

RiR 2006:9

Tandvårdsstöd för äldre

ISBN 91 7086 076 9

RiR 2006:9

Tryck: Riksdagstryckeriet, Stockholm 2006

Till
Regeringen
Socialdepartementet

Datum 2006-05-11
Dnr 31-2005-0909

Tandvårdsstöd för äldre

Den 1 juli 2002 infördes ett förstärkt tandvårdsstöd för äldre. Syftet med reformen var att skydda äldre mot höga kostnader vid omfattande tandvårdsbehandling. Riksrevisionen har granskat utformningen av tandvårdsförsäkringens ersättningssystem för de äldre samt de åtgärder som regering och myndigheter vidtagit för att hålla kostnadsutvecklingen under kontroll.

Företrädare för Socialdepartementet och Försäkringskassan har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lägga synpunkter på utkast till slutrapport. Rapporten överlämnas till regeringen i enlighet med 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. Rapporten överlämnas samtidigt till Riksrevisionens styrelse. Rapporten innehåller slutsatser och rekommendationer som avser Försäkringskassan. Rapporten överlämnas därför även till Försäkringskassan.

Riksrevisor *Eva Lindström* har beslutat i detta ärende. Revisionsdirektör *Leif Antell* och revisionsdirektör *Elisabeth Fridh* har varit föredragande. Revisionschef *Eva Lindblom* har medverkat i den slutliga handläggningen.

Eva Lindström

Leif Antell

Elisabeth Fridh

För kännedom:
Försäkringskassan

Innehåll

Sammanfattning	7
1 Granskningens motiv och syfte	11
1.1 Bakgrund	11
1.2 Syfte och revisionsfrågor	12
1.3 Bedömningskriterier	12
1.4 Genomförande	12
1.5 Avgränsning	12
2 Beslutet om högkostnadsskydd	15
2.1 Det statliga tandvårdsstödet	15
2.2 Beslutet om tandvårdsstöd för äldre	17
2.3 Riksdagsbeslutet	18
2.4 Regeringens beslutsunderlag	18
2.5 Högkostnadsskyddets utformning	20
2.6 Riksförsäkringsverkets föreskrifter och allmänna råd	21
3 Högkostnadsskyddet i praktiken	23
3.1 Högkostnadsskyddet införs den 1 juli 2002	23
3.2 Försäkringskassans administration	24
3.3 Regler och praxis för bedömningar	26
3.4 Myndigheternas tillsyn	28
3.5 Uppföljning av kostnaderna	29
3.6 Tandvårdstaxans regler för implantat	32
3.7 Uppföljning av patientsäkerheten	33
3.8 Uppföljning av handläggningen	34
4 Analys och bedömning av högkostnadsskyddet	39
4.1 Regeringens beslutsunderlag	39
4.2 Högkostnadsskyddets konstruktion	40
4.3 Uppföljning av kostnaderna	43
4.4 Regler och praxis för bedömning	45
4.5 Förhandsprövningen	46
4.6 Försäkringskassans administration	47
4.7 Regeringens förordning	48
5 Slutsatser och rekommendationer	49
5.1 Kostnadsutvecklingen	49
5.2 Bristfälligt beslutsunderlag	50
5.3 Bristande förutsättningar för kostnadskontroll	50
5.4 Rekommendationer till regeringen	52
5.5 Rekommendationer till Försäkringskassan	52

Käll- och litteraturlista	53
Bilaga 1. Regeringens beräkningar	55
Bilaga 2. Försäkringskostnader före och efter reformen	57
Bilaga 3. Andel av befolkningen som utnyttjat tandvårdsförmånen	59
Bilaga 4. Fördelning av tandvårdsersättning på privat tandvård och folktandvård	61
Bilaga 5. Beslutade förhandsprövningar 2002–2005	63
Bilaga 6. Genomströmningstider förhandsprövning 2004 och 2005	65
Bilaga 7. Administrationskostnader för 65+	67

Sammanfattning

Inledning

Riksrevisionen har granskat utformningen av tandvårdsförsäkringens ersättningssystem för de äldre samt de åtgärder som regering och myndigheter vidtagit för att hålla kostnadsutvecklingen under kontroll. Den 1 juli 2002 infördes ett förstärkt tandvårdsstöd för äldre, den så kallade 65+ reformen. Syftet med reformen var att skydda äldre mot höga kostnader vid omfattande tandvårdsbehandling. Stödet består av ett *högkostnadsskydd för protetisk behandling samt höjd ersättning för bastandvård*. Stödet gäller från det år patienten fyller 65 år. Kostnaden för protetiska ersättningar exklusive kostnaden för vissa material får under en behandlingsomgång uppgå till högst 7 700 kronor.

Huvudfrågan för granskningen är: Har regering och ansvariga myndigheter vidtagit tillräckliga åtgärder för att kontrollera kostnaderna?

Utgångspunkter för granskningen

Det nya ersättningssystemet har sin grund i utredningsförslag från 2001. Utredningen föreslog ett högkostnadsskydd för personer 75 år och äldre. Arvodena för behandlingarna skulle prisregleras i regeringens förordning om tandvårdstaxa. Utredningen underströk att det fanns stora svårigheter att förutse kostnaderna, men beräknade att merutgiften för försäkringen skulle uppgå till 150 miljoner kronor per år.

Regeringen beslöt att gränsen skulle vara 65 år i stället för 75 år med hänvisning till att utredningen ansett det vara en prioriterad fråga att sänka åldersgränsen. Eftersom prisregleringen inom tandvården ersatts av fri prissättning skulle vårdgivarnas behandlingsförslag och ersättningsanspråk förhandsprövas av allmän försäkringskassa. Vid bedömningen av priset skulle folktandvårdens priser vara vägledande.

Beräkningen av kostnaderna för reformen hade som restriktion att medlen till förstärkt tandvårdsstöd för äldre inte fick överstiga 300 miljoner kronor år 2002. För 2003 avsåg regeringen som det meddelats i budgetpropositionen att tillföra tandvårdsförsäkringen sammanlagt 600 miljoner kronor.

Konstruktionen av tandvårdsreformen har medfört att statens utgifter i viss utsträckning blivit ostyrbara. Den statliga tandvårdsersättningen för 2005 uppgår till drygt 2,4 miljarder kronor. Av dessa kostnader avser drygt 1,4 miljarder kronor dem som omfattas av tandvårdsstödet för äldre.

lakttagelser

Efterfrågan och behandlingsbehoven styr till stor del hur stora kostnaderna blir för tandvårdsförsäkring. Cirka åtta av tio behandlingar genomförs av privattandläkare.

Det viktigaste medlet för regeringen och Försäkringskassan att kontrollera kostnaderna är den obligatoriska förhandsprövningen av vårdgivarnas ersättning för behandlingarna. Antalet förhandsprövningar kom att kraftigt överstiga prognoserna. Merparten eller cirka 96 procent av ansökningarna godkänns efter prövning.

Efter riksdagsbeslutet gavs det kort tid för att organisera verksamheten vid Försäkringskassan. Försäkringskassan i Skåne fick uppdraget att som enda kassa handlägga högkostnadsskyddet. Syftet med att koncentrera handläggningen till en enda kassa var att skapa förutsättningar för hög kvalitet i besluten och en effektiv handläggning.

Försäkringskassan i Skåne hade erfarenhet av att bedöma om tandvård var nödvändig enligt förordningen om tandvårdstaxa. Däremot var prisbedömning enligt tandvårdslagen ett nytt inslag i handläggningen av högkostnadsskyddet.

I regeringens proposition om tandvårdsreformen står det att landstingens priser skulle ligga till grund för vad som skulle anses vara skälig ersättning. Någon närmare definition fanns inte i förordning, föreskrifter eller allmänna råd. Vårdgivarna kände till att börja med inte till vilka bedömningsgrunder Försäkringskassan i Skåne tillämpade. När de interna riktlinjerna offentliggjordes våren 2003 höjde många privata tandläkare sina arvoden till den interna prislistans nivå.

Reformen har medfört en förändring av behandlingsmönstret från konventionell fast protetik till implantatförankrad protetik. Cirka 60 procent av behandlingarna avser åldersgruppen 65–74 år. En orsak är att när patienten väl passerat karensbeloppet 7 700 kronor blir det billigare att dra ut och ersätta tänder än att utföra behandling enligt reglerna för bastandvård som ger lägre ersättning.

Slutsatser

Enligt Riksrevisionens bedömning har regeringen inte tagit tillräcklig hänsyn till konsekvenserna av utvidgningen av förmånsgruppen från 75 år till 65 år och äldre, det vill säga att detta torde påverka både efterfråga och behandlingsinriktning.

Reformen har kostnadsberäknats utifrån ett finansiellt utrymme för år 2002, och antagandena om efterfrågans och behandlingsinriktningens konsekvenser för kostnaderna har kraftigt underskattats för de påföljande åren.

Patientens ”kostnadstak”, karensbeloppet 7 700 kronor, ger svaga incitament att hålla tillbaka behandlingskostnaderna då gränsen väl har passerats. Försäkringskassans normering av vad som ska räknas som nödvändig tandvård är inte heller tydlig.

Anstormningen av ansökningar vid införandet den 1 juli 2002 visar att det fanns ett uppdämt behov i väntan på reformen. Regeringen har missbedömt efterfrågan och reformens förmåselasticitet, dvs. att kostnaderna ökar om mottagarna bedömer att förmånen är attraktiv. Vad som varit okänt är behandlingsbehovet i hela gruppen 65 år och äldre som omfattas av högkostnadsskyddet. Utredningen som låg till grund för regeringens förslag hade bedömt behovet för en grupp som avsåg 75 år och äldre.

Enligt Riksrevisionens bedömning av konstruktionen av reformen leder blandningen av reglering och ofullständigt fungerande marknad till en som helhet mycket svårkontrollerad utveckling.

Riksrevisionens bedömning är att RFV/Försäkringskassan borde ha följt upp reformens kostnader bättre, både då det gäller landstingens prissättning och utifrån åldersgruppen 65–74 år mot bakgrund av riksdagens tillkännagivande till regeringen om att det var angeläget att följa utvecklingen.

Riksrevisionen bedömer att den koncentrerade handläggningen till Försäkringskassan i Skåne inte lett till den effektiva och likvärdiga handläggning som avsågs. Målet att handlägga förhandsprövningar inom 90 dagar har aldrig uppnåtts, och Försäkringskassan har tidvis även haft svårt att uppfylla kravet på utbetalning inom 30 dagar enligt gällande föreskrift.

Slutligen är det Riksrevisionens bedömning att riksdagen inte fått tillräcklig information för att kunna avgöra hur mycket reformen skulle komma att kosta. Det är endast regeringen som haft möjligheter att bedöma vilka kostnadskonsekvenser reformen skulle få.

Genom att utformningen av högkostnadsskyddet skett i regeringens förordning har riksdagen inte heller haft anledning att ta ställning till kostnadsutvecklingen förrän regeringen tar initiativ och presenterar förslag som riksdagen kan ta ställning till.

Rekommendationer

Till regeringen

Systemet med tandvårdsförsäkring för äldre innehåller sådana svagheter från kontrollsynpunkt att risken är betydande för en fortsatt kostnadsökning. Starka skäl talar för en ändrad ordning.

Till Försäkringskassan

Försäkringskassan har inte följt upp hur de varierande landstingspriserna påverkat försäkringskostnaderna och vilka konsekvenser det har haft för kostnadsutvecklingen. Försäkringskassans statistik är otillräcklig på denna punkt vilket gör det svårt att utvärdera systemet med att använda landstingspriserna som tak för tandvårdsersättningen.

Försäkringskassan bör överväga åtgärder för att framöver kunna förse regeringen med bättre underlag över vilka inom åldersgruppen 65+ som tagit del av reformen och vilka som fortsättningsvis kan antas behöva omfattande protetikbehandling.

Försäkringskassans ärendehanteringssystem för tandvården bör ses över eftersom bristerna gjort det svårt att få fram tillförlitlig statistik för Försäkringskassans uppföljning och som underlag för regeringens utgiftsprognoser.

1 Granskningens motiv och syfte

1.1 Bakgrund

Den 1 juli 2002 infördes ett förstärkt tandvårdsstöd för äldre, den så kallade 65+ reformen. Syftet med reformen var att skydda äldre mot höga kostnader vid omfattande tandvårdsbehandling. Stödet består av ett *högkostnadsskydd för protetisk behandling* samt *höjd ersättning för bastandvård*. Stödet gäller från och med det år patienten fyller 65.¹

Högkostnadsskyddets konstruktion gör att det saknas incitament för patient och vårdgivare att hålla nere kostnaderna då högkostnadsskyddets karensbelopp 7 700 kronor överskridits och behandlingarna till hundra procent finansieras av tandvårdsförsäkringen. Regering och riksdag har framhållit att tredjepartsfinansiering² från skattebetalarna riskerar att göra reformen kostsam och att vårdgivarens ersättningsanspråk därför ska förhandsprövas av allmän försäkringskassa.³

Regeringen beräknade att merkostnaden för tandvårdsförsäkringen efter införandet den 1 juli 2002 skulle uppgå till 600 miljoner kronor årligen från och med 2003. RFV:s analys efter första året beräknade kostnaden till 1 800 miljoner kronor och uppskattade att de årliga kostnaderna skulle bli cirka 1 500 miljoner kronor per år.⁴ Den statliga tandvårdsersättningen för 2005 uppgår till drygt 2 400 miljoner kronor. Av dessa kostnader avser drygt 1 400 miljoner kronor tandvårdsstödet för äldre.

Syftet med högkostnadsskyddet är att de som är äldre och har stora tandvårdsbehov ska få dem tillgodosedda genom subventionerad tandvård. Högkostnadsskyddets konstruktion och att reformen bygger på en rättighet för åldersgruppen 65 år har ställt särskilda krav på att kostnaderna för reformen kan kontrolleras. Reformen innebär ett långsiktigt åtagande för staten och påverkar enskilda, landsting, företag och staten.

¹ Med bastandvård menas undersökning och rådgivning, förebyggande tandvård samt de vanligaste behandlingarna som tandfyllning, rotbehandling och akuttandvård.

² Tredjepartsfinansiering innebär att det är skattebetalarna som står för kostnaderna för den behandling vårdgivare och patient beslutar om.

³ Prop. 2001/02:51, bet. 2001/02:SoU14.

⁴ RFV analyserar 2003:18. Högkostnadsskyddet inom tandvården. Första året.

1.2 Syfte och revisionsfrågor

Riksrevisionen har granskat utformningen av tandvårdsförsäkringens ersättningsystem för de äldre samt de åtgärder som regering och myndigheter vidtagit för att hålla kostnadsutvecklingen under kontroll.

Huvudfrågan för granskningen är: *Har regeringen och ansvariga myndigheter vidtagit tillräckliga åtgärder för att kontrollera kostnaderna?*

1.3 Bedömningskriterier

Bedömningskriterier är allmänna effektivitetskriterier med krav på god hushållning med statens medel och krav på att ersättningen ska gälla *nödvändig* tandvård enligt regeringens förordning om tandvårdstaxa (1998:1337) och tandvårdslagens krav på att ersättningen till vårdgivaren ska vara *skäligen* enligt tandvårdslagen (1985:125).

1.4 Genomförande

Granskningens frågor har besvarats med hjälp av dokumentstudier och intervjuer. Intervjuer har genomförts med RFV/Försäkringskassan, Försäkringskassan i Skåne och tandvårdskontoret i Lund, Socialstyrelsen, Sveriges privatvårdsläkareförening, Folk tandvården, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialdepartementet med flera.

Besök och intervjuer vid tandvårdskontoret har genomförts för att få information om hur förhandsprövning och administration av utbetalningar fungerar.

Uppgifter från dokument och från intervjuer med ett urval tandvårdsschefer om landstingspriser och prisutveckling inom tandvården har sammanställts och analyserats.

