

Bilaga 3- Beräkningsunderlag för patientavgifter för hjälpmedel

Mats Andersson
Analysavdelningen, Ledningsstöd och strategi
Central förvaltning, Region Dalarna

2020-02-11

Beräkningsunderlag för patientavgifter för hjälpmedel

Inledning

Dalarnas Hjälpmedelscenter (DHC) har fått i uppdrag från regionens politiska ledning via Hjälpmedelsnämnden (HN) att utreda ett införande av högkostnadsskydd samt se över avgiftssättningen av hjälpmedel. Utredningen är avgränsad till hjälpmedel som hanteras av DHC. Hjälpmedel som är avgiftsfria, ingår i fritt val eller har en egenavgift utifrån basbelopp exkluderas.

Jämlikhetsaspekten behöver särskilt beaktas i ett framtida förslag. Det finns stor variation idag kring avgifterna och det är ett resultat av successivt införande av olika hjälpmedel över tid.

Socialstyrelsen (2016) gjorde en kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning under 2016. Enligt hälso- och sjukvårdslagen¹ (2017:30), HSL, ansvarar regionen för

1. habilitering och rehabilitering,
2. hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning, och
3. tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade.

Ansvar för punkterna 1 och 2 finns även i vissa situationer hos kommunerna.

Socialstyrelsen konstaterar bl. a att förskrivningen förefaller fungera väl i landet och att tillgången till förskrivningsbara hjälpmedel är god, men att avgifterna varierar betydligt. Att få en överblick över avgifterna inom kommun och region beskrivs som närmast omöjligt.

Arbetsgruppen vid DHC har redovisat en inledande delrapport i form av en översikt av dagens avgifter i Dalarna som även inkluderar referensuppgifter från andra regioner (DHC, 2020a). Arbetet har fortsatt med en delrapport kring erfarenheter från olika aktörer inom hjälpmedelsområdet (DHC, 2020b). Dessa två kunskapsunderlag ska ligga till grund för ett förslag till eventuell förändring av patientavgifterna i länet.

Denna promemoria redogör för ett antal olika avgiftsalternativ och de intäkter som följer av dessa. Vi inleder med ett teoretiskt resonemang om prisets (avgiftens) roll på en marknad utifrån ekonomisk teori om efterfrågan och utbud. Därefter beskrivs ett antal principiella utgångspunkter för hjälpmedelsverksamheten. De olika avgiftsalternativen beskrivs i efterföljande avsnitt dels på en konceptuell nivå, dels i form av konkreta beräkningar. Promemorian avslutas med en kort diskussion kring några huvudsakliga observationer som gjorts i arbetet.

Marknaden för hjälpmedel

Om vi utgår från en normal, konkurrensutsatt marknad med fritt in- och utträde fyller priset på en vara eller tjänst en funktion att förmedla information mellan säljare och köpare. Utifrån den

¹ Socialstyrelsens kartläggning baserades på 1982 års hälso- och sjukvårdslag, men ansvaret har inte förändrats i den nuvarande lagen.

efterfrågan som finns vid en viss prisnivå kommer en given mängd varor och tjänster att produceras och priset fastställs i jämvikt mellan utbud och efterfrågan. Alla som väljer att köpa en vara kommer att värdera varan till minst det fastställda jämviktspriset. Säljarna kan producera varan till det fastställda priset och få full täckning för sina produktionskostnader.

Marknaden för hjälpmedel har inte alls ovanstående karaktär, utan tillträdet till marknaden är reglerat.² Utgångspunkten för hjälpmedelsmarknaden är ett samhällsansvar som innebär att olika funktionsvariationer eller hälsotillstånd ger upphov till hälsoförluster som kan kompenseras för (helt eller delvis) med olika typer av hjälpmedel. Samhället identifierar hälsotillstånd, behov och hjälpmedel som legitimerad personal inom hälso- och sjukvården kan förskriva till medborgarna i syfte att öka livskvaliteten.

Socialstyrelsens kartläggning konstaterade att det råder jämlikhet i förutsättningarna för att få förskrivna hjälpmedel. Således kan själva marknadstillträdet betraktas som väl fungerande, d v s de som har behov av olika hjälpmedel har också tillträde till utbudet av hjälpmedel via förskrivningsprocessen. Däremot är ojämlikheten i avgifterna mer tydlig. Beroende på var i landet individen bor och vilket behov individen har, kan den privatekonomiska belastningen skilja sig åt väsentligt.

