måste väcka åtal mot den misstänkte inom en viss tid från att brottet begicks. Därefter kan personen inte dömas för brottet. Det är därför viktigt att vi direkt gör en polisanmälan när vi misstänker att ett bidragsbrott har begåtts. Annars är risken att ingen kommer att kunna åtalas för brottet.



Det kan också förekomma att Försäkringskassan upptäcker omständigheter som skulle kunna vara andra brott än bidragsbrott. Vi är inte skyldiga enligt lag att anmäla sådana brott, men det är ändå viktigt för förtroendet för Försäkringskassan och socialförsäkringen att vi gör polisanmälan även i de fallen.

Läs mer

I vägledning (2004:1) *Kontrollutredning* kan du läsa mer om bidragsbrott, andra typer av brott och polisanmälan.

10.10 Impulser och underrättelser till andra myndigheter

I Försäkringskassans utredningar kan det uppstå misstankar om att en tandvårdsaktör har agerat i strid mot bestämmelser som andra myndigheter ska utreda. Det kan exempelvis röra sig om misstänkta penningtvättbrott med anledning av stora kontanta inbetalningar till vårdgivaren, skattebrott eller tecken på bristfällig bokföring, eller vård som utförts i strid mot vetenskap och beprövad erfarenhet. I sådana fall ska vi lämna en impuls eller underrättelse till berörd myndighet, till exempel Ekobrottsmyndigheten, Skatteverket, Arbetsförmedlingen eller IVO.

Läs mer

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

10.10.1 Lagen (2024:307) om uppgiftsskyldighet för att motverka felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen samt fusk, regelöverträdelser och brottslighet i arbetslivet (LUFFA)

Sedan 1 juli 2024 gäller en ny lag om uppgiftsskyldighet för att motverka felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen. Lagen består av två delar som reglerar aktörernas skyldighet att lämna uppgifter till varandra:

- Del ett handlar om informationsutbyte för att motverka felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen. Detta möjliggör uppgiftsutbyte inför beslut i ordinarie ärendehandläggning och för att utreda felaktiga utbetalningar i efterhand. Reglerna ger Försäkringskassan ökade möjligheter att lämna och få information inom hela kärnverksamheten.
Del två handlar om informationsutbyte för att planera, genomföra och följa upp myndighetsgemensamma kontroller av arbetsplatser. Det ska ske inom ramen för den varaktiga samverkan mot arbetslivskriminalitet som beslutats av regeringen (A-krim). Reglerna tillämpas framförallt av verksamhetsområde Kontroll på Bidragsbrottsavdelningen (BA).



10.10.2 Lagen (2025:170) om skyldighet att lämna uppgifter till de brottsbekämpande myndigheterna (LUB)

Den 1 april 2025 trädde lagen (2025:170) om skyldighet att lämna uppgifter till de brottsbekämpande myndigheterna i kraft. Lagen innebär utökade skyldigheter för Försäkringskassan att lämna uppgifter till de brottsbekämpande myndigheterna Ekobrottsmyndigheten, Kustbevakningen, Polismyndigheten, Skatteverket, Säkerhetspolisen, Tullverket och Åklagarmyndigheten.

Lagen innehåller två nya uppgiftsskyldigheter för Försäkringskassan:

- Enligt 4 § ska Försäkringskassan lämna kontaktuppgifter om en fysisk person till de brottsbekämpande myndigheter som begär det, om uppgiften behövs i deras brottsbekämpande verksamhet.
- Enligt 5 § ska Försäkringskassan på begäran eller på eget initiativ lämna alla slags uppgifter som behövs i den mottagande brottsbekämpande myndighetens brottsbekämpande verksamheten.

Med brottsbekämpande verksamhet menas sådan verksamhet som en brottsbekämpande myndighet bedriver för att förebygga, förhindra eller upptäcka brottslig verksamhet eller för att utreda eller lagföra brott. Verksamhet för att verkställa straffrättsliga påföljder, upprätthålla allmän ordning och säkerhet och sådan kontrollverksamhet som brottsbekämpande myndigheter i vissa fall bedriver är inte brottsbekämpande verksamhet.

Skyldigheten att lämna ut en uppgift gäller som huvudregel oavsett om uppgiften är offentlig eller omfattas av sekretess eller tystnadsplikt. Om uppgifterna omfattas av sekretess bryts den med stöd av 10 kap. 28 § OSL. Båda uppgiftsskyldigheterna har undantag som innebär att uppgifter i vissa fall inte ska lämnas efter en intresseavvägning. Uppgiftsskyldigheterna förväntas bidra till arbetet med att motverka alla typer av brottslighet.

Läs mer

Läs mer på intranätet Fia om de bestämmelser om uppgiftsskyldighet som gäller på Försäkringskassan.

11 Omprövning och överklagan av beslut

Det här kapitlet beskriver vad som gäller för att begära omprövning eller överklaga olika beslut om statligt tandvårdsstöd.

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

Den som inte är nöjd med ett beslut efter omprövning kan överklaga det till förvaltningsrätten (4 kap. 9 § STL och 113 kap. 10 § SFB). Ett sådant överklagande ska också göras inom två månader från den dag personen fick ta del av omprövningsbeslutet.

Läs mer

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

11.1 Anslutning och upphörande av anslutning

En vårdgivare kan begära att beslut om anslutning omprövas, och om beslutet fortsatt går vårdgivaren emot kan det överklagas till förvaltningsrätten. Det gäller både beslut om nekad anslutning och beslut om att vårdgivarens anslutning ska upphöra (18 och 19 §§ STF).