1.5 Avgränsning

Högekostnadsskyddet infördes den 1 juli 2002. Granskningen omfattar både perioden då Riksförsäkringsverket (RFV) var central myndighet för försäkringskassorna och år 2005 då den nya myndigheten Försäkringskassan övertog samtliga uppgifter från RFV och försäkringskassorna.

Rapportens disposition

Kapitel 1 redovisar bakgrunden och mot vilka normer iakttagelser och bedömningar görs i senare kapitel.

Kapitel 2 innehåller en beskrivning av högkostnadsskyddet, dess mål och utformning.

Kapitel 3 innehåller iakttagelser av högkostnadsskyddet och hur det fungerat i praktiken.

Kapitel 4 redovisar en analys och bedömning av högkostnadsskyddet utifrån de iakttagelser som gjorts i föregående kapitel.

Kapitel 5 redovisar slutsatser och rekommendationer.

2 Beslutet om högkostnadsskydd

2.1 Det statliga tandvårdsstödet

Det övergripande målet för tandvården är uttryckt i tandvårdslagen (1985:125) på följande sätt: Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

I lagens förarbeten finns ingen tydlig definition av vad som utgör en god tandhälsa eller vad som är tandvård på lika villkor. I utredningen tandvårdsöversyn 2000⁵ gjordes en uttolkning av definitionerna. Enligt utredningen kan **god tandhälsa** uttryckas i följande termer:

- Avsaknad av smärta
- Förmåga att obehindrat kunna tugga olika typer av föda
- Avsaknad av obehandlad karies och tandlossning
- Ett så lågt antal lagade tänder som möjligt
- Avsaknad av synliga tandluckor
- Ett från individens synpunkt utseendemässigt godtagbart bett.

Uttrycket **tandvård på lika villkor** kan enligt utredningen beskrivas som:

- Att ingen individ diskrimineras för tillgång till tandvård på grund av kön, ålder eller etnisk tillhörighet.
- Att tandvårdsresurserna i relation till befolkningsunderlaget är jämt fördelade över landet.
- Att så få människor som möjligt på grund av dålig ekonomi är utestängda från tandvård.

Enligt utredningen ska de enskilda punkterna under respektive uttryck ses som en helhet, de utgör sammantaget definitionerna på god tandhälsa och tandvård på lika villkor.

Tandvårdsstödet inom tandvårdsförsäkringen administreras av de allmänna försäkringskassorna fram till Försäkringskassan blir en myndighet 2005. Den lagliga grunden för tandvårdsförsäkringen finns i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Enligt tandvårdslagen (1985:125) ska *ersättningen vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt.*

Ersättningen från tandvårdsförsäkringen regleras i regeringens förordning (1998:1337) om tandvårdstaxa. *Ersättningsberättigad tandvård*

⁵ Tandvården till 2010 SOU 2002:53 s. 131–132.

är enligt förordningen behandling som är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.⁶

Det är Riksförsäkringsverket (RFV) och efter den 1 januari 2005 Försäkringskassan, som ger ut föreskrifter och allmänna råd för att verkställa förordningen.

Högekostnadsskyddet för 65+

Samhällsnivå	Aktör	Normering
Staten	Riksdagen	Tandvårdslagen (1985:125), lagen (1962:381) om allmän försäkring
	↓	
Staten	Regeringen	Förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa Förordningen (2000:806) om gemensamma enheter för allmänna försäkringskassor
	↓	
Staten	Försäkringskassan	Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1998:35) för verkställighet av förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa, Riksförsäkringsverkets allmänna råd (RAR 2001:1)

Stödet för vuxna är uppdelat i två delar, dels stödet som ingår i tandvårdsförsäkringen och som administreras av Försäkringskassan, dels stödet för den tandvård som administreras av landstingen. Landstingens ansvar regleras i tandvårdslagen. Landstingen ansvarar för tandvård som utgör ett led i en sjukdomsbehandling samt nödvändig tandvård vid särskilt boende. Barn och ungdomar har rätt till kostnadsfri tandvård genom landstingets försorg till och med det år de fyller 19.

Stödet till vuxentandvården inom den allmänna försäkringen är inriktat på att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den vardagliga hälsobefrämjande tandvården, så kallad bastandvård, och ett visst stöd för protetiska åtgärder. Bastandvård omfattar bland annat undersökningar, förebyggande åtgärder, tandutdragning, fyllningar och rotbehandlingar. Med protetik avses till exempel porslinsinlägg, kronor, broar och implantat (fast protetik) eller lösa hel- och delprotiser (avtagbar protetik).

⁶ Förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa, 6 § Tandvårdersättning lämnas endast för behandling som är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

2.2 Beslutet om tandvårdsstöd för äldre

Beslutet om ett förstärkt tandvårdsstöd för äldre innehöll ett högkostnads-skydd för all protetik som gäller från och med det kalenderår under vilket man fyller 65 år. Kostnaden för protetiska ersättningar, exklusive kostnaden för vissa material, får under en behandlingsomgång uppgå till högst 7 700 kronor.⁷

Regeringen aviserade förslaget till högkostnadsskydd och höjd ersättning för bastandvård i budgetpropositionen för 2002. Tandvårdsersättningen tillfördes 300 miljoner kronor för 2002 och 600 miljoner kronor för 2003. Resurstillskottet skulle i första hand användas för skyddet mot höga behandlingskostnader för äldre.⁸

Regeringens förslag för 2002 var att 2 179 miljoner kronor skulle anvisas under anslag 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m. varav *tandvårdsersättningen* utgjorde 2 032 miljoner kronor. I anslaget ingick även ersättning till sjukvårdshuvudmännen. För 2003 och 2004 beräknades tandvårdsersättningen uppgå till 2 366 miljoner kronor respektive 2 408 miljoner kronor.⁹

Regeringen återkom till riksdagen i en särskild proposition med förslag till utformning av högkostnadsskyddet.¹⁰ I propositionen hänvisade regeringen till att *föreslagna förändringar i förordningen om tandvårdstaxa* skulle finansieras genom att tillföras 300 miljoner kronor år 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor år 2003. Både ökat stöd för bastandvård och högkostnads-skyddet beräknades rymmas inom ramen för de tillförda medlen.

Regeringen pekade på att regler om förhandsprövning av behandlings-förslag och ersättningskrav från vårdgivaren skulle införas för att motverka en alltför kraftig kostnadsökning.¹¹

I tandvårdslagen (1985:125) tydliggörs att landstingsfullmäktige ska besluta om folktandvårdens priser. För att det ska vara möjligt att pröva nya administrativa lösningar vid försäkringskassorna föreslås ändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring. Syftet med att koncentrera handläggningen till en enda kassa var att skapa förutsättningar för en likformig och effektiv handläggning.

Eftersom högkostnadsskyddets konstruktion innebär en risk att försäkring-ens utsätts för betydande kostnadsökningar föreslogs i propositionen att vårdgivarens ersättningsanspråk ska förhandsprövas av allmän försäkrings-kassa för de fall då tandvårdsersättning lämnas enligt bestämmelsen om högkostnadsskydd. I propositionen redovisades även att regeringen avsåg

⁷ Prop. 2001/02:51, Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.

⁸ Prop. 2001/02:1 Utgiftsområde 9, anslag 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.

⁹ Prop. 2001/02:1 Utgiftsområde 9, Budgetförslag 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m.

¹⁰ Prop. 2001/02:51 Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.

¹¹ Prop. 2001/02:51 Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.

att förbättra stödet från ett grundbelopp till ett och ett halvt grundbelopp för bastandvården för äldre.¹²

2.3 Riksdagsbeslutet

Utskottet hade inget att erinra mot regeringens avsikt att från och med den 1 juli 2002 införa dels ett högkostnadsskydd för all protetik för äldre, dels förbättra stödet för bastandvården för äldre.¹³ *Den närmare utformningen skulle göras i regeringens förordning.*

Utskottet ställde sig bakom regeringens förslag att i 4 § tandvårdslagen (1985:125) föreskriva att om det finns särskilda skäl ska skäligheten av vårdgivarens ersättningsanspråk förhandsprövas av allmän försäkringskassa. Utskottet tillstyrkte förslaget att i tandvårdslagen tydliggöra att landstingsfullmäktige ska besluta om folktandvårdens priser. Utskottet tillstyrkte också en ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring för att möjliggöra för försäkringskassorna att pröva nya administrativa lösningar.

Utskottet gjorde ett tillkännagivande till regeringen om att det är angeläget att följa utvecklingen med avseende på huruvida valet av behandlingsinsatser påverkas till följd av högkostnadsskyddets konstruktion.

Kammaren biföll utskottets förslag.¹⁴ *Riksdagsbeslutet gällde de lagändringar som krävdes mot bakgrund av regeringens avsikt att från och med den 1 juli 2002 dels införa ett högkostnadsskydd för all protetik för äldre, dels förbättra stödet för bastandvården för äldre.*¹⁵

2.4 Regeringens beslutsunderlag

Förändringen av tandvårdsstödet 1999 innebar att den statliga regleringen av arvoden för tandvård som gällt sedan 1974 ersattes av fri prissättning. Syftet var att denna skulle avspegla tandvårdens verkliga kostnader. Priserna i vuxentandvården steg därefter kraftigt.

Mål och utformning av ett högkostnadsskydd för äldre redovisas i det delbetänkande¹⁶ som var underlag för regeringens beslut. Underlag för regeringens beredning var delbetänkandet och att förändringen av

¹² Tandvård ersättning lämnas för tandvård med fasta krontalsbelopp, grundbelopp, per utförd åtgärd enligt en särskild taxa i regeringens förordning (1998:1337) om tandvårdstaxa.

¹³ Bet. 2001/02, SoU14.

¹⁴ Beslutsdag 2002-04-17. Protokoll nr 2001/02:97. Rskr 2001/02:206.

¹⁵ SFS, grundförfattning 1985:125, ändringsförf. 2002:219. SFS, grundförfattning 1962:381, ändringsförf. 2002:220.

¹⁶ SOU 2001:36, Bättre tandvårdsförsäkring för äldre, delbetänkande av utredningen Tandvårdsöversyn 2000.

tandvårdsstödet 1999 hade inneburit en förskjutning mot bastandvård enligt RFV.¹⁷ Fördelningen mellan bastandvård och protetik kan även avläsas i RFV/Försäkringskassans verksamhetsstatistik för perioden 1999 t.o.m. juni 2002. Bastandvårdens andel av försäkringskostnaderna år 2000 var drygt en miljard kronor och protetikostnaderna stod för 340 miljoner kronor.¹⁸

Utredningen föreslog ett högkostnadsskydd för fast protetik för personer 75 år och äldre. Arvodena för behandlingarna skulle prisregleras i regeringens förordning om tandvårdstaxa. Utredningen underströk att det fanns stora svårigheter att förutse kostnaderna, men beräknade att merutgiften för försäkringen skulle uppgå till cirka 150 miljoner kronor per år.

Regeringen föreslog till skillnad från utredningen att gränsen skulle vara 65 år i stället för 75 år med hänvisning till att utredningen ansett det vara en prioriterad fråga att sänka åldersgränsen. En utvidgning av förmånsgruppen till att också omfatta åldersgruppen 65–74 år innebar att förmånsgruppen fördubblades.¹⁹

Utredningen ansåg att 75 år var en brytpunkt när det gällde äldres ekonomi. Detta argument berörs inte i regeringens förslag till lägre åldersgräns. Regeringen motiverade sitt förslag med att pensionärer har lägre inkomst än förvärvsarbetande. Regeringen angav även som motiv att en utökning av gruppen innebar att flertalet med stora tandvårdsbehov skulle omfattas och att risken för att äldre personer skjuter upp nödvändiga behandlingar skulle minska. Någon närmare analys av de ekonomiska konsekvenserna gjordes inte.²⁰

I propositionen redovisas sammanfattningsvis remissinstansernas inställning till utredningens förslag till högkostnadsskydd.²¹ Remissinstanserna som tagit ställning till ett högkostnadsskydd för åldersgruppen 75 år och äldre var överlag negativa. Många remissinstanser ansåg att vårdbehovet och inte åldern ska vara avgörande för vilket stöd som ges. Risken för att tandvården eftersätts under åren innan man uppnår högkostnadsskyddets åldersgräns påtalades av många. Socialstyrelsen ansåg det inte självklart att förslag baserade på åldersgräns är i överensstämmelse med tandvårdslagens lydelse om god tandhälsa och en tandvård på lika villkor. Regeringen framhöll de äldres behov, kostnader för tandvård och ekonomiska resurser. En sänkt åldersgräns innebar att flertalet personer med omfattande behov av tandvård skulle omfattas av högkostnadsskyddet. Ett högkostnadsskydd för protetisk behandling och höjd ersättning för

¹⁷ Rapport RFV anser 2000:3. Prop. 2001/02:51 s. 12.

¹⁸ Försäkringskostnader 1999 fram till den 1 juli 2002, se bilaga 2.

¹⁹ Se bilaga 3 Andel av befolkningen som tagit del av reformen.

²⁰ Prop. 2001/02:51 Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.

²¹ Prop. 2001/02:51 Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. s. 17.

bastandvård skulle därmed bidra till en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.²²

Stockholms läns landsting ansåg att utredningens förslag om ett kostnadstak på 7 000 kronor var vilseledande eftersom materialkostnaden kunde vara mångdubbelt högre. Regeringen gav inget motargument på denna punkt.

De enda remissinstanser som förordade en lägre åldersgräns var de tre pensionärsorganisationerna, Gotlands kommun och Stockholms läns landsting.

Den beräknade kostnaden för hela reformen som omfattade högkostnadsskydd för protetisk behandling och höjd ersättning för bastandvård var 290 miljoner kronor för andra halvåret 2002 och 596 miljoner kronor för helåret 2003. Kostnaden för högkostnadsskyddet beräknades till 110 miljoner kronor för 2002 och 280 miljoner kronor för 2003.²³

Beräkningen av kostnaderna för reformen hade som restriktion att medlen till ett förstärkt tandvårdsstöd för äldre inte fick överskrida 300 miljoner kronor år 2002. För 2003 avsåg regeringen som det meddelats i budgetpropositionen att tillföra tandvårdsförsäkringen sammanlagt 600 miljoner kronor.

2.5 Högkostnadsskyddets utformning

Utformningen av högkostnadsskyddet regleras av en förordning som regeringen utfärdat, vilket innebär att regeringen är ansvarig för konstruktionen. Genom att utformningen av högkostnadsskyddet skett i regeringens förordning har riksdagen inte heller haft anledning att ta ställning till kostnadsutvecklingen förrän regeringen tar initiativ och presenterar förslag som riksdagen kan ta ställning till.

Riksdagens beslut avser ändringarna i lagen om allmän försäkring och i tandvårdslagen. Riksdagen tar ställning till hela reformen som innehåller både protetik och bastandvård, därutöver budgetbeslutet rörande sjukvårdsförmåner som omfattar samtliga tandvårdsförmåner där tandvårdsersättningen ingår som en del.²⁴

Den närmare utformningen av högkostnadsskyddet anges i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. Vägledande för vad som ersätts av tandvårdsförsäkringen är lydelsen i förordningens 6 § *Tandvårdsersättning lämnas endast för behandling som är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.*

²² Prop. 2001/02:51 Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. s. 18.

²³ Närmare beskrivning av regeringens kostnadsberäkningar i bilaga 1.

²⁴ Anslaget 13:1 Sjukvårdsförmåner m.m. bytte namn 2004 till 13:1 Tandvårdsförmåner m.m. med två delposter. Ett nytt anslag 13:8 Sjukvård i internationella förhållanden skapas i och med detta.