Principiella utgångspunkter

Det finns ett delat ansvar för hjälpmedelsverksamheten mellan regionerna och kommunerna i Sverige enligt HSL. Utifrån detta ansvar utformas regelverk på området. En del regelverk gäller bara den ena eller andra huvudmannen, andra träffar båda. Det faktum att det finns ett delat ansvar på länsnivå gör att avgiftsstrukturen inte bara riskerar att skilja sig åt inom ett län, den kommer sannolikt även att göra det mellan olika län. Den genomgång som Socialstyrelsen gjorde 2016 tydliggjorde den skillnaden och bilden bekräftas i Delrapport I av Region Dalarnas översyn av patientavgifter (DHC, 2020a).

Vi ska må ha låga förväntningar när det gäller att skapa ett avgiftssystem för hjälpmedel som är jämlikt i den meningen att alla brukare av hjälpmedel i Sverige har tagits i beaktande. Fokus för översynen måste ligga på att skapa ett mer jämlikt och rättvist avgiftssystem inom Region Dalarna.

Det finns en etisk plattform i form av tre principer som Riksdagen fattade beslut om 1997 för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. *Människovärdesprincipen* omhändertar alla människors lika värde och rättigheter. *Behovs- och solidaritetsprincipen* innebär att resurserna ska fördelas där behoven är som störst, vilket normalt innebär att patienter med lägst livskvalitet prioriteras. *Kostnadseffektivitetsprincipen* ska, efter att de två föregående principerna tillämpats, säkerställa en effektiv användning av hälso- och sjukvårdens knappa resurser.

Hjälpmedelsverksamheten handlar väldigt mycket om att möta principerna om människovärde, samt behov och solidaritet, vilket motiverar en subventionering av kostnaden för hjälpmedel. Regleringen av tillträdet till det offentliga, subventionerade utbudet av hjälpmedel är en viktig del för att säkerställa att rätt individer får rätt hjälp.

Att skapa ett tillträdes- och avgiftssystem som alla upplever som rättvist är knappast möjligt då begreppet *rättvist* inte har en entydig definition. Vissa betraktar ett inkomstprövat system som rättvist, medan andra betraktar ett system med lika avgifter som rättvist.

² Det är i vissa delar möjligt att köpa hjälpmedel som privatperson, men den marknaden är relativt begränsad. Med tanke på att det finns en reglerad del av marknaden med samma utbud, men med subventionerade priser kommer den privata marknaden att ha en konkurrensnackdel.

Vi behöver också ta hänsyn till principen om kostnadseffektivitet. Att designa ett väldigt sofistikerat avgiftssystem som upplevs som mer rättvist än ett annat, kan samtidigt föra med sig stora administrativa kostnader att upprätthålla. Ett enklare system, där vissa upplevda orättvisor kvarstår, kan i slutändan vara ett bättre alternativ när det gäller hushållning med regionens och kommunernas resurser.

Förskrivningsprocessen är inte en del av utredningen, utan det handlar bara om patientavgifterna. Om vi betraktar frågan utifrån individens perspektiv och potentiellt köp/hyra/lån av ett förskrivet hjälpmedel är det de strikt privatekonomiska delarna som avgör hur individen agerar. Det handlar primärt om individens disponibla inkomst, upplevda nytta av hjälpmedlet, nivån på avgiften, hur ofta avgiften tas ut och om det finns en övre gräns för hur mycket som ska betalas under en viss period (högkostnadsskydd). Även hur tillträdet är utformat påverkar, t ex om det är ett ägande eller lån (hyra).

Rättvise- och jämlikhetsaspekterna borde egentligen inte påverka det individuella beslutet, om det inte är så att individen har information om hur avgiftssystemet för alla hjälpmedel ser ut, upplever det som orättvist och att det påverkar nyttovärderingen av det egna hjälpmedelserbjudandet.

Olika avgiftskoncept

Ett antal avgiftskoncept har övervägts under DHC:s utredning, men denna promemoria utgår från arbetsgruppens tre huvudalternativ – abonnemang, gemensam avgift för alla samt högkostnadsskydd. Samtliga ställs i relation till dagens avgiftsstruktur.