11.2 Sent inkommen begäran om ersättning

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

11.3 Återkrav av felaktigt utbetald ersättning

Försäkringskassan får besluta om återkrav när vi upptäcker att ersättning har betalats för vård som egentligen inte var ersättningsberättigande. I stället för att kräva tillbaka ersättningen kan vi räkna av beloppet från en annan fordran som vårdgivaren har (kvittning). Om det inte är möjligt får vi kräva tillbaka ersättningen genom fordringshantering.

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

En patient kan begära omprövning av ett beslut om att hens högkostnadsskydd påverkas i en öppen ersättningsperiod. Omprövningsbeslutet kan därefter överklagas.

11.4 Innehållande av ersättning

Vårdgivaren kan inte begära omprövning av Försäkringskassans ställningstagande att innehålla ersättning. Däremot kan både vårdgivaren och patienten begära omprövning av beslut om att tandvården i den individuella ansökan om ersättning inte är ersättningsberättigande.

11.5 Föreläggande om förhandsprövning

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

Vårdgivaren kan även begära omprövning av beslut som Försäkringskassan fattar om att tandvården i ett individuellt inte är ersättningsberättigande. Både vårdgivaren och patienten kan överklaga omprövningsbeslutet.

11.6 Förhandsprövning vid omgörning

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

Patienten kan däremot begära omprövning och sedan överklaga ett beslut om förhandsprövning vid omgörning.

11.6.1 Återkrav efter förhandsprövning vid omgörning

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

11.7 Förhandsprövning av särskilt tandvårdsbidrag

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

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

11.8 Besluts verkställighet och inhibition

Enligt 4 kap. 9 § tredje stycket STL gäller Försäkringskassans beslut omedelbart. Någon motsvarande reglering finns inte för avgöranden från domstol. Domstolars avgöranden i mål om tandvårdsstöd gäller därför – som huvudregel – först när de har vunnit laga kraft. Det innebär att det inte finns någon möjlighet för kammarrätterna eller Högsta förvaltningsdomstolen att besluta om inhibition av ett avgörande från lägre instans.

Källförteckning

EU:s regelverk och internationella överenskommelser

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

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

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

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

Rådets direktiv 2001/55/EG av den 20 juli 2001 om miniminormer för att ge tillfälligt skydd vid massiv tillströmning av fördrivna personer och om åtgärder för att främja en balans mellan medlemsstaternas insatser för att ta emot dessa personer och bära följderna av detta.

Kommissionens beslut 2025/2630/EU av den 16 december 2025 om tillämpningen av artikel 106.2 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på statligt stöd i form av ersättning för allmännyttiga tjänster som beviljas vissa företag som fått i uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse och om upphävande av beslut 2012/21/EU.

Kommissionens förordning (EU) 2023/2832 av den 13 december 2023 om tillämpningen av artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på stöd av mindre betydelse som beviljas företag som tillhandahåller tjänster av allmänt ekonomiskt intresse.

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

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

SFS 1988:100 Förordning (1988:100) om tillämpning av en överenskommelse den 20 september 1986 mellan Sverige och Québec om social trygghet

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

Lagar

Lagen (2025:170) om skyldighet att lämna uppgifter till de brottsbekämpande myndigheterna

Lagen (2024:307) om uppgiftsskyldighet för att motverka felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen samt fusk, regelöverträdelser och brottslighet i arbetslivet (LUFFA)

Förvaltningslagen (2017:900)

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

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

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

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Socialförsäkringsbalken (2010:110)

Patientdatalagen (2008:355)

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

Lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

Inkomstskattelagen (1999:1229)

Bokföringslagen (1999:107)

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

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

Utlänningslag (2005:716)

Tandvårdslagen (1985:125)

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Räntelagen (1975:635)

Förordningar

Förordningen (2026:75) om statligt stöd för ökad tillgänglighet till tandvård

Förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan

Förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd

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

Tandvårdsförordningen (1998:1338)

Tandvårdsförordningen (1998:1335)

Föreskrifter och allmänna råd

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

Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2008:6) om statligt tandvårdsstöd

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

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

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

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

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:13) om uppgiftsskyldighet till tandhälso-registret

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

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

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

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd (HSLF-FS 2025:68)

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

Totalförsvarets pliktverks föreskrifter (TPVFS 2002:2) om förmåner till totalförsvars-pliktiga under tjänstgöring

Försäkringskassans interna administrativa styrdokument

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

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

Förarbeten

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

Prop. 2011/12:7 Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktions-nedsättningar

Prop. 2007/08:49 Statligt tandvårdsstöd

Domar

Domstol	Mål nr	Är refererad
RegR	6790-01	RÅ 2004 ref. 41
FÖD	1382:1989	FÖD 1992:18
KamR	4396-08	
KamR	7958-11	
Förvaltningsrätten i Umeå	2466-20	
Förvaltningsrätten i Umeå	1611-16	
KamR Sundsvall	3243-21	
KamR Sundsvall	1090-19 och 1150-19	
KamR Sundsvall	2555–2568–11 och 2585– 2589–11	

Beslut från Justitieombudsmannen (JO)

Justitieombudsmannens beslut den 27 februari 2013, diarienummer 3726-2011

Försäkringskassans vägledningar

Vägledning 2021:1	Vård i gränsöverskridande situationer
Vägledning 2017:1	Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal
Vägledning 2010:1	Vårdförmåner med stöd av förordning 1408/71
Vägledning 2004:7	Förvaltningsrätt i praktiken
Vägledning 2004:1	Kontrollutredning
Vägledning 2003:4	Förmåner vid arbetsskada
Vägledning 2001:7	Omprövning och överklagande av Försäkringskassans beslut
Vägledning 2001:3	Offentlighet, sekretess och behandling av personuppgifter.

Övrigt

Tandvårds- och läkemedelförmånsverkets handbok till HSLF-FS 2025:68, TLV:s föreskrifter om statligt tandvårdsstöd

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

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