Enligt riksdagsbeslutet om högkostnadsskydd för äldre är det *skäligheten i vårdgivarens ersättningsanspråk* som ska förhandsprövas av allmän försäkringskassa.²⁵

Vad som är skälig ersättning framgår inte av förordningen utan grundar sig på tandvårdslagens lydelse om att ersättningen ska vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständligheterna i övrigt.²⁶

Förordningen anger vilka behandlingsåtgärder i tandvårdstaxan som berättigar till ersättning för hela kostnaden. Undantag är titankomponenter som ersätts enligt de belopp som framgår av tandvårdstaxan. Ersättning lämnas enligt förordningen inte för gjutmetaller, ädelmetaller eller annat material som Försäkringskassan föreskriver.²⁷

Högkostnadsskyddet ersätter inte åtgärder inom bastandvård som rotfyllning eller andra åtgärder som innebär lagning av de egna tänderna. Konstruktionen består av två åtskilda ersättningssystem, ett högkostnadsskydd för protetisk behandling och höjd ersättning för bastandvård. Åtgärder enligt reglerna för bastandvård ersätts med ett och ett halvt grundbelopp enligt taxans åtgärder för bastandvård.²⁸

Från tandvårdsersättningen ska det under en behandlingsomgång avräknas ett karensbelopp om 7 700 kronor. Som en behandlingsomgång räknas en tidsperiod om högst ett år.

2.6 Riksförsäkringsverkets föreskrifter och allmänna råd

RFV:s föreskrifter reglerade före den 1 januari 2005 vilka uppgifter vårdgivarna ska lämna för att få ersättning, hur regleringen av tandvårdsräkningar ska ske och hur ersättningen ska beräknas enligt tandvårdstaxans åtgärder. Någon närmare beskrivning av vad som är normen för skälig ersättning ges inte i föreskrifterna (RFFS 1998:35) eller i de allmänna råd som trädde i kraft den 1 juli 2002 (RAR 2002:3).²⁹

Försäkringskassan i Skåne som fått i uppdrag att administrera förhandsprövning och administration av utbetalningar till vårdgivarna hade att följa reglerna. RFV:s allmänna råd gav rekommendationer om tillämpningen av

²⁵ Bet. 2001/02, SoU 14.

²⁶ SFS 1985:125, 4 §.

²⁷ Förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa, 13 a §.

²⁸ Förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa, Bilaga Avdelning A. Bastandvård. Ersättning med ett och ett halvt grundbelopp gäller åtgärdsgrupp 1–5 och innebär att de så kallade grundbeloppen för olika åtgärder räknas upp med 50 procent. Det innebär exempelvis att en rotfyllning som ersätts med grundbeloppet 317 kr ersätts med ett och ett halvt grundbelopp, dvs. 476 kr.

²⁹ I de allmänna råd som gäller från den 1 juli 2003 (RAR 2003:8) har tillkommit att ersättning lämnas motsvarande folktandvårdens lägsta nivå i det landsting där behandlingen utförs, om det inte kan visas att behandlingens svårighetsgrad motiverar den högre nivån för specialisttaxan.

föreskrifterna, men har inte varit bindande. Landstingspriserna skulle enligt propositionen fungera som vägledning för att bedöma vad som är skäligt pris för behandlingarna.³⁰

Från den 1 januari 2005 ändrades förutsättningarna för styrningen av de allmänna försäkringskassorna i och med förstatligandet. Den nya samlade statliga myndigheten Försäkringskassan har ansvar för både normering och ärendeproduktion vid kassorna.

³⁰ Prop. 2001/02:51 Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. s. 23. Enligt regeringen bör priset inte avvika från priser som vårdgivaren tar ut av andra patienter, och en jämförelse bör göras med folktandvårdens pris. Vid skälighetsbedömningen bör folktandvårdens pris vara vägledande och ett påtagligt högre pris bör i regel inte godtas.

3 Högkostnadsskyddet i praktiken

3.1 Högkostnadsskyddet införs den 1 juli 2002

Högkostnadsskyddet är en rättighet för dem som är 65 år och äldre. Det innebär att alla inom åldersgruppen med behov av tandvård har rätt att få del av högkostnadsskyddet. Efterfrågan och behandlingsbehoven styr till stor del hur stora kostnaderna blir för tandvårdsförsäkringen.

Det viktigaste medlet för regeringen och Försäkringskassan att kontrollera kostnaderna är den obligatoriska förhandsprövningen av vårdgivarnas ersättning för behandlingarna. Tidigare förhandsprövningar vid de allmänna försäkringskassorna gjordes endast vid mer omfattande behandling och utan särskild prövning av det begärda priset för behandlingen. Förhandsprövningen avsåg implantatsystem och konventionell fast protetik då fler än sex tänder skulle ersättas. Patienten stod för merparten av kostnaderna och hade därmed själv incitament att begränsa kostnaderna.

I förordningen förutsätts att den obligatoriska förhandsprövningen ska kontrollera vad som är nödvändig tandvård för behandlingarna. Men det finns inga tydliga regler eller praxis från tidigare förhandsprövningar av protetik som underlag för att bestämma vad som är skälig ersättning inom ramen för högkostnadsskyddet.

Efter avregleringen av priserna är det landstingen och de privata vårdgivarna som sätter priserna med begränsningen enligt tandvårdslagen (1985:125) att ersättningen ska vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. Landstingen bestämmer priserna inom folktandvården, vilket antas bidra till att hålla priserna på en skälig nivå.

Till skillnad från övrig hälso- och sjukvård är det privata inslaget stort inom tandvården. Av vuxenpatienterna går mer än 70 procent i storstadsområdena och mer än hälften utanför storstäderna till en privat tandläkare.³¹ Socialstyrelsens granskning av förhandsprövningar 2004 visade att drygt 75 procent av behandlingsförslagen kom från privattandvården.³² Det indikerar att behandlingarna inom ramen för högkostnadsskyddet till övervägande del skett inom privattandvården.³³

³¹ Uppgift från Privattandläkarnas hemsida www.ptl.se.

³² Granskning av vårdgivares behandlingsförslag enligt 17 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. Artikelnr 2004-109-17.

³³ Enligt uppgift från Privattandläkarna går mer än 70 procent av vuxenpatienterna i storstadsområden till en privattandläkare. Utanför storstadsområdena går drygt hälften till privattandläkare.

Det går också att avläsa i försäkringskostnaderna för bastandvård och högkostnadsskydd inom ramen för reformen. Under åren 2003 till och med 2005 har närmare 4 miljarder kronor av ersättningen från tandvårdstaxan gått till privattandläkare och knappt 1 miljard till folktandvården.³⁴

Avsikten med högkostnadsskyddet är att patienten endast betalar 7 700 kronor för behandlingen, därefter ersätter tandvårdsförsäkringen behandlingen till hundra procent. Det innebär att en bedömning av behandlingsförslag och vårdgivarens krav på ersättning får utredande karaktär. Till skillnad mot tandvårdsförsäkringen i övrigt krävs försäkringstandläkare med kunskaper om klinisk behandling för att bedöma varje ärende. Varje inkommet förslag ska bedömas från både odontologiska och försäkringsmässiga normer som generellt gäller för försäkringen för att undvika övervård.³⁵

3.2 Försäkringskassans administration

Regeringen uppskattade att de allmänna försäkringskassorna på grund av reformen skulle komma att handlägga ytterligare 40 000 förhandsprövningar. Det var en fördubbling jämfört med tidigare. Kostnaderna beräknades till 6,5 miljoner kronor per år. Ökad administration för att hantera ersättning för vården och ökat behov av försäkringstandläkare beräknades kräva 20 miljoner kronor per år.

Handläggningen av tandvårdsstödet för äldre har koncentrerats till en enda kassa, Försäkringskassan i Skåne, för att skapa förutsättningar för en likformig och effektiv handläggning.

De administrationskostnader som Försäkringskassan i Skåne redovisat för administration av tandvårdsstödet för de äldre under åren 2003–2005 har uppgått till närmare 50 miljoner kronor årligen.³⁶

Resurser för att ta emot anstormningen av ansökningar var inte tillräckliga 2002 då reformen trädde i kraft, men de administrativa resurserna har byggts upp successivt efter inströmmande ärenden.³⁷

Antalet inkomna förhandsprövningar hade då prognostiserats till cirka 50 000 per år. Samtidigt uppskattade Försäkringskassan i Skåne att antalet ärenden 2004 var mer än 30 000 fler än vad som framgick av statistiken. Behovet av kompletteringar hade gjort hanteringen mer

³⁴ Se bilaga 4 Fördelning av tandvårdsersättning.

³⁵ Prop. 2001/02:51 s 20.

³⁶ Se bilaga 7 Administrationskostnader för 65+.

³⁷ Enligt Försäkringskassan i Skåne var dimensioneringen tillräcklig 2004 då resurserna beräknades till 70 årsarbetare. Totalt inklusive ledning och administrativa stödresurser uppgick antalet till ca 81 årsarbetare år 2004.

omfattande och statistiken hade därmed gett en felaktig bild av ärendebelastningen.³⁸

Då högkostnadsskyddet trädde i kraft den 1 juli 2002 bestod försäkringsadministrationen av RFV som central myndighet och de allmänna försäkringskassorna. RFV och därefter den nya myndigheten Försäkringskassans huvudkontor har varit ansvarigt för prognoser, analyser och uppföljning inom verksamhetsområdet tandvård.

Verksamhetsområdet tandvård har flera verksamhetsgrenar där handläggning och information är gemensamt för RFV och kassorna. Övriga verksamhetsgrenar avser RFV:s verksamhet, varav normering och tillsyn är de viktigaste för att styra och följa upp verksamheten vid Försäkringskassan i Skåne.

Målet för normeringen är likformighet, rättssäkerhet och kvalitet i handläggningen och att RFV:s normering ska uppfattas som ändamålsenlig och stödande. Tillsynen ska säkerställa likformighet, rättssäkerhet och kvalitet i handläggningen.³⁹

När RFV och de allmänna försäkringskassorna upphörde vid utgången av 2004 och den nya samlade statliga myndigheten Försäkringskassan bildades fick denna även ansvaret för ärendeproduktionen vid kassorna. Samtidigt upphörde RFV:s tillsynsuppdrag och ersattes med Försäkringskassans interna kvalitetskontroll.

Underlag för valet av Försäkringskassan i Skåne togs fram av RFV och byggde på en övergripande bedömning av de olika kassornas förutsättningar att hantera högkostnadsskyddet för äldre inom tandvården. Bedömningar av tidigare resultat med mera men även möjligheter att anställa försäkrings-tandläkare låg bakom valet av Försäkringskassan i Skåne.

Efter riksdagsbeslutet våren 2002 gavs det kort om tid för att organisera verksamheten vid Försäkringskassan i Skåne. I mars fick Försäkringskassan i Skåne uppdraget att som enda kassa handlägga högkostnadsskyddet. I slutet av april kom det formella beslutet.⁴⁰ Försäkringskassan i Skåne fick därefter utan motivering besked från regeringen att man bara fick hälften av pengarna för administrationen av reformen. Resten av pengarna tilldelades dock senare. Den 1 juli trädde reformen i kraft.

³⁸ Försäkringskassan i Skåne, årsredovisning 2004.

³⁹ Riksförsäkringsverkets regleringsbrev för budgetåret 2003.

⁴⁰ Beslutsdag 2002-04-17. Protokoll nr 2001/02:97. Rskr 2001/02:206.

3.3 Regler och praxis för bedömningar

Det är RFV:s föreskrifter och allmänna råd som närmare utformat hur förordningen om tandvårdstaxa ska tillämpas vid Försäkringskassan i Skåne. Rättsläget är otydligt för vad som är nödvändig tandvård, och det finns ingen utarbetad praxis om vad som är skäligt pris från de förhandsprövningar av protetik som kassorna administrerat tidigare.

Den förhandsprövning som funnits avsåg behandlingsförslaget och inte vårdgivarens ersättningsanspråk. Patienten finansierade större delen med egna pengar och hade incitament att hålla kostnaderna nere. Vid förhandsprövningen prövades om behandlingen kunde anses uppfylla kraven på en odontologiskt riktig behandling.

Förordningen (1998:1337) anger att Försäkringskassan har att bedöma om den föreslagna behandlingen ”är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat”. Försäkringskassan i Skåne ska också enligt 4 § tandvårdslagen bedöma om ”ersättningen är skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande”.

Begreppet nödvändig tandvård är en avvägning mellan hälso- och sjukvårdens normer och tandvårdstaxans krav. Försäkringstandläkarna ska både bedöma vad som är möjligt med hänsyn till vetenskap och beprövad erfarenhet och lägga in försäkringens synsätt på vad som berättigar till ersättning.

Försäkringskassan i Skåne hade erfarenhet av att bedöma om tandvård var nödvändig enligt förordningen⁴¹, däremot var prisbedömningen enligt tandvårdslagen⁴² ett nytt inslag i handläggningen av högkostnadsskyddet. Inför ikraftträdandet den 1 juli 2002 upprättade kassan en intern prislista som motsvarade ett medelpris av landstingspriserna som underlag för bedömningarna. Ersättningen skulle motsvara högst det pris som framgick av prislistan, och det förutsattes att vårdgivaren debiterade patienten samma pris för behandlingen enligt högkostnadsskyddets regler i tandvårdstaxan.

I försäkringstandläkarens arbete ingår att granska uppgifter om tandstatus, diagnos, patientens allmäntillstånd, orsak till och prognos för behandlingen. När försäkringstandläkaren gjort sin bedömning skickas handlingarna till försäkringshandläggaren som formellt beslutar om tillstyrkan eller avslag.

Eftersom det inte finns något entydigt begrepp för vad som ska anses *nödvändigt* kan det många gånger enligt försäkringstandläkarna själva vara svårt att avgöra om förslaget till behandling är ett ”överutnyttjade” av

⁴¹ Förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa, 6 §.

⁴² Tandvårdslagen (SFS 1985:125), 4 §.

tandvård. Visar vårdgivarens förslag till behandling på ett behov som är genomförbart godkänns det i allmänhet av försäkringstandläkaren.⁴³

Bedömningen gäller inte vad som optimalt kan behandlas utan om behandlingen ryms inom försäkringsreglerna. Det kan finnas många olika behandlingslösningar och det är den behandlande tandläkaren som föreslår vad som är funktionellt och utseendemässigt godtagbar tandvård för sin patient.

De uppgifter om avslagsfrekvens och beviljade ansökningar som finns tillgängliga från åren 2002 och 2003 är inte direkt jämförbara med de uppgifter som finns för åren 2004 och 2005 eftersom reglerna för ersättningen ändrades 1 januari 2004. Enligt RFV:s uppföljning av ärendehandläggningen (se avsnitt 3.8) beslutades drygt 5 000 ärenden första halvåret 2002 och av dessa beviljades 89 procent. Under 2003 beslutades drygt 68 000 ärenden och 97 procent beviljades.⁴⁴

Inom ramen för regeringsuppdraget 2003 uppskattade RFV avslagsfrekvensen till 3–4 procent.⁴⁵ Försäkringskassans verksamhetsstatistik visar att avslagsfrekvensen ligger på samma nivå 2004 och 2005.⁴⁶

För att få likformig bedömning pågår en löpande ”kalibrering” mellan försäkringstandläkarna av bedömningsgrunderna. De flesta av de 46 försäkringstandläkarna arbetar en eller två dagar i veckan på Försäkringskassan i Skåne och resterande tid som tandläkare i folktandvård eller privattandvård. De som bedömer ansökningarna ska vara kliniskt verksamma, och det ska även finnas en spridning av kompetens mellan olika specialiteter. Risken är stor att likformigheten i bedömningar varierat sedan högkostnadsskyddet infördes. Från den 1 januari 2004 ändrades dessutom reglerna för implantat i behandlingen och tandvårdsersättningen till vårdgivarna ändrades till högst det belopp som motsvarar folktandvårdens priser i det landsting där vården utförs.

Reglerna för högkostnadsskyddet har varit otydliga och dessutom ändrats med konsekvensen att förhandsprövningarna krävt ökad kommunikation med patienter och vårdgivare. RFV:s allmänna råd hösten 2003 och ändringen i förordningen från 1 januari 2004 innebar bland annat att ett stort antal ärenden som skickats in när andra regler gällde fick bedömas på nytt. Administrationen har blivit omständlig och påverkat handläggningstider och därmed patientens och vårdgivarens möjligheter att planera vården.