Alla dessa alternativ är rimliga att överväga utifrån det uppdrag som är givet. Högkostnadsskydd är dock lite annorlunda jämfört med de två andra alternativen och kan egentligen ses som ett komplement till dessa. Ett högkostnadsskydd kan inte stå på egna ben, utan måste ha en avgiftsstruktur i botten. Både abonnemangslösningen och den gemensamma avgiften kan kompletteras med ett högkostnadsskydd, men de kan också utformas utan ett sådant skydd. Beräkningarna utgår därför från de två huvudalternativen, abonnemang eller gemensam avgift, och studerar därefter hur intäkterna påverkas om dessa kompletteras med ett avgiftstak i form av ett högkostnadsskydd.

Avgifterna bör uppmuntra till en optimal användning av de hjälpmedel som är förskrivna. En förskrivningsprocess som identifierar behov och lösningar, följt av ett avgiftssystem som snedvrider användningen måste undvikas så långt som möjligt. I den optimala användningen ligger att bara hjälpmedel som behövs förskrivs och att dessa också används. Systemet bör uppmuntra till varsam hantering av hjälpmedlen samt återlämning när behovet inte längre finns.

Abonnemangsalternativet innebär att brukare betalar ett fast belopp per månad för att få tillgång till hjälpmedel. Det förekommer som alternativ idag för CPAP (sömnappné och snarkningsapparat) inom regionen och på SÄBO inom kommunerna. Abonnemangslösningen är tänkt att inkludera alla hjälpmedel en brukare har behov av. Om vi antar att en individ har behov av tre hjälpmedel och en annan individ har behov av ett hjälpmedel kommer intäkten förskrivande enhet m a o att vara densamma.

Alternativet innebär en stor förändring för de som har livslånga behov av hjälpmedel jämfört med dagens engångsavgift. Den ackumulerade kostnaden för brukaren kommer sannolikt att bli högre jämfört med idag, då en abonnemangslösning för hjälpmedel innebär ett långsiktigt ekonomiskt åtagande för individen. Det gäller särskilt i fall där individen har behov av enstaka hjälpmedel.

Ett abonnemang skapar incitament att lämna tillbaka hjälpmedel som inte längre behövs, men riskerar också att leda till att hjälpmedel som egentligen behövs returneras av ekonomiska skäl.

Det finns en komplexitet i abonnemangsalternativet som uppstår genom att intäkterna för förskrivande enhet bara påverkas när en brukare påbörjar eller avslutar ett abonnemang.

Om vi antar att det finns 5000 brukare av ett visst hjälpmedel registrerade med abonnemang i början av ett år. Dessa betalar 30 kronor i månaden enligt ovanstående upplägg. Total intäkt är då (5000 brukare * 30 kronor * 12 månader =) 1,8 miljoner kronor för denna grupp under året under förutsättning att alla har ett abonnemang vid årets slut.

Under året görs 500 förskrivningar av samma hjälpmedel. Om alla dessa förskrivningar rör brukare som redan har ett hjälpmedelsabonnemang kommer intäkten för förskrivande enhet att vara 0 kronor. Om det däremot handlar om 500 nya brukare som inte tidigare haft behov av hjälpmedel skulle intäkten uppgå till 180 tkr. För att komplicera situationen ytterligare kan vi anta att 300 brukare träder ur sin abonnemangslösning under året. Om det inträffar, i kombination med att alla förskrivningar är för personer som redan har ett abonnemang, skulle intäkten för förskrivande enhet minska med 108 tkr. I fallet med 500 nya brukare skulle nettoökningen av intäkterna vara 72 tkr.

Det här visar att intäktsberäkningar för en abonnemangslösning ställer högre krav på underliggande data. Det räcker inte att ha tillgång till uppgifter om hur många förskrivningar som görs, utan de måste dessutom kopplas mot individer för att kunna göra en bedömning om hur intäkterna påverkas. En sådan detaljeringsnivå har inte funnits tillgänglig för de beräkningar som gjorts, vilket innebär att vissa antaganden måste göras om brukarkollektivets storlek och utveckling.

En *gemensam avgift* för alla individer och alla hjälpmedel som debiteras per förskrivning liknar den avgiftsmodell som gäller för besök i hälso- och sjukvården i stort. Merparten av de hjälpmedel som finns i regionens och kommunernas utbud faller under denna princip redan idag.

För att kunna intäktsberäkna ett system med en gemensam avgift behövs bara uppgifter om antalet förskrivningar under ett år. Antalet förskrivningar multiplicerat med den gemensamma avgiften ger den årliga intäktens storlek.