I propositionen står det att landstingens priser skulle ligga till grund för vad som skulle anses vara skälig ersättning. Någon närmare definition fanns inte i förordning, föreskrifter eller allmänna råd. Försäkringskassan

⁴³ Bedömning av försäkringstandläkare vid Försäkringskassan i Skåne.

⁴⁴ Bilaga 5.

⁴⁵ RFV regeringsuppdrag 2003, dnr 60/702002.

⁴⁶ Se bilaga 5 Beslutade förhandsprövningar 2004 och 2005.

i Skånes interna riktlinjer för bedömning byggde på ett medelvärde av landstingspriserna. Vårdgivarna kände till att börja med inte till vilka bedömningsgrunder Försäkringskassan i Skåne tillämpade. När de interna riktlinjerna offentliggjordes våren 2003 höjde många tandläkare sina arvoden till den interna prislistans prisnivå.

3.4 Myndigheternas tillsyn

Syftet med RFV:s tillsyn fram till den 1 januari 2005 var att säkerställa likformighet, rättssäkerhet och kvalitet i handläggningen vid Försäkringskassan i Skåne.⁴⁷ Regeringen har även krävt av RFV i regleringsbrev att följa upp kvaliteten i handläggningen kvartalsvis med rapporter och med månadsstatistik.⁴⁸

Socialstyrelsens tillsyn gäller vårdgivarnas behandlingsförslag enligt förordningen om tandvårdstaxa (1998:1337). Behandlingsförslagen ska stå i överensstämmelse med tandläkares skyldigheter enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS).

Socialstyrelsen har i sin verksamhetstillsyn av tandläkarnas behandlingsförslag våren och sommaren 2004 granskat och bedömt ett begränsat antal behandlingsförslag och bl.a. konstaterat att vart fjärde förslag behövde kompletteras.⁴⁹ Socialstyrelsen ansåg att urvalet inte var tillräckligt stort för att dra generella slutsatser, men att tillsynsresultatet indikerar att vårdgivarnas behandlingsförslag ofta behöver kommuniceras med vårdgivaren och kräver kompletterande uppgifter för att uppfylla kraven i LYHS.

RFV har i sin tillsyn granskat ett urval beslutade förhandsprövningar och inkomna men ej beslutade förhandsprövningar perioden januari–september 2004. Tillsynen visade att handläggningstiderna minskat och de ansågs vara tillfredsställande.⁵⁰ RFV meddelade regeringen att tiderna för förhandsprövningar pressats ned från fem till sex månader till två till tre månader och att det var möjligt att pressa tiderna ytterligare.

RFV har inte gjort några tillsynsinsatser som avser i vilken utsträckning förhandsprövningarna gett en rättssäker och likvärdig bedömning av vårdgivarnas behandlingsförslag. Däremot har RFV i en riktad verksamhetstillsyn kritiserat Försäkringskassan i Skåne för bristande kontroll av utbetalningar under sommaren 2004 i ett försök att uppfylla föreskrifternas krav på

⁴⁷ Riksförsäkringsverkets regleringsbrev för budgetåret 2003.

⁴⁸ Regleringsbrev 2003, 2004, 2005 för RFV och Försäkringskassan.

⁴⁹ Granskning av vårdgivares behandlingsförslag enligt 17 § tredje stycket förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. Socialstyrelsen oktober 2004.

⁵⁰ RFV delrapport 2004-10-29, dnr 2751/2004. Delrapport om uppföljning av Försäkringskassans handläggning av ärenden om högkostnadsskydd.

utbetalning av tandvårdsersättning.⁵¹ Försäkringskassan ska enligt gällande föreskrift betala ut tandvårdsersättning till vårdgivaren senast 30 dagar efter den dag Försäkringskassan fått vårdgivarens räkning. Handläggningen av tandvårdsersättningen har, enligt Försäkringskassan i Skåne, försvårats genom att vårdgivarna i cirka 10 procent av fallen gör annan behandling än beslutad och att de i 45 procent av ärendena med förhandsprövad vård begär annan ersättning än beslutad.⁵²

Försäkringskassan i Skåne har även granskat ett urval ärenden med anledning av att RFV och ett antal försäkringskassor granskat fel och fusk i tandvårdsförsäkringen. Rapporten visade att förekomsten av fusk bland de granskade tandvårdsräkningarna var liten. Men granskningen visade att både privata vårdgivare och folktandvården felaktigt tagit ut högre avgifter från patienter än vad tandvårdstaxan medger. Det fanns vårdgivare som tagit ut mellanskillnaden av patienten mellan det begärda priset och den beviljade ersättningen. Det fanns även landsting som i ett antal ärenden tagit ut en avgift av patienten för åtgärder som ingår i tandvårdstaxan. Resultatet motiverade framtida granskningar enligt rapporten.⁵³

3.5 Uppföljning av kostnaderna

Den årliga budgetprövningen avser sjukvårdsförmåner i deras helhet, och informationen om tandvårdsförmånerna blir en formsak så länge tidigare beslut inte ifrågasätts. Förmånen utgår automatiskt så länge beslutade kriterier uppfylls. Socialutskottet gjorde ett tillkännagivande till regeringen om att det är angeläget att följa utvecklingen med avseende på huruvida valet av behandlingsinsatser påverkas till följd av högkostnadsskyddets konstruktion. Riksdagens tillkännagivande ger regeringen en signal om att följa upp effekterna av högkostnadsskyddets utformning. Om utformningen av stödet leder till kostnadsfördyring väljer regeringen själv hur den rapporterar till riksdagen.

I propositionen uppskattade regeringen att försäkringskassorna på grund av den föreslagna reformen skulle komma att handlägga ytterligare 40 000 förhandsprövningar per år, en fördubbling av volymen jämfört med läget år 2000.⁵⁴ RFV har på regeringens uppdrag följt upp förändringarna i tandvårdsstödet den 1 juli 2002 och överlämnade en slutrapport om högkostnadsskyddet i början av december 2003.⁵⁵ De första 15 månaderna

⁵¹ RFV 2004-10-29, dnr 2751/2004.

⁵² Årsredovisning 2004, Skånes allmänna Försäkringskassa.

⁵³ Rapport om fusk inom tandvårdsförsäkringen, 2004-12-06, dok.id. 9951/04-BFV.

⁵⁴ Prop. 2001/02:51 Bättre tandvårdsstöd för äldre.

⁵⁵ RFV analyserar 2003:18.

hade nära 80 000 förhandsprövningsärenden kommit in. Av de inkomna ärendena var drygt 60 000 beslutade. Drygt 60 procent av alla beslutade ärenden avsåg personer i åldersgruppen 65–74 år. Kostnaden för den enskilde hade minskat med 54–61 procent för större behandlingar inom ramen för högkostnadsskyddet.⁵⁶

RFV:s uppföljning gav underlag för att konstatera att det skett en märkbar förskjutning mot ökat antal implantatbehandlingar i förhållande till alternativa behandlingar. Andelen implantat hade tredubblats i jämförelse med samma period år 2000.⁵⁷

Kostnaden för försäkringen beräknades till 1 800 miljoner kronor för perioden den 1 juli 2002–30 september 2003. Kostnaden per år uppskattades till 1 450 miljoner kronor. Prisökningen för protetiska åtgärder under högkostnadsskyddets 15 första månader var 5,3 procent, vilket är betydligt högre än konsumentprisindex som ökade med 1,6 procent samma period.⁵⁸

Reformen hade medfört en förändring av behandlingsmönstret från konventionell fast protetik till implantatförankrad protetik.⁵⁹ En orsak är att när patienten väl passerat karensbeloppet 7 700 kronor blir det billigare att dra ut och ersätta tänder med implantat än att utföra behandling enligt reglerna för bastandvård som ger en lägre ersättning. RFV:s analys pekade på att högkostnadsskyddet gjort det ekonomiskt möjligt för patienten att få implantatbehandling. Ersättningen för konventionell behandling inom bastandvården har varit lägre, vilket gjort det lönsammare för patient och vårdgivare att använda högkostnadsskyddet.

Försäkringskassan följer löpande upp landstingens priser i särskilda prisundersökningar men har inte följt upp hur landstingspriserna påverkat uttaget i tandvårdsförsäkringen efter den 1 januari 2004. Det är därför svårt att avgöra i vilken utsträckning landstingspriserna, som varierar kraftigt mellan landstingen, påverkat kostnaderna för försäkringen.

Av Försäkringskassans rapportering till regeringen framgår att 12 landsting under 2005 genomfört förändringar i sina prislistor för tandvården och 9 landsting minskat antalet latituder, det vill säga vilka priser som ska tillämpas vid olika typer av behandlingar. Minskningen hade enligt Försäkringskassan lett till en prishöjning för patienten och inom högkostnadsskyddet innebar förändringarna att försäkringskostnaden ökat 3–20 procent beroende på landsting.⁶⁰

⁵⁶ RFV analyserar 2003:18.

⁵⁷ RFV analyserar 2003:18. Granskning av beslutade förhandsprövningar i samarbete mellan RFV:s övertandläkare och Per-Olof Glants, professor i oral protetik.

⁵⁸ RFV analyserar 2003:18.

⁵⁹ RFV analyserar 2003:18.

⁶⁰ Svar på regeringsuppdrag, Försäkringskassan 2005-04-20, dnr 72198/2005.

Efter RFV:s analys av reformens första år har RFV/Försäkringskassan inte gjort någon beräkning av utfallet för högkostnadsskyddet i åldersgrupperna 65–74 år respektive 75 år och däröver. RFV:s analys byggde på urvalsundersökningar och gav en bild av läget hösten 2003. Det finns inget kvalitetssäkrat underlag från Försäkringskassans uppföljning som visar hur många personer som tagit del av förmånen eller åldersfördelningen, inte heller hur landstingspriserna påverkat uttaget i försäkringen efter den 1 januari 2004.

För att få ytterligare underlag för vår bedömning har Riksrevisionen beställt underlag från Försäkringskassan för att få en bild av vilka grupper inom förmånsgruppen 65 år och äldre som utnyttjat högkostnadsskyddet.

Tabell 1: Antal inkomna förhandsprövningar 2003–2005 avseende högkostnadsskyddet för protetiska åtgärder efter åldersgrupp och år (Totalt antal och andel i procent)

	2003	2004	2005	Totalt antal 2003–2005
Ålder 65–69	19 %	28 %	35 %	38 437
Ålder 70–74	30 %	28 %	26 %	40 227
Ålder 75–79	24 %	22 %	20 %	32 254
Ålder 80–84	17 %	15 %	13 %	21 605
Ålder 85–89	8 %	6 %	5 %	9 806
Ålder 90–94	2 %	1 %	1 %	2 253
Ålder 95–	0 %	0 %	0 %	299
Totalt	100 %	100 %	100 %	144 881

Källa: Testdata för STORE

Sammanställningen indikerar att cirka 60 procent av förhandsprövningarna avser åldersgruppen 65–74 år under perioden 2003–2005.

Statistiken avser inkomna förhandsprövningar och är hämtad från ett testmaterial som kommer från ärendehanteringssystemet Plomben och körts i Försäkringskassans databas. Siffrorna kan misstämja något då kvalitetssäkring ej utförts, men ger ändå en översiktlig bild.⁶¹

Riksförsäkringsverket förtydligade i RFV:s allmänna råd hösten 2003 vilka implantatbehandlingar som skulle omfattas av högkostnadsskyddet och att tandvårdstaxans ersättning för behandlingar skulle högst uppgå till landstingspriset i det landsting där tandvården genomfördes.

När genomsnittskostnaderna för behandlingar fortsatte att öka 2003 ansåg regeringen att ändringarna borde föras in i förordningen om tandvårdstaxa. Från den 1 januari 2004 infördes i förordningen om tandvårdstaxa

⁶¹ Ålders- och andelsfördelning bör i stort vara pålitlig. Däremot ingår kompletteringar av förhandsprövningar i materialet för 2003 men inte för 2004 och 2005 vilket omöjliggör en jämförelse mellan dessa år.

ett ”tak” för behandlingspriserna som innebar att de fick högst motsvara folktandvårdens priser i det landsting där vården genomfördes. Den genomsnittliga ersättningen har sedan reformens införande varierat något men har befunnit sig runt 40 000 kronor och strax därunder.

Enligt Försäkringskassans slutrapport till regeringen våren 2005 hade regeländringarna i regeringens förordning och de allmänna råden medfört lägre kostnader för försäkringen, och besluten följde lagstiftarens intentioner i högre utsträckning.⁶² Försäkringskassan menade att ändringen av reglerna för implantatåtgärder medfört att normen för nödvändig tandvård förtydligats och att beslutet om landstingspriset i respektive landsting som skäligt pris lett till lägre kostnader för försäkringen. Enligt en tidigare RFV-rapport förhandsprövades under år 2003 drygt 11 000 behandlingar som avsåg implantat bakom kindtänderna till en kostnad för tandvårdsförsäkringen av cirka 80 miljoner kronor. Den årliga kostnadsminskningen kunde därför motsvara den tidigare kostnaden för behandlingar bakom kindtänderna.⁶³

Privattandläkarna ansåg att regeringen inte hade laglig rätt att använda sin förordningsmakt för att prisreglera tandvården. Privattandläkarna uppmanade därför sina medlemmar att begära omprövning och därefter överklaga kassans beslut.

Antalet överklaganden till länsrätten ökade markant under 2004 till följd av förändringen i förordningen. Cirka 75 procent av de ärenden som överklagades avsåg beräkningen av priset utifrån folktandvårdens pris.⁶⁴

Regeringsrätten har därefter i en dom från november 2005 slagit fast att regeringen har rätt att reglera ersättningen enligt förordningen om tandvårdstaxa men inte vårdgivarens pris mot patient.⁶⁵

Domstolsutslaget i Regeringsrätten klargör att vårdgivarna har rätt att ta ut sitt eget pris för behandlingen mot patient med den begränsning som ges i tandvårdslagens lydelse om skälig ersättning.

3.6 Tandvårdstaxans regler för implantat

RFV:s analys 2003 visar att tandvårdsreformen gynnat implantatförankrad protetik. Samtidigt konstaterade RFV att ersättningsnivåerna för implantatsystem ligger för högt. En konsekvens av ersättningsnivån är att vissa prishöjningar har skett på marknaden för implantatsystem. Det har samtidigt tillkommit billigare implantatsystem än de som låg till grund för beslutet om

⁶² FK/svar på regeringsuppdrag, slutrapport 2005-05-24, dnr 2751/2004.

⁶³ RFV rapport 2004-05-03, dnr 76/2004.

⁶⁴ RFV:s svar på regeringsuppdrag, dnr 72198/2005, 2005-04-20.

⁶⁵ Regeringsrättens dom den 16 november 2005 i mål nr 7281-04.

ersättningsnivåer.⁶⁶ Taxans regler har därmed gett tandläkaren möjlighet att ta ut ett högre belopp av patienten än vad implantatsystemet kostar.

RFV och de allmänna försäkringskassorna har gjort en uppföljning av fel och fusk i tandvårdsförsäkringen. Den del som avsåg Försäkringskassan i Skåne och högkostnadsskyddet visade att det fanns exempel på debiteringsfel som innebar att vårdgivare i vissa fall tog ut mellanskillnaden i stället för att ge patienten ett lägre pris.⁶⁷

Försäkringskassan har i rapporteringen till regeringen påtalat att patientpriset ökat och att det skett genom att vårdgivaren fakturerat patienten ett högre pris för material och att det inte kan förklaras av att inköpskostnaden stigit. Försäkringskassan har noterat att priset för titankomponenter tvärtom har sjunkit 2004.⁶⁸

Enligt RFV:s analys hade det framkommit att alltfler behandlingar kunde utföras med så kallad enstegskirurgi. Tandvårdsförsäkringen lämnar ersättning för titankomponenter med olika belopp beroende på om vården utförs genom enstegs- eller tvåstegskirurgi (2 900 kronor respektive 3 200 kronor).⁶⁹ RFV föreslog en sänkning av ersättningen och att den skulle fastställas till ett enhetligt belopp om 2 800 kronor för både enstegs- och tvåstegskirurgi.⁷⁰ Någon sådan ändring i taxan har ännu inte genomförts, men regeringen har i regleringsbrev för 2006 gett Försäkringskassan uppdraget att utreda ersättningsnivåerna. Försäkringskassan har i april 2006 lämnat ett förslag till regeringen att sänka ersättningen för titankomponenter.

Att föreslagna behandlingar i mycket stor utsträckning innehöll implantatbehandlingar föranledde RFV och Socialstyrelsen att även klarlägga användningen av implantat. En kunskapsöversikt från Socialstyrelsen om indikationer för dentala implantat visade bland annat att det från odontologisk synpunkt inte fanns anledning att försäkringen skulle ersätta implantat bakom kindtänderna.⁷¹

3.7 Uppföljning av patientsäkerheten

I regeringens uppdrag till RFV och Socialstyrelsen ingick att byta erfarenheter kring frågor om patientsäkerhet och nivån för nödvändig behandling enligt försäkringen. Enligt Socialstyrelsen behövs bättre rutiner för anmälan till Socialstyrelsen, då försäkringstandläkare identifierar systematiska brister

⁶⁶ Högkostnadsskyddet inom tandvården. Första året. RFV analyserar 2003:18.

⁶⁷ Rapport om fusk inom tandvårdsförsäkringen, 2004-12-06, dok.id. 9951/04-BFV.

⁶⁸ Försäkringskassans svar på regeringsuppdrag 2005-04-20, dnr 72198/2005.

⁶⁹ Förordning (1998:1337) om tandvårdstaxa.

⁷⁰ Högkostnadsskyddet inom tandvården. Första året. RFV analyserar 2003:18.

⁷¹ Kunskapsöversikt Indikationer för dentala implantat, Socialstyrelsen september 2003.

i tandläkares behandlingsförslag eller yrkesutövningen i övrigt. Ett utökat samarbete skulle inte enbart öka patientsäkerheten i tandvården utan även kunna betyda minskade utbetalningar av ersättning för aktuella behandlingar.⁷²

RFV har kommit till liknande resultat som Socialstyrelsen. Samarbetet mellan nya Försäkringskassan och Socialstyrelsen bör enligt RFV utvecklas för att samordnat kunna hantera aktuella frågor om vad som är nivån för försäkringsmässigt nödvändig behandling och frågor rörande patientsäkerhet i vården.⁷³

Socialstyrelsen har ett särskilt ansvar för att behandlingarna uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet. Implantatbehandlingar har för patienter kommit att framstå som en mycket sofistikerad och säker behandlingsmetod. I dag saknas uppföljningsmöjligheter och stora förändringar har skett vad gäller metoder, komponenter och vilka som utför protetiken.

Generaliserbarheten från äldre studier angående protetik är mycket begränsad. De personer som ingick i de dessa studier hade noggrant valts ut efter sitt goda hälsotillstånd och följde ett särskilt uppföljningsprogram.⁷⁴

3.8 Uppföljning av handläggningen

Handläggningsprocessen består dels av utredning och beslut om den föreslagna behandlingen, dels förhandsprövning och beslut om tandvårdsersättningen efter att vårdgivaren kommit in med tandvårdsräkning efter utförd behandling.

I RFV:s budgetunderlag 2004 anges att 56 541 förhandsprövningar hade kommit in år 2003. Från detta underlag beräknar man att 55 000 beslut kommer att tas per år från och med 2004.⁷⁵

Enligt Försäkringskassan i Skånes årsredovisning 2004 kunde hanteringen kräva kompletteringar i 30–35 procent av ärendena innan bedömningen kunde påbörjas. Enligt kassan innebar det stora behovet av kompletteringar att antalet ärenden som skulle hanteras i praktiken borde uppskattas till 30 000 fler per år än vad som framgår av statistiken. Det innebar att Skånekassans rapportering av ärenden byggd på fel förutsättningar och att en mer omfattande ärendehantering också fått effekt på handläggnings-tiderna som därmed blivit längre.

⁷² Slutrapport om Socialstyrelsens uppdrag att granska vårdgivares behandlingsförslag enligt förordningen om tandvårdstaxa, dnr 44-2294/04.

⁷³ RFV Svar på regeringsuppdrag dnr 2751/2004, (beslutsdatum 2004-10-29).

⁷⁴ Uttalande av RFV:s övertandläkare.

⁷⁵ RFV:s budgetunderlag 2004-02-18, dnr 821/2004.

Tabell 2: Ärendebalanser, förhandsprövningar 65+

År	Inkomna	Beslutade	Balans
2002 (halvår)	32 259	5269	26 990
2003	56 451	68 517	14 924
2004	41 055	41 095	14 884
2005	48 780	44 724	18 940

Källa: Verksamhetsstatistik från Försäkringskassan.

Som framgår av tabellen fanns *inför* 2003 en balans av knappt 27 000 ärenden. Även under 2005 uppstår en ärendebalans mellan inkomna och beslutade ärenden och den totala ärendebalansen har ökat.

Åren 2002 och 2003 är inte direkt jämförbara med år 2004 och framåt. Försäkringskassan uppger att statistiken över antal inkomna förhandsprövningar är mycket osäker; problemen är kopplade till inmatningen i ärendehanteringssystemet Plomben.

Enligt kassans egna beräkningar kunde ärendehantering, som tidigare nämnts, kräva kompletteringar i 30–35 procent av ärendena.⁷⁶ Kompletteringarna kunde gälla uppgifter som saknades, felskrivningar, brister i röntgenunderlag med mera. Många gånger kunde kompletteringarna göras per telefon. Från årsskiftet 2005 har Försäkringskassan i Skåne krävt att vårdgivarna skickar skriftligt underlag, och kassan skickar konsekvent tillbaka alla ofullständiga förhandsprövningar. Enligt Försäkringskassan i Skåne har behovet av kompletteringar minskat och låg hösten 2005 på cirka 12 procent.

Enligt försäkringsdelegationen i Skåne län kvarstår dock problem med ärendestatistiken 2005. I en rapport till regeringen framgår att så kallade tilläggsprövningar i redan beslutade ärenden inte registreras i ärendehanteringssystemet Plomben.⁷⁷ Andelen tilläggsprövningar uppgår enligt delegationen till 30 procent.

Försäkringskassan i Skånes problem i initialskedet var att antalet förhandsprövningar kraftigt överskred prognoserna. Sista september 2003 hade nära 80 000 förprövningsärenden kommit in. Av dessa hade kassan hunnit besluta om drygt 60 000 ärenden.⁷⁸

Kontrollen har varit mer omfattande än tidigare förhandsprövningar av implantatåtgärder vid kassorna. Försäkringskassan i Skåne har ställt högre krav på bland annat dokumentation, vilket var nytt för många vårdgivare.

RFV ansåg redan i sin analys 2003 att högkostnadsskyddet blivit administrativt krävande. RFV avsåg att utreda om förhandsprövnings-

⁷⁶ Försäkringskassan i Skånes årsredovisning 2004.

⁷⁷ Skåne läns försäkringsdelegation. Redovisning för 2005 års verksamhet.

⁷⁸ Högkostnadsskyddet inom tandvården. Första året. RFV analyserar 2003:18.

förfarandet helt eller delvis kunde upphöra för konventionell protetik. Ett certifieringsförfarande kunde vara en möjlig lösning för att förenkla administrationen generellt inom tandvårdsförsäkringen. Genom certifiering av vårdgivares prislistor skulle Försäkringskassans skälighetsbedömning av priset i varje enskilt ärende kunna uteslutas och ersättas med direkt-handläggning.

Några sådana ändringar har dock inte gjorts. RFV/Försäkringskassan har inte återkommit till regeringen med konkreta förslag för regeringen att ta ställning till när det gäller undantag från förhandsprövning och certifiering.

Försäkringskassans interna mål för genomströmningstider är 90 dagar. Handläggningstiderna för ärenden varierar från 78 till 215 dagar under 2004. Motsvarande uppgifter för år 2005 är 100 respektive 196 dagar.⁷⁹

Uppgifter om genomströmningstid för åren 2002–2003 är ej direkt jämförbara med statistiken för 2004–2005. Enligt de uppgifter som vi har erhållit från Försäkringskassan var genomströmningstiderna relativt korta under 2002 vilket berodde på att Försäkringskassan i Skåne fattade beslut i sådana ärenden som var enkla att avgöra. Enligt Försäkringskassans månadsstatistik varierade genomströmningstiderna mellan 100 och 194 dagar under 2003.

RFV meddelade i slutet av 2004 att tiderna för förhandsprövningar pressats ned från 5–6 månader till 3 månader och att det var möjligt att pressa tiderna ytterligare. I maj 2005 hade handläggningstiderna ökat igen, och handläggningstiderna för året 2005 var 6 månader.⁸⁰ Kortare handläggningstider förväntas under 2006 efter det att ärenden från Försäkringskassan i Skåne fördelats på ytterligare två försäkringskassor. Försäkringskassan har ansett att Försäkringskassan i Skåne behöver en förstärkning för att åstadkomma kortare handläggningstider.⁸¹

Försäkringskassan ska enligt gällande föreskrift betala ut tandvårdsersättning till vårdgivaren senast 30 dagar efter den dag Försäkringskassan fått vårdgivarens tandvårdsräkning. Så har inte alltid varit fallet. Utbetalningar till landstingen har under en period nedprioriterats, och Försäkringskassan konstaterar i sin resultatredovisning 2005 att för vissa vårdgivare har de långa handläggningstiderna inneburit likviditetsproblem.⁸²

Försäkringskassan i Skåne har under en tid prioriterat privattandläkarnas räkningar på bekostnad av landstingens. Motivet har varit att landstingen till stor del sänt samlingsräkningar vid ett fåtal tillfällen under året och inte månadsvis. Landstingen har också ansetts klara senare utbetalning bättre än

⁷⁹ Se bilaga 6 Genomströmningstider.

⁸⁰ Försäkringskassans årsredovisning 2005.

⁸¹ Försäkringskassan har hösten 2005 fördelat 10 000 ärenden på Försäkringskassan i Stockholms län och Försäkringskassan i Västra Götaland.

⁸² Försäkringskassans årsredovisning 2005.

privattandläkarna. Denna prioritering ändrades i maj 2005 då kontoret förstärkt sina resurser med tillfällig personal motsvarande 4 årsarbetskrafter som enbart ska klara av ej utbetalade landstingsräkningar.

Sommaren 2004 nedprioriterades kontrollen för att skynda på ärendehandläggningen. RFV har kritiserat Försäkringskassan i Skåne för bristande kontroll vid utbetalning av vårdersättningen i ett försök att korta handläggningstiderna under sommaren 2004. RFV:s stickprov av tandvårdsräkningar visade att drygt 400 000 kronor utbetalats felaktigt under denna period. Enligt RFV:s beräkningar kan det innebära att 6,5 miljoner kronor utbetalats felaktigt under sommaren 2004.⁸³ Alla utbetalningar ska därefter ha kontrollerats i efterhand och felaktig utbetalning återkrävts av Försäkringskassan i Skåne.

⁸³ RFV 2004-10-29, dnr 2751/2004.

4 Analys och bedömning av högkostnads-skyddet

Granskningen avser att besvara frågan: *Har regeringen och ansvariga myndigheter vidtagit tillräckliga åtgärder för att kontrollera kostnaderna?*

Regeringen har framhållit att tredjepartsfinansiering från skattebetalarna riskerar att göra reformen kostsam och att vårdgivarens ersättningsanspråk därför ska förhandsprövas av allmän försäkringskassa. Socialutskottet gjorde ett tillkännagivande till regeringen om att det är angeläget att följa utvecklingen med avseende på huruvida valet av behandlingsinsatser påverkas till följd av högkostnadsskyddets konstruktion.

4.1 Regeringens beslutsunderlag

Regeringen räknade med att högkostnadsskyddet skulle medföra en ökning av försäkringskostnaderna med 300 miljoner kronor under andra halvåret 2002. Merkostnaden för försäkringen skulle därefter uppgå till 600 miljoner kronor årligen. RFV:s analys av utvecklingen 2003 visade att tandvårdsersättningen till högkostnadsskyddet skulle komma att uppgå till cirka 1,5 miljarder kronor årligen.

Det fanns ingen väldefinierad på förhand given efterfrågan. Efterfrågan blev betydligt större än väntat. Reformen satte i gång ett dynamiskt förlopp som påverkade valet av behandlingar.

Beslutsunderlaget utgick från tidigare protetikkostnader i tandvårdsförsäkringen som räknades upp med ett antagande om ökad efterfrågan. Prognosen för ökad efterfrågan byggde på erfarenheterna från protetikkostnadernas förändring mellan åren 1998 och 1999 då efterfrågan minskade med 10 procent på grund av sämre ersättning från försäkringen. Efterfrågan på bastandvård hölls oförändrad i kalkylerna. Antagandena om prishöjningar byggde på att ersätta åtgärder inom protetik var 340 miljoner kronor år 2000. Effekten av prishöjningar uppskattades till 15 procent av protetikkostnaderna för tiden fram till dess reformen trädde i kraft.⁸⁴

Regeringens förslag till bättre tandvårdsstöd för äldre innebar att sammanlagt 300 miljoner kronor för 2002 och 600 miljoner kronor för 2003 avsattes till förbättringar av tandvårdsstödet. Den beräknade kostnaden för högkostnadsskyddet var 110 miljoner kronor för 2002 och 280 miljoner kronor för 2003.

⁸⁴ Regeringens beräkningar, se bilaga 1.

Den beräknade kostnaden för hela reformen, som bestod av högkostnadsskyddet och ett förstärkt stöd till bastandvård, var 290 miljoner kronor för 2002 och 596 miljoner kronor för 2003.

Enligt Riksrevisionens bedömning har regeringen inte tagit tillräcklig hänsyn till så kallade dynamiska effekter av utvidgningen av förmånsgruppen från 75 år till 65 år och äldre som torde påverka både efterfrågan och behandlingsinriktning. I beredningen av ärendet har regeringen frångått det tidigare beslutsunderlaget och inte gjort någon analys av vad den förändrade inriktningen skulle kunna få för konsekvenser. Reformen har kostnadsberäknats utifrån ett tillgängligt finansiellt utrymme. Antagandena om efterfrågans och behandlingsinriktningens konsekvenser för kostnaderna har kraftigt underskattats.

4.2 Högkostnadsskyddets konstruktion

Högkostnadsskyddet är en blandning av fri prissättning och reglering, som försvårar möjligheterna att kontrollera alla kostnadsfaktorer, vilket har betydelse för kostnadsutvecklingen.

Det är patienten som förfogar över tandvårdsförmånen, och oavsett hur stödet konstruerats behöver patienten hjälp av tandläkaren för att bedöma behandlingsbehovet. Högkostnadsskyddets konstruktion gör det svårt för patienten, som befinner sig i ett informationsunderläge, att förut säga kostnaderna. Det ställer stora krav på att vårdgivarnas kostnadsförslag går att värdera. Kostnaderna för patienten bestäms av vårdgivarens prisförslag. Tandvårdstaxans ersättning för behandlingar bestäms av landstinget där vården genomförs. Implantatsystem ersätts enligt en prislista i tandvårdstaxan. Därutöver finns ett karensbelopp och materialkostnader som patienten betalar själv.

Förutsättningarna i övrigt för patientens kostnader är ett tandläkarpris i fri konkurrens mellan vårdgivarna och att patienten har möjlighet att jämföra priserna på tandvårdsmarknaden. Konsumentverket konstaterar att konsumenten har en svag ställning på tandvårdsmarknaden och att tandvård inte kan ses som en konkurren utsatt marknad. Behandlingsförslag och priser ifrågasätts sällan. Förtroendet för tandläkaren är avgörande. Ytterst få konsumenter agerar aktivt för att få prisinformation.⁸⁵

Karensbeloppet. Patientens "kostnadstak", karensbeloppet 7 700 kronor, ger svaga incitament att hålla tillbaka behandlingarkostnaderna då gränsen väl har passerats. Försäkringskassans normering av vad som ska räknas som nödvändig tandvård är inte heller tydlig.