Högekostnadsskydd finns inom hälso- och sjukvården på några områden. Det kan handla om patientavgifter, läkemedel och inläggning i slutenvården. I Region Dalarna är kostnadstaket för besök i öppenvården 1 150 kronor inom en tolv månadersperiod. Högekostnadsskyddet för läkemedel innebär att man betalar högst 2 350 kronor under en period på ett år räknat från det första köpet. Det finns även en lagstadgad övre gräns för kostnaden per dygn när man är inlagd i slutenvården på 100 kronor.

Hjälpmiddel är subventionerade, i likhet med övrig hälso- och sjukvård, men det finns inget högekostnadsskydd inom Region Dalarna. Patientavgiften vid ett besök som rör hjälpmedelsbehov ingår i högekostnadsskyddet för patientavgifter, men hjälpmedels- och serviceavgifter ingår inte.

För att ta ställning till om det finns ett behov av ett högekostnadsskydd för hjälpmedelsavgifter inom Region Dalarna behövs information om hur hjälpmedelsbehovet ser ut för olika individer och de totala årliga avgifterna de betalar. Den detaljerade informationen saknas, vilket innebär att effekterna av att införa ett högekostnadsskydd har beräknats utifrån övergripande, genomsnittliga uppgifter om antalet hjälpmedel per individ. Den informationen räcker för att bedöma en genomsnittlig påverkan på intäkterna för en viss avgiftsmodell och en viss nivå på högekostnadsskyddet. Vi kommer därför inte kunna säga något om hur stor andel brukare som når upp till taket vid en viss högekostnadsskyddsnivå.

Oavsett vilket system som väljs tillkommer ett antal frågeställningar, t ex kostnad för service och förbrukningsdetaljer. Den delen kan vara betydande och riskerar att bli hämmande för användningen om tillträdet fungerar väl, hjälpmedelsavgiften är låg, men service och förbrukning är dyrt. Det kan även leda till att hjälpmedlet inte sköts som tänkt och får en förkortad livslängd. Några särskilda överväganden kring denna del är dock inte gjorda i de olika beräkningsalternativen, utan de behöver ske inom arbetsgruppen.

En lockande tanke är att helt eliminera avgiften, men då ska man komma ihåg att all pris- eller avgiftssättning skapar incitament för hur systemet utnyttjas. På samma sätt som en för hög avgift riskerar att leda till en underkonsumtion, riskerar en för låg eller helt borttagen avgift att leda till överkonsumtion. Avsaknaden av pris skickar inga signaler om produktens eller tjänstens egentliga värde, vilket t ex kan påverka handhavandet. I fallet med hjälpmedel är dock konsumtionsförhållandet uppdelat i två steg. Förskrivningen är själva behovsprövningen och ger tillträde till produktutbudet. Som nämnts ovan har då priset inte samma roll som på en öppen marknad, men trots det rekommenderas att avgiften är i linje med andra avgifter inom hälso- och sjukvården ur ett jämlikhets- och resursknapphetsperspektiv. En sådan nivå och utformning bör ha en relativt stor acceptans bland inblandade parter. De diskussioner som utredningen har haft med brukare indikerar också att det finns en acceptans för att ta ut avgifter, men att ökad jämlikhet mellan olika typer av hjälpmedelsbrukare är önskvärt.

Avgiftsalternativ

Utgångspunkten för de olika beräkningarna är data från DHC om hur antalet förskrivningar har sett ut under perioden 2017 – 2019 fördelat på förskrivande enheter. Viss information finns även när det gäller brukarantal och hjälpmedelstyper, men det är på en relativt övergripande nivå. Den indelning som har gjorts för intäktsberäkningarna är

- CPAP
- Hörapparater
- Övriga hörselhjälpmedel
- Synhjälpmedel
- Övriga huvudhjälpmedel

Utgångspunkten är det antal brukare eller förskrivningar som var fallet 2019 och vilken intäkt som genererades samma år enligt tabell 1. CPAP är avgiftsbelagt som ett abonnemang med en månadsavgift på 150 kronor. Uppgiften om antal gäller därför abonnenter (brukare) under 2019. De övriga kategorierna bygger på antalet förskrivningar, oavsett huvudman. Hörapparater kostar 500 kronor styck medan övriga hörselhjälpmedel, synhjälpmedel samt övriga huvudhjälpmedel kostar 150 kronor styck.