⁸⁵ Konsumenten på tandvårdsmarknaden, 2003:23.

Både regering och riksdag har framhållit att tredjepartsfinansiering från skattebetalarna riskerar att göra reformen kostsam. Högkostnadsskyddets konstruktion gör att det saknas incitament för vårdgivare och patient att hålla nere kostnaderna då högkostnadsskyddets karensbelopp passerats. Därutöver framhölls risken att många uppskjuter omfattande och kostnadskrävande tandvård i väntan på högkostnadsskyddet.

Anstormningen av ansökningar vid införandet den 1 juli 2002 visar att det fanns ett uppdämt behov i väntan på reformen. Regeringen har missbedömt efterfrågan och reformens förmånselasticitet, dvs. att kostnaderna ökar om mottagarna bedömer att förmånen är attraktiv. Vad som varit okänt är behandlingsbehovet i hela gruppen 65 år och däröver som omfattas av högkostnadsskyddet. Utredningen som låg till grund för regeringens förslag hade bedömt behovet för en grupp som avsåg 75 år och äldre.

Landstingspriserna är tänkta att ha en återhållande effekt på kostnaderna. Regeringen och Försäkringskassan förfogar inte över prisinstrumentet. Det är landstingen som bestämmer prissättningen på protetikbehandlingar och därmed vilka kostnader som belastas tandvårdsförsäkringen och statsbudgeten.

Det finns inte underlag som gör det möjligt att beräkna hur landstingspriserna påverkat uttaget i tandvårdsförsäkringen efter den 1 januari 2004. Priserna varierar starkt mellan landstingen, och tandvårdsförsäkringens kostnader påverkas av var i landet vården genomförts. I de fall landstingspriset legat högt där vården genomförts har det inneburit att tandvårdsförsäkringen belastats mycket, och i de fall landstingspriset legat lågt har det belastat försäkringen i mindre utsträckning.

Konkurrensverkets och Konsumentverkets beräkningar av tandvårdspriserna indikerar liksom Försäkringskassans statistik att priserna för protetik inom folktandvården har ökat utöver den allmänna prisutvecklingen på tandvård.⁸⁶

Landstingen beslutar i landstingsfullmäktige taxorna för av försäkringen godtagen behandling. Landstingens incitament att hålla nere taxorna kan vara svagt beroende på vilken prispolicy landstinget har för hela tandvården inom den egna regionen. Konstruktionen innebär att varken vårdgivare eller landsting har några starka incitament till effektivisering eller kostnads-sänkningar som kommer patienten eller försäkringen till del.

Tandvårdstaxan reglerar kostnaderna för implantatkomponenter och kirurgi. Tandvårdstaxan reglerar vilka åtgärder som ingår i högkostnadsskyddet men inte vad behandlingarna får kosta. Ersättningsberättigade åtgärder styrs av landstingens bedömning av vad behandlingarna

⁸⁶ Källor: Konkurrensverkets rapportserie 2004:1 Tandvård och konkurrens. Konsumentverkets rapport 2003:23 Konsumenten på tandvårdsmarknaden. Försäkringskassan 2005-10-31, dnr 082233-2005, Prisutvecklingen inom tandvården april 2004 till och med maj 2005.

kostar. Då det gäller användningen av implantatkomponenter finns en särskild prislista i tandvårdstaxan för vad som ersätts enligt försäkringen.

Vårdgivaren har med stöd av försäkringsreglerna även kunnat använda dyrare implantatkomponenter än de som ersätts av tandvårds taxan. Då förutsätts att patienten varit beredd att betala mellanskillnaden.

Om ersättningen från taxan ersätter mer än den kostnad vårdgivaren har för implantatkomponenterna finns inga incitament för vårdgivaren att pressa priset eftersom försäkringen betalar. Det finns heller ingen anledning att pressa priserna för behandling genom ny mer effektiv behandlingsteknik. Ersättningen i tandvårdstaxan riskerar att överkompensera tidsåtgången för kirurgi i samband med implantatstödd protetik. RFV har efter intervjuer med tandtekniska laboratorier och implantatleverantörer även konstaterat att alltför fler behandlingar kan göras billigare med så kallad enstegskirurgi.⁸⁷

Materialkostnader för protetik avgörs av marknadspriser. Högkostnads-skyddet har inneburit att stora kostnader ligger på arbete som tandteknik och implantatkomponenter som utförs utanför tandläkarkliniken.

En ökad efterfrågan kan på kort sikt öka priserna om det inte finns en fungerande marknadskonkurrens. Det finns ingen samlad kunskap om de olika marknaderna förutom RFV:s tidigare analys av implantatmarknaden och genom den undersökning som regeringen gett Försäkringskassan i uppdrag att genomföra.

Materialkostnaderna påverkar patientens pris, medan tandteknikernas arbete ersätts av tandvårdstaxan. Priserna för underleverantörstjänster sätts på en marknad, och kostnaderna påverkas av hur väl konkurrensen fungerar mellan leverantörerna.

Förhandsprövningen syftar till att hålla kostnaderna under kontroll och omfattar alla behandlingsförslag som ersätts enligt högkostnadsskyddets regler. Förhandskontrollen har följande syfte:

- a) Att avgränsa tandvården till "nödvändig tandvård", dvs. se till att behandlingarna är rimliga och inte innebär överkonsumtion av onödig tandvård. Enligt 6 § förordningen om tandvårdstaxa lämnas ersättning endast för behandling som är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.
- b) Att bestämma vad som är "skäligt pris" för behandlingarna. Tandvårdslagens 4 § anger att ersättningen ska vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt.
- c) Att använda landstingspriserna som riktmärke för bedömningarna av vad som ska anses som skäliga priser för behandling.

⁸⁷ Högkostnadsskyddet inom tandvården. RFV analyserar 2003:18.

I praktiken är det endast kontroll av att det finns ett behov av tandvård och en rimlighetsbedömning som sällar bort ett fåtal behandlingsförslag. De tänkta kontrollerna av skäligt pris med utgångspunkt från landstingspriserna är en rimlighetsbedömning. Ytterst påverkas kostnaderna av landstingens prissättning och vårdgivarnas patientpris. Enligt Riksrevisionen kan förhandskontrollen sägas ha en kontrollerande uppgift i förhållande till ett mycket begränsat antal ärenden.

Enligt Riksrevisionens bedömning av konstruktionen leder blandningen av reglering och en ofullständigt fungerande marknad till en som helhet mycket svårkontrollerad utveckling. Konsumentverket konstaterar att konsumenten har en svag ställning på tandvårdsmarknaden och att tandvård inte kan ses som en konkurrensutsatt marknad. Behandlingsförslag och priser ifrågasätts sällan. Förtroendet för tandläkaren är avgörande. Ytterst få konsumenter agerar aktivt för att få prisinformation. Konstruktionen innebär att varken vårdgivare eller landsting har några starka incitament till effektivisering som kommer patienten eller försäkringen till del.

4.3 Uppföljning av kostnaderna

Regeringen har ansvaret för att följa upp stödet eftersom reglerna för högkostnadsskyddet anges i regeringens förordning om tandvårdstaxa. Regeringen har också givit RFV/Försäkringskassan och Socialstyrelsen uppdrag i regleringsbrev att följa upp stödet. Myndigheternas ansvar i övrigt framgår av verksförordning och myndighetsinstruktion.

Efter RFV:s analys av reformens första år har RFV/Försäkringskassan inte gjort någon beräkning av utfallet för högkostnadsskyddet i åldersgrupperna 65–74 år respektive 75 år och däröver. RFV:s analys byggde på urvalsundersökningar och gav en bild av läget hösten 2003.

Därefter har RFV:s/Försäkringskassans uppföljning varit mer begränsad. Det finns inget kvalitetssäkrat underlag från Försäkringskassans uppföljning som visar hur många personer som tagit del av förmånen och åldersfördelningen. Inte heller hur landstingspriserna påverkat uttaget i försäkringen efter den 1 januari 2004. Det är därför svårt att avgöra i vilken utsträckning landstingspriset, som varierar kraftigt mellan landstingen, påverkat kostnaderna för försäkringen.

Både förhandsprövning och utbetalning av tandvårdsräkningar har genom de långa handläggningstiderna medfört att statens utgifter i viss utsträckning blivit ostyrbara. Genom de långa handläggningstiderna har det varit svårt att prognostisera och periodisera kostnaderna, och statens utgifter har förskjutits i tiden.

De begränsningar som vidtogs per den 1 januari 2004 gällde både behandlingarnas omfattning och priset för behandlingarna. Ersättningen till tandläkarna får inte vara högre än vad som motsvarar folktandvårdens pris i det landsting där vården genomförs. Implantatförankrad protetik bakom kindtänderna omfattas inte längre av högkostnadsskyddet.⁸⁸

RFV har i sin uppföljning i april och juli 2004 sagt att utvecklingen tyder på att åtgärderna har haft effekt, vilket kommer att leda till att försäkringsutgifterna blir lägre.

Enligt RFV:s rapport till regeringen med prognos för anslagsutnyttjandet kan den årliga kostnadsminskningen motsvara högst den tidigare kostnaden för behandlingar bakom kindtänderna. Under år 2003 förhandsprövades drygt 11 000 behandlingar till en kostnad för tandvårdsförsäkringen av cirka 80 miljoner kronor.⁸⁹ Samma rapport anger att den genomsnittliga ersättningen första kvartalet 2004 var något högre än de i budgetunderlaget beräknade 32 749 kronorna, men det beror på att förordningsändringen inte fått fullt genomslag. Den genomsnittliga ersättningen beräknas minska under året.

De allmänna råden 2003 anses av Försäkringskassan ha haft en kostnadsdämpande effekt på utgifterna. Effekten går inte att avläsa i Försäkringskassans statistik över genomsnittlig ersättning. Genomsnittskostnaden ökade mellan 2004 och 2005. Detta beror enligt Försäkringskassan på prisutvecklingen. Om begränsningarna inte hade införts den 1 januari 2004 hade enligt Försäkringskassans bedömning genomsnittspriserna blivit ännu högre.

Vad landstingspriserna fått för betydelse har inte berörts närmare. I Försäkringskassans avrapportering till regeringen framgår däremot att tolv landsting under 2005 genomfört förändringar i sina prislistor för tandvården och nio landsting minskat antalet latituder, dvs. vilka priser som ska tillämpas vid olika typer av behandlingar. Minskningen hade enligt Försäkringskassan lett till en prishöjning för patienten, och inom högkostnadsskyddet innebar förändringarna att försäkringskostnaden ökat 3–20 procent beroende på landsting.⁹⁰

Riksrevisionens bedömning är att RFV/Försäkringskassan borde ha följt upp reformens kostnader bättre, både då det gäller landstingens prisättning och utifrån åldersgruppen 65–74 mot bakgrund av riksdagens tillkännagivande till regeringen om att det var angeläget att följa utvecklingen.

Det är inte möjligt att avgöra om åtgärderna haft en kostnadsdämpande effekt. Det är högkostnadsskyddets konstruktion som gör att åtgärderna inte är tillräckliga för att begränsa kostnaderna i någon avgörande mening. De otill-

⁸⁸ Detsamma gäller implantatbehandling i de fall då patienten har en helprotes som fungerar väl.

⁸⁹ Rapport 2004-05-03, dnr 76/2004 utgiftsområde 9, 13:1 Tandvårdsförmåner m.m., anslagspost 2, tandvårdsersättning.

⁹⁰ Svar på regeringsuppdrag, Försäkringskassan 2005-04-20, dnr 72198/2005.

räckliga incitamenten att begränsa kostnaderna finns kvar. En övergång till att sätta priset i respektive landsting som norm i stället för medelpriset ändrar inte detta. Därutöver fungerar inte patientskyddet med 100 procents ersättning efter utnyttjande av karensbeloppet. Regeringen kan endast reglera ersättningen i tandvårdstaxan, inte vårdgivarens pris.

4.4 Regler och praxis för bedömning

Det finns inga tydliga regler eller praxis om vad som är *nödvändig tandvård* och *skäligt pris* från tidigare förhandsprövningar av protetik. De förtydliganden som gjorts för användningen av implantatstödd protetik från den 1 januari 2004 har varit välmotiverade men haft begränsad inverkan på kostnadsutvecklingen.

Försäkringskassan i Skåne fick det direkta ansvaret för att handlägga ärendena men har haft små möjligheter att påverka utformningen av stödet. Kassan försöker följa de riktlinjer som bestäms i förordning och föreskrifter. Men kassan tvingas också att göra en egen tolkning av vad som ska räknas som skäligt pris som underlag för interna riktlinjer för prisbedömningarna.

Så länge det råder fri prissättning på tandvårdsmarknaden går det inte att bestämma patientens pris i en förordning.

Enligt Riksrevisionens bedömning har förordningen inte kunnat styra kostnaderna för tandvård ersättningen i ett läge då fria priser gäller inom tandvården. Bedömningen av vad som är *nödvändig tandvård* och *skäligt pris* för behandling har inte varit entydig utan bygger på rimlighetsbedömning med landstingens prissättning som vägledning.

Försäkringskassan i Skåne gjorde bedömningar efter interna riktlinjer som sedan offentliggjordes. Priserna från vårdgivarna anpassades till riktlinjerna, och många som tidigare begärt ett lägre pris justerade upp priserna. Särskilt tydligt var detta då det gäller privattandläkarna. Detta stöds av den analys RFV gjorde av utvecklingen för begärda priser hos privata tandläkare och folktandvården det första året.⁹¹

När genomsnittskostnaderna för behandlingar visade sig fortsatt höga under 2003 och RFV:s analys visade att kostnadsutvecklingen översteg prognoserna ändrades förordningen. Den nya normen, att priset inte fick överstiga priset i det landsting där vården genomfördes, uppfattades av privattandläkarna som en ny prisreglering.

Från november 2005, drygt tre år efter reformen, har Regeringsrättens tolkning av rättsläget klargjort att den fria prissättningen inte kan regleras av tandvårdstaxan utan endast begränsas av tandvårdslagens lydelse om att

⁹¹ Högkostnadsskyddet inom tandvården. RFV analyserar 2003:18.

ersättningen ska vara skälig. För högkostnadsskyddets del innebär det ingen förändring av ersättningen. Däremot befinner sig patienten i ett informationsunderläge då det gäller att avgöra om priset för behandlingen är skäligt och riskerar därmed att få högre kostnader.

4.5 Förhandsprövningen

Syftet med den obligatoriska förhandsprövningen är att behandlingsbehovet ska avgöra ersättningens storlek. Kontrollen har också till syfte att hålla tillbaka kostnaderna för behandlingar, eftersom patient och vårdgivare inte har incitament att hålla tillbaka kostnaderna när karensbeloppet utnyttjats.

I praktiken har förhandsprövningen aldrig haft någon annan funktion än att sortera bort det som faller utanför förordningens ersättningsberättigade tandvård.⁹² Om det funnits ett behandlingsbehov har det i allmänhet godkänts av Försäkringskassan i Skåne. Enligt försäkringstamläkarna själva är det många gånger svårt att avgöra om förslaget till behandling är ett "överutnyttjande" av tandvård. Merparten av förslagen godkänns. För 2003 uppskattade RFV avslagsfrekvensen till 3–4 procent.⁹³

De rutiner som gällt för handläggningen har inte heller kunnat garantera att det pris som tandläkaren debiterar patienten motsvarar ersättningen i tandvårdstaxan. Normalt får inte kassan reda på patientpriset utan endast den del som gäller försäkringen. Det finns alltså ingen systematisk information om patientpriset utan endast uppgift från enstaka tillsynsaktiviteter. Den undersökning om fel och fusk i försäkringen som Försäkringskassan genomförde 2004 visade att många tandläkare tog ut sitt eget pris.⁹⁴

Regeringsrättens tolkning av rättsläget har klargjort att det dessutom inte funnits förutsättningar att bestämma priset mot patient genom förhandsprövningen. Högkostnadsskyddets utformning har aldrig gett möjlighet att reglera priset mot patient när tandvårdssystemet har fri prissättning. Efter Regeringsrättens dom är det definitivt klargjort att tandvårdsersättningen inte är det samma som patientpriset.