Tabell 1: Volym och intäkter för hjälpmedel 2019 respektive 2022 (dagens avgiftssystem)

Artikel	Antal 2019	Intäkt 2019	Antal 2022	Intäkt 2022
CPAP (antal brukare)	5 000	9 000 000	6 500	11 700 000
Hörapparater	5 365	2 682 500	6 035	3 017 500
Övriga hörselhjälpmedel	516	77 400	500	75 000
Synhjälpmedel	800	120 000	800	120 000
Övriga huvudhjälpmedel	26 349	3 952 350	29 638	4 445 700
Summa	38 030	15 832 250	43 473	19 358 200

Den totala intäkten uppskattades under 2019 till cirka 15,8 miljoner kronor och domineras av abonnemangsupplägget för CPAP.

För att kunna jämföra nuläget med alternativa avgiftsupplägg har volymerna och intäkterna från 2019 även prognosticerats för år 2022. Prognoserna bygger på de data som finns för utvecklingen under perioden 2017 – 2019 kompletterat med överväganden om utvecklingen som gjorts av experter vid DHC.

Antalet förskrivningar av CPAP uppgår till ca 1 000 per år. Det finns dock ingen information om dessa är nya brukare eller om det handlar om återbesöksförskrivningar. Vi har antagit att hälften är förskrivningar till nya brukare, vilket ökar brukarkollektivet med 500 personer per år. 2022 har därför antalet ökat till 6 500. Antalet förskrivningar bedöms inte öka över tid, utan ligger kvar på 1 000 stycken per år.

Antalet förskrivna hörapparater har enligt data minskat med tre procent per år under perioden 2017 – 2019, men minskningen beror enligt uppgift på brist på audionomer under den tiden och har sedan dess åtgärdats. Den underliggande efterfrågan har egentligen varit större och vi har därför antagit att behovet av hörselapparater har samma utveckling som Övriga huvudhjälpmedel, en ökning med fyra procent per år.

Övriga hörselhjälpmedel och Synhjälpmedel antas ligga konstant över tid på nivån från 2019 då det i nuläget inte finns data som pekar ut en annan utveckling. De är i sammanhanget relativt små med marginell påverkan på totalintäkterna.

Baserat på dessa volymprognoser och med dagens avgiftsstruktur skulle intäkterna 2022 uppgå till knappt 19,4 miljoner kronor. Intäkterna domineras även framöver av CPAP-abonnemang och står för 60 procent av de beräknade intäkterna år 2022.

I tabell 2 redovisas beräkningar för tre alternativ med en **gemensam avgift** baserat på antalet förskrivningar per år. Observera att basen för beräkning av intäkter från CPAP i detta alternativ behöver justeras till att spegla antalet förskrivningar per år och inte antalet brukare med abonnemang. Som nämnts ovan, visar data från 2017 – 2019 att denna volym uppgår till ca 1 000 stycken.

För övriga artikelområden är volymuppskattningarna lika som i tabell 1.

Konsekvensen av att övergå till en gemensam avgift per förskrivning blir väldigt stor i fallet med CPAP. Där minskar intäkten från 11,7 miljoner kronor till mellan 500 000 kronor i det högsta alternativet (500 kronor) eller 150 000 kronor i det lägsta alternativet (150 kronor). Det är 96 - 99 procent av intäkterna som försvinner för denna hjälpmedelskategori beroende på avgiftsnivån.

Tabell 2: Volym och intäkter för hjälpmedel 2022 (gemensam avgift, olika nivåer)

Artikel	Förskrivningar			
	Antal 2022	150 kr	250 kr	500 kr
CPAP	1 000	150 000	250 000	500 000
Hörapparater	6 035	905 250	1 508 750	3 017 500
Övriga hörselhjälpmedel	500	75 000	125 000	250 000
Synhjälpmedel	800	120 000	200 000	400 000
Övriga huvudhjälpmedel	29 638	4 445 700	7 409 500	14 819 000
Summa	37 473	5 695 950	9 493 250	18 986 500

Även intäkterna för hörapparater faller kraftigt i alternativen 150 respektive 250 kronor. Då nuvarande avgift för en hörapparat är 500 kronor blir minskningen 70 respektive 50 procent. Intäktsminskningen uppgår till drygt 2 miljoner kronor i alternativet 150 kronor.

Eftersom CPAP och hörapparater står för en stor del av intäkterna i dagens system kommer intäktsbortfallet vid en övergång till en gemensam avgift för alla hjälpmedel att bli påtagligt. I det lägsta alternativet minskar intäkterna med nästan 14 miljoner kronor (drygt 70 procent). I det högsta alternativet är minskningen marginell, cirka