Enligt Riksrevisionens bedömning har förhandsprövningen inte inneburit att kostnadsutvecklingen avstannat eller vänt. Den genomsnittliga ersättningen från försäkringen har varit fortsatt hög och har ökat från cirka 33 000 kronor 2002 till 40 000 kronor under 2005 (exklusive karensbeloppet 7 700 kronor och materialkostnader som patienten betalar).⁹⁵

⁹² Förordning (1998:1337) om tandvårdstaxa, 6 §, ersättningsberättigad tandvård.

⁹³ RFV regeringsuppdrag 2003, dnr 60/702002.

⁹⁴ RFV, rapport 2004-12-06, om fusk inom tandvårdsförsäkringen, enheten för vårdersättning.

⁹⁵ RFV rapport 2004-05-03, 13:1 Tandvårdsförmåner m.m. dnr 76/2004. Under årets tre första månader har den genomsnittliga ersättningen varit något högre än de i budgetunderlaget beräknade 32 749 kronorna, men ersättningen bedöms minska under året. (s.8).

4.6 Försäkringskassans administration

Syftet med att koncentrera handläggningen till en enda kassa, Försäkringskassan i Skåne, var att skapa förutsättningar för en likformig och effektiv handläggning.

Skånekassans ärendestatistik har underskattat ärendemängden, och en mer omfattande ärendehantering har medfört längre handläggningstider än beräknat. Ärendestatistiken har byggt på fel förutsättningar och påverkat RFV:s underlag för budgetprognoser. Vid längre handläggningstider förskjuts utbetalningarna framåt i tiden, och det har gjort det svårt att avgöra när utgifterna belastar statsbudgeten.

Även handläggningen av tandvårdsräkningar har blivit mer omfattande genom att vårdgivarna i cirka 10 procent av fallen ger en annan behandling än den beslutade och att de i 45 procent av ärendena med förhandsprövad vård begär annan ersättning än de beslutade.⁹⁶

En stor del av RFV:s och därefter myndigheten Försäkringskassans uppföljning och tillsyn har varit inriktad på genomströmningstider och prognoser för utbetalningar som belastar statsbudgeten. RFV har i sin analys hösten 2003 konstaterat att högkostnadsskyddet befunnits administrativt krävande.⁹⁷ Enligt analysen avsåg RFV att utreda möjligheterna att förenkla och effektivisera handläggningen, men några åtgärder har inte genomförts. När Försäkringskassan bildades 2005 slogs RFV och de allmänna försäkringskassorna samman till en myndighet. Den nya myndigheten har i praktiken frångått den koncentrerade handläggningen genom att fördela ärenden från Försäkringskassan i Skåne på ytterligare två länskassor.⁹⁸ Om den nya organisatoriska lösningen ska ersätta den tidigare är ännu inte beslutat.

Regeringen har i regleringsbrev ställt omfattande krav på återrapportering från RFV/Försäkringskassan. Rapporterna till regeringen visar att kassan hela tiden arbetat med problem som gäller odontologisk bedömning, kriterierna för tandvårdstaxan, hur ärenden sköts förvaltningsmässigt, statistik, omprövningar och överklaganden i samband med att förordningen ändrades den 1 januari 2004.⁹⁹ Rapporteringen tyder på att regeringen haft goda kunskaper om problemen.

När Försäkringskassan bedömer handläggningstiderna för 2005 konstaterar huvudkontoret att de ökat igen och ligger på en oacceptabelt hög nivå. Försäkringskassan har därefter beslutat om att 10 000 ärenden från

⁹⁶ Försäkringskassan i Skåne, årsredovisning 2004.

⁹⁷ Högkostnadsskyddet inom tandvården. Första året. RFV analyserar 2003:18.

⁹⁸ Försäkringskassan består sedan 1 januari 2005 av huvudkontor och länskassor som sorterar under huvudkontorets produktionsdivision.

⁹⁹ Delrapport om uppföljning av högkostnadsskyddet, RFV 2004-10-29, dnr 2751/2004.

Rapport om uppföljning av högkostnadsskyddet, FK 2005-04-20, dnr 72198/2005.

Slutrapport om uppföljning av högkostnadsskyddet, FK 2005-05-24, dnr 2751/2004.

Försäkringskassan i Skåne ska fördelas på Stockholmskassan och kassan i Västra Götaland.¹⁰⁰

Riksrevisionens bedömning är följande. Ett av de viktigaste motiven för att koncentrera förhandsprövningarna till Försäkringskassan i Skåne var att systemet skulle tillämpas effektivt och ha en hög grad av förutsägbarhet genom enhetlig tillämpning. Målet att handlägga förhandsprövningar inom 90 dagar har aldrig uppnåtts, och Försäkringskassan har tidvis även haft svårt att uppfylla kravet på utbetalning inom 30 dagar enligt gällande föreskrift. Det finns risk att tillämpningen inte uppnått den enhetlighet som eftersträvades.

4.7 Regeringens förordning

Riksdagen har genom sitt beslut gjort det möjligt för regeringen att genom ändringar i förordningen om tandvårdstaxa genomföra en obligatorisk förhandsprövning av vårdgivarens ersättningsanspråk. Genom en ändring i lagen om allmän försäkring kunde ärenden vid de allmänna försäkringskassorna på uppdrag av regeringen eller den myndighet regeringen bestämt förläggas till en försäkringskassa.¹⁰¹

När riksdagen har beslutat om den övergripande inriktningen av reformen, utan att ta ställning till enskildheter i innehållet, har riksdagen ingen anledning att ompröva beslutet.

Riksrevisionens bedömning är att riksdagen inte fått tillräcklig information för att kunna avgöra hur mycket reformen kommer att kosta. Det är endast regeringen som haft möjlighet att bedöma vilka kostnadskonsekvenser reformen skulle få.

¹⁰⁰ Försäkringskassans årsredovisning 2005.

¹⁰¹ 4 § tandvårdslagen (1985:125) och 2 kap. 10 § lagen (1962:381) om allmän försäkring.

5 Slutsatser och rekommendationer

Huvudfrågan för granskningen är: *Har regeringen och ansvariga myndigheter vidtagit tillräckliga åtgärder för att kontrollera kostnaderna?*

5.1 Kostnadsutvecklingen

Kostnaderna för tandvårdsstödet till de äldre har blivit mycket högre än vad regeringen beräknat och gett en omfattande administration som inte kunnat hindra kostnadsutvecklingen.

Utvidgningen av den ursprungliga åldersgruppen 75 år och äldre till att omfatta gruppen 65 år och äldre utan närmare konsekvensanalys har medfört ökad efterfrågan och påverkat behandlingarnas inriktning. Cirka 60 procent av behandlingarna inom högkostnadsskyddet avser gruppen 65–74 år.

Den obligatoriska förhandsprövningen har medverkat till att cirka 4 procent av behandlingsförslagen ej genomförts. Förhandsprövningarna har inte kunnat påverka behandlingens inriktning eller bestämma patientens pris för behandlingen.

Försäkringskassan har inte kunna uppnå sina interna mål för genomströmningstider som är 90 dagar. Handläggningstiderna för förprövningsärenden varierar från 78 till 215 dagar under 2004. Motsvarande uppgifter för år 2005 är 100 respektive 196 dagar.

Långa behandlingstider och lång handläggning har tillsammans med brister i ärendestatistiken medverkat till att utgifterna i viss mening är ostyrbara.

5.1.1 Kontrollen av kostnaderna

Högkostnadsskyddets konstruktion har inte gett patient och vårdgivare någon spärr mot dyra behandlingar när karensbeloppet 7 700 kronor förbrukats.

Försäkringskassan har inte haft tillräckligt stöd i förordning och tidigare praxis för att på något avgörande sätt kunna bedöma vad som är skäligt pris och nödvändig tandvård.

5.1.2 Åtgärder för att begränsa kostnadsutvecklingen

RFV har i allmänna råd förtydligat villkoren för implantatbehandlingar som berättigar till ersättning. Samtidigt har bedömningen av priset ändrats från en egen bedömning med folktandvårdens priser som vägledning till ett högstapris som inte får överskridas. Detta pris har formulerats som att ersättning ges till det landstingspris som gäller där vården bedrivs.

Regeringen har ändrat i förordningen om tandvårdstaxa enligt ändringarna i RFV:s allmänna råd, men inte följt upp kostnadskonsekvenserna av den utökade förmånsgruppen 65–74 år.

Försäkringskassan har inte följt upp hur de varierande landstingspriserna påverkat försäkringskostnaderna och vilka konsekvenser det har haft för kostnadsutvecklingen. Försäkringskassans statistik är otillräcklig på denna punkt, vilket gör det svårt att utvärdera systemet med att använda landstingspriserna som tak för tandvårdsersättningen.

5.2 Bristfälligt beslutsunderlag

Utformningen av högkostnadsskyddet regleras i en förordning som regeringen utfärdat. Det innebär att regeringen är ensam ansvarig för konstruktionen. Reformen föregicks av schablonberäkningar som underskattade reformens genomslagskraft. Dessutom gjordes ingen ordentlig konsekvensanalys med anledning av att målgruppen äldre utvidgades till att omfatta så många fler.

Det fanns ett stort glapp mellan de tillsatta resurserna och ambitionen att utforma ett högkostnadsskydd för gruppen 65 år och äldre. Den beräknade kostnaden för högkostnadsskyddet var 110 miljoner kronor för andra halvåret 2002 och 280 miljoner kronor för 2003 med villkoret att patientens kostnads- tak är 7 700 kronor. Beräkningarna byggde på att det fanns ett utrymme på 220 miljoner kronor som skulle utnyttjas för att finansiera högkostnadsskyddet.

Prognosen för merkostnaden för tandvårdsförsäkringen var 600 miljoner kronor årligen. Den statliga tandvårdsersättningen för 2005 uppgår till drygt 2 400 miljoner kronor. Av dessa kostnader avser drygt 1 400 miljoner kronor tandvårdsstödet för äldre. Nu gällande prognos för uttaget i tandvårdsförsäkringen för åldersgruppen 65 år och däröver är cirka 1 500 miljoner kronor per år.

5.3 Bristande förutsättningar för kostnadskontroll

Högkostnadsskyddet ger alltjämt ett skydd mot höga behandlingskostnader, men det finns indikationer på att ersättningen drivit upp kostnaderna för tandvården. Hela subventionen har inte kommit patienterna till del utan en del av ersättningen har hamnat hos vårdgivare och underleverantörer. Förutsättningarna för att kontrollera kostnaderna har varit bristfälliga och farhågorna om att högkostnadsskyddets utformning varit kostnadsdrivande har bekräftats.

- a) Bristen på incitament för *patient, vårdgivare och landsting* att hålla behandlingskostnaderna nere.

De åtgärder som regeringen och Försäkringskassan vidtagit för att tydliggöra vilka implantatåtgärder som är ersättningsberättigade och restriktionen för implantat bakom kindtänderna begränsade kostnaderna till viss del. Valet av landstingspris i det län där vården genomförs i stället för medelpriser är svårare att förstå. Andra alternativ som innehåller incitament för att hålla kostnaderna nere hade varit möjliga: ersättning utifrån prisnivån i det landsting som hade lägst behandlingspris för tillfället, ett fast pris eller höjt karensbelopp.

- b) *Ofullständig konkurrens* mellan vårdgivare och mellan leverantörer av implantatkomponenter och mellan tandlaboratorier.

Regeringen har gett RFV/Försäkringskassan i uppdrag att informera både äldre och andra patienter om priser inom tandvården. Försäkringskassan uppmanar patienter att jämföra priser i syfte att skapa konkurrens. Både Konkurrensverket och Konsumentverket har talat om bristande konkurrens på tandvårdsmarknaden. RFV har i sin analys av marknaden för implantat-system konstaterat att priserna ligger högre beroende på ofullständig konkurrens.

- c) Vid *fri prissättning* fungerar inte prisreglering av behandlingen så att tandvård ersättningen också motsvarar det pris patienten betalar.

Det finns en inneboende konflikt i att försöka reglera priset för tandvård mot patienten vid fri prissättning. Regeringen kan endast reglera ersättningen från tandvårdstaxan, inte priset mot patient vid fri prissättning. Det finns patienter som betalat mer för behandlingar och material än vad försäkringen ersätter. Det har inte funnits någon systematisk uppföljning av hur mycket patienten betalar. Efterkontrollen har endast avsett om ersättningen från försäkringen motsvarar vad som beslutats i förhandsprövningen.

- d) Förhandsprövningen har begränsad betydelse som kontroll av *nödvändig behandling*.

Förhandsprövningen tar ställning till om behandlingsförslaget är ersättningsberättigat, inte till mer eller mindre kostsam tandvård. Det är enligt försäkringstandläkarna själva många gånger svårt att avgöra var gränserna ska dras mot vad som ska anses nödvändigt. Behandlingen får vara dyr om den anses nödvändig.

- e) Förhandsprövningen avgör inte *skäligt pris* utan priset bestäms av landstingsfullmäktige i respektive landsting.

Det är stora prisskillnader generellt mellan landstingen, och priserna kan variera än mer för olika behandlingar, enligt Försäkringskassans prisundersökningar. Variationerna i landstingspriserna förklaras med olika prispolicies.

Nära fyra år efter införandet finns anledning att konstatera att skyddet har försämrats för patienten eftersom kostnader kan skjutas över på patienten när ersättningen från taxan inte täcker vårdgivarens behandlingarkostnader.

5.4 Rekommendationer till regeringen

Systemet för tandvårdsförsäkring för äldre innehåller sådana svagheter ur kontrollsynpunkt att risken är betydande för en fortsatt kostnadsökning.

Regeringen har tillsatt en utredning som ska ge förslag till ett nytt tandvårdssystem för vuxna. Tandvårdsutredningens arbete omfattar även dem som är 65 år och äldre. Utredningen ska även beakta att patienten ska betala en viss andel själv för tandvårdskostnader över karensbeloppet.

Riksrevisionen anser att utredningen bör överväga en förutsättningslös omprövning av stödet mot bakgrund av att högkostnadsskyddets konstruktion har lett till kostnadsökningar och omprioriteringar som inte kunnat kontrolleras av staten.

Förhandsprövningarna har inte på något avgörande sätt kunnat påverka behandlingens inriktning eller bestämma patientens pris för behandlingen. Staten har svaga styrinstrument då priser och taxor ligger utanför statens kontroll med risk för att stödet blir kostnadsdrivande.

5.5 Rekommendationer till Försäkringskassan

Försäkringskassan bör överväga åtgärder för att framöver kunna förse regeringen med bättre underlag för vilka inom åldersgruppen 65+ som utnyttjat tandvårdsförmånen och vilka som fortsättningsvis kan antas behöva omfattande protetikbehandling.

Försäkringskassans ärendehanteringssystem för tandvården bör ses över eftersom bristerna gjort det svårt att få fram tillförlitlig statistik för Försäkringskassans uppföljning och som underlag för regeringens utgiftsprognoser.

Käll- och litteraturförteckning

- SOU 2001:36, *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre*, delbetänkande av utredningen Tandvårdsöversyn 2000.
- SOU 2002:53, *Tandvården till 2010*.
- Prop. 2001/02:51 *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.*
- Prop. 2001/02:1 utgiftsområde 9, anslaget 13:1 *sjukvårdsförmåner m.m.*
- Prop. 2001/02:51, bet. 2001/02:SoU14.
- Prop. 2004/05:1 Utgiftsområde 9
- Bet. 2001/02: SoU14.
- Kammarens protokoll nr 2001/02:97. Rskr 2001/02:206.
- Regeringsrättens dom, mål nr 781-04, Stockholm den 16 november 2005.
- SFS, grundföfattning 1985:125, ändringsförf. 2002:219.
- SFS, grundföfattning 1962:381, ändringsförf. 2002:220.
- Förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa.
- RFV:s allmänna råd från 1 juli 2003 (RAR 2003:8).
- Försäkringskassan i Skånes årsredovisning 2004
- Försäkringskassans årsredovisning 2005
- RFV, budgetunderlag 2004-02-18, dnr 821/2004.
- Försäkringskassan, budgetunderlag 2005, dnr 70813-2205.
- Riksförsäkringsverkets regleringsbrev för budgetåret 2003.
- Riksförsäkringsverkets regleringsbrev för budgetåret 2004.
- Försäkringskassans regleringsbrev för budgetåret 2005.
- Högekostnadsskyddet inom tandvården, första året*. RFV analyserar, 2003:18.
- Rapport, *RFV anser*, 2000:3.
- RFV, delrapport 2003-06-03, dnr 60/702002.
- RFV, rapport 2204-05-03, dnr 76/ 2004.
- RFV, delrapport 2004-10-29, dnr 2751/2004. *Delrapport om uppföljning av försäkringskassans handläggning av ärenden om högekostnadsskydd*.
- RFV, svar på regeringsuppdrag, dnr 2751/2004, (beslutsdatum 2004-10-29).
- Försäkringskassan, svar på regeringsuppdrag, dnr 72198/2005, 2005-04-20.
- Försäkringskassan, svar på regeringsuppdrag, slutrapport 2005-05-24, dnr 2751/2004.

Försäkringskassan, svar på regeringsuppdrag 2005-10-31,
dnr 082233-2005, *Prisutvecklingen inom tandvården april 2004
till och med maj 2005*.

Rapport om fusk inom tandvårdsförsäkringen, 2004-12-06,
dok.id. 9951/04RFV.

*Granskning av vårdgivares behandlingsförslag enligt 17 § tredje stycket
förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa*. Socialstyrelsen oktober 2004.

Kunskapsöversikt: Indikationer för dentala implantat, Socialstyrelsen
september 2003.

Slutrapport om Socialstyrelsens uppdrag att granska vårdgivares
behandlingsförslag enligt förordningen om tandvårdstaxa, dnr
44-2294/04.

Sveriges Privattandläkare, *Information om tandvård*, november 2005.

Konsumenten på tandvårdsmarknaden, Konsumentverket 2003:23.

Tandvård och konkurrens, Konkurrentverket rapportserie 2004:1.

Utfallsstatistik från Försäkringskassans redovisningssystem Agresso.

Bilaga 1. Regeringens beräkningar

De beräkningar som Riksrevisionen tagit del av är de som utgjort regeringens underlag för beredningen av tandvårdspropositionen.¹⁰² Beräkningarna visar följande:

Beslutsunderlaget utgick från tidigare protetikkostnader i tandvårdsförsäkringen som räknades upp med ett antagande om ökad efterfrågan. Prognosen för ökad efterfrågan byggde på erfarenheterna från protetik-kostnadernas förändring mellan åren 1998 och 1999 då efterfrågan minskade med 10 procent på grund av sämre ersättning från försäkringen. Efterfrågan på bastandvård hölls oförändrad i kalkylerna. Antagandena om prishöjningar byggde på att ersätta åtgärder inom protetik var 340 miljoner kronor år 2000. Effekten av prishöjningar uppskattades till 15 procent av protetikkostnaderna för tiden fram till dess reformen trädde i kraft, dvs. ungefär 7 procent per år.

Finansdepartementets restriktion var att förslaget för 2002 ej fick överstiga 300 miljoner kronor.

Bedömningen av kostnaderna bygger på ett beräkningsunderlag från RFV och uppgifter från hushållens inkomstundersökning. Om patientens kostnadstak (karensbeloppet) sattes till 7 700 kronor beräknades kostnaden bli 220 miljoner kronor på årsbasis. Det innebär att andra halvåret 2002 krävde att 110 miljoner kronor avsattes till högkostnadsskyddet. Regeringen räknar med en prishöjning på 15 procent fram till högkostnadsskyddets ikraftträdande och en kostnadseffekt av ökad efterfrågan på 10 procent. Antagandet om 15 procents prishöjning bygger på RFV:s databas över ersatta protetikåtgärder som var 340 miljoner kronor år 2000 enligt verksamhetsstatistik från Försäkringskassan (se bilaga 2). Siffran för ökad efterfrågan bygger på en jämförelse mellan åren 1998 och 1999, före och efter prisregleringens avskaffande. Efterfrågan på protetikåtgärder minskade då med 10 procent beroende på sämre ersättning.

Prishöjningarna inom folktandvården hade varit 5,8 procent under år 2000 enligt Landstingsförbundet. För 2001 uppskattade Landstingsförbundet den generella prishöjningen till 6,1 procent. Förutom prisökningen kan andelen patienter med kostnader över 7 700 kronor öka, men regeringen ansåg att demografiska faktorer skulle påverka kostnaderna marginellt.

Efterfrågan på bastandvård hålls oförändrad i kalkylerna därför att ersättningsnivåerna inte får samma effekt på förskjutning av tandvård som högkostnadsskyddet. Motivet för satsningen på bastandvård är att även dessa kostnader upplevts som höga. Med ett förbättrat stöd skulle risken för att många äldre försummar bastandvård minska. En försummad bastandvård

¹⁰² Prop. 2001/02:51 Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.

kan leda till att tandstatusen försämras och det framtida behovet av tandvård ökar. Stödet till basstandvård ökades från ett enkeltgrundbelopp till 1,5 grundbelopp.

Den beräknade kostnaden för högkostnadsskyddet var 110 miljoner kronor för andra halvåret 2002 och 280 miljoner kronor för helåret 2003.

Förslaget till bättre tandvårdsstöd för äldre innebär att sammanlagt 300 miljoner kronor för 2002 och 600 miljoner kronor för 2003 avsattes till förbättringar av tandvårdsstödet. Den beräknade kostnaden för hela reformen var 290 miljoner kronor för andra halvåret 2002 och 596 miljoner kronor för helåret 2003.

Bilaga 2. Försäkringskostnader före och efter reformen

Kapitel 2.4

Försäkringskostnader **innan** reformens ikraftträdande (miljoner kronor)

År	Bastandvård	Protetik	Förhöjd ersättning	Ers. tom 981231	Totalt
1999	859	205	10	348	1 422
2000	1 067	340	19	34	1 461
2001	1 071	443	23	-22	1 515
2002 (t.o.m. 2002-06-30)	602	241	11	-7	848

Källa: Verksamhetsstatistik från Försäkringskassan, Agresso 99.

Försäkringskostnader **efter** reformens ikraftträdande (miljoner kronor)

År	Bastandvård 65+	Protetik 65+	Förhöjd ersättning 65 +	Övrig tandvård ¹⁰³	Totalt
2002 (fr.o.m. 2002-07-01)	145	673	< 1	528	1 346
2003	469	1 035	10	1 091	2 606
2004	471	1 571	7	1 079	3 129
2005	422	1 017	1	985	2 425
<i>Prognoser</i>					
2006	451	1 491	6	1 048	2 996
2007	455	1 601	6	1 059	3 121
2008	460	1 578	6	1 069	3 113
2009	464	1 547	6	1 079	3 096

Källa: Verksamhetsstatistik från Försäkringskassan, Agresso 99.

¹⁰³ Bastandvård, protetik och förhöjd ersättning för personer under 65 år.

Bilaga 3. Andel av befolkningen som utnyttjat tandvårdsförmånen

Andel av befolkningen som har tagit del av tandvårdsstödet för äldre år 2005.

Ålder	Antal som tagit del av förmånen	Befolkningen, totalt	Andel av befolkningen som tagit del av förmånen
65–69	14 893	420 261	4
70–74	10 477	346 015	3
75–79	8 538	311 938	3
80–84	5 251	259 221	2
85–89	2 253	153 876	1
90–94	500	59 512	<1
95–	53	14 554	<1
Totalt	41 965	1 565 377	3

Källa: Verksamhetsstatistik från Försäkringskassan, samt befolkningsstatistik från SCB (Sveriges befolkning efter kön och ålder 31/12 2005).

Tabellen visar att drygt 25 000 personer i åldersgrupperna 65–74 år tog del av förmånen under år 2005.

Befolkningsstatistiken visar att en utvidgning av förmånsgruppen till att också omfatta åldersgruppen 65–74 år innebar att förmånsgruppen fördubblades.

Bilaga 4. Fördelning av tandvårdsersättning på privat tandvård och folktandvård

Kapitel 3.1

Försäkringskostnader för 65+, miljoner kronor

	Privattandvård 65+	Folktandvård 65+	Övrig tandvård, 65+	Totalt
2002	184	28	< 1	213
2003	1 220	289	5	1 514
2004	1 642	389	18	2 049
2005	1 120	307	13	1 440
Totalt	4 166	1 013	37	5 217

Källa: Verksamhetsstatistik från Försäkringskassan, Agresso 99

Bilaga 5. Beslutade förhandsprövningar 2002–2005

Kapitel 3.3

Förhandsprövningar från och med 1 juli 2002 och 2003

	Antal beslut	Antal avslag	Antal beviljade förhandsprövningar	%
2002 (fr.o.m. 1 juli 2002)	5 269	580	4689	89
2003	68 517	2 367	66 150	97

Källa: Verksamhetsstatistik från Försäkringskassan

Förhandsprövningar 2004 och 2005

	Antal beslut	Antal avslag	Helt beviljade	Delvis beviljade, antal	Beviljade helt/delvis %
2004	41 095	3 114	36 034	1 947	92
2005	44 724	2 298	40 510	1 916	95

Källa: Verksamhetsstatistik från Försäkringskassan

Bilaga 6. Genomströmningstider förhandsprövning 2004 och 2005

Kapitel 3.8

Genomströmningstid från inkommet ärende till beslut (antal dagar).

	Median	Medel
2004 kv 1	106	128
2004 kv 2	99	119
2004 kv 3	110	118
2004 kv 4	96	110
2005 kv 1	118	120
2005 kv 2	149	141
2005 kv 3	168	154
2005 kv 4	163	153

Källa: Kvartalsstatistik från Försäkringskassans verksamhetsstatistik.

Bilaga 7. Administrationskostnader för 65+

Försäkringskassan i Skåne

Kapitel 3.2

Administrationskostnader 2002–2005 (miljoner kronor)

År	Administrationskostnad
2002 (halvår)	17
2003	48
2004	51
2005	47

Tidigare utgivna rapporter från Riksrevisionen

2003	2003:1	Hur effektiv är djurskyddstillsynen?
2004	2004:1	Länsplanerna för regional infrastruktur – vad har styrat prioriteringarna?
	2004:2	Förändringar inom kommittéväsendet
	2004:3	Arbetslöshetsförsäkringens hantering på arbetsförmedlingen
	2004:4	Den statliga garantimodellen
	2004:5	Återfall i brott eller anpassning i samhället – uppföljning av kriminalvårdens klienter
	2004:6	Materiel för miljarder – en granskning av försvarets materielförsörjning
	2004:7	Personlig assistans till funktionshindrade
	2004:8	Uppdrag statistik <i>Insyn i SCB:s avgiftsbelagda verksamhet</i>
	2004:9	Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård
	2004:10	Bistånd via ambassader – en granskning av UD och Sida i utvecklingssamarbetet
	2004:11	Betyg med lika värde? – en granskning av statens insatser
	2004:12	Höga tjänstemäns representation och förmåner
	2004:13	Riksrevisionens årliga rapport 2004
	2004:14	Arbetsmiljöverkets tillsyn
	2004:15	Offentlig förvaltning i privat regi – statsbidrag till idrottsrörelsen och folkbildningen
	2004:16	Premiepensionens första år
	2004:17	Rätt avgifter? – statens uttag av tvingande avgifter
	2004:18	Vattenfall AB – Uppdrag och statens styrning
	2004:19	Vem styr den elektroniska förvaltningen?
	2004:20	The Swedish National Audit Office Report 2004
	2004:21	Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering
	2004:22	Arlandabanan <i>Insyn i ett samfinansierat järnvägsprojekt</i>
	2004:23	Regelförenklingar för företag
	2004:24	Snabbare asylprövning
	2004:25	Sjukpenninganslaget – utgiftsutveckling under kontroll?
	2004:26	Utgift eller inkomstavdrag? – Regeringens hantering av det tillfälliga sysselsättningsstödet
	2004:27	Stödet till polisens brottsutredningar
	2004:28	Regeringens förvaltning och styrning av sex statliga bolag
	2004:29	Kontrollen av strukturfonderna
	2004:30	Barnkonventionen i praktiken

- 2005 2005:1 Miljömålsrapporteringen – *för mycket och för lite*
- 2005:2 Tillväxt genom samverkan?
- 2005:3 Arbetslöshetsförsäkringen – *kontroll och effektivitet*
- 2005:4 Miljögifter från avfallsförbränningen – *hur fungerar tillsynen*
- 2005:5 Från invandrapolitik till invandrapolitik
- 2005:6 Regionala stöd – *stys de mot ökad tillväxt?*
- 2005:7 Ökad tillgänglighet i sjukvården? – *regeringens styrning och uppföljning*
- 2005:8 Representation och förmåner i statliga bolag och stiftelser
- 2005:9 Statens bidrag för att anställa mer personal i skolor och fritidshem
- 2005:10 Samordnade inköp
- 2005:11 Bolagiseringen av Statens järnvägar
- 2005:12 Uppsikt och tillsyn i samhällsplaneringen – *intention och praktik*
- 2005:13 Riksrevisionens årliga rapport 2005
- 2005:14 Förtidspension utan återvändo
- 2005:15 Marklösen *Finns förutsättningar för rätt ersättning?*
- 2005:16 Statsbidrag till ungdomsorganisationer – *hur kontrolleras de?*
- 2005:17 Aktivitetsgarantin – *Regeringen och AMS uppföljning och utvärdering*
- 2005:18 Rikspolisstyrelsens styrning av polismyndigheterna
- 2005:19 Rätt utbildning för undervisningen *Statens insatser för lärarkompetens*
- 2005:20 Statliga myndigheters bemyndiganderedovisning
- 2005:21 Lärares arbetstider vid universitet och högskolor – *planering och uppföljning*
- 2005:22 Kontrollfunktioner – *två fallstudier*
- 2005:23 Skydd mot mutor *Läkemedelsförmånsnämnden*
- 2005:24 Skydd mot mutor *Apoteket AB*
- 2005: 25 Rekryteringsbidrag till vuxenstuderande –*uppföljning och utbetalningskontroll*
- 2005:26 Granskning av Statens pensionsverks interna styrning och kontroll av informationssäkerheten
- 2005:27 Granskning av Sjöfartsverkets interna styrning och kontroll av informationssäkerheten
- 2005:28 Fokus på hållbar tillväxt? *Statens stöd till regional projektverksamhet*
- 2005:29 Statliga bolags årsredovisning
- 2005:30 Skydd mot mutor *Banverket*
- 2005:31 När oljan når land – *har staten säkerställt en god kommunal beredskap för oljekatastrofer?*

- 2006 2006:1 Arbetsmarknadsverkets insatser för att minska deltidsarbetslösheten
2006:2 Regeringens styrning av Naturvårdsverket
2006:3 Kvalitén i elöverföringen – *finns förutsättningar för en effektiv tillsyn*
2006:4 Mer kemikalier och bristande kontroll – *tillsynen av tillverkare och importörer av kemiska produkter*
2006:5 Länsstyrelsernas tillsyn av överförmyndare
2006:6 Redovisning av myndigheters betalningsflöden
2006:7 Begravningsverksamheten – *förenlig med religionsfrihet och demokratisk styrning?*
2006:8 Skydd mot korruption i statlig verksamhet

Beställning: publikationsservice@riksrevisionen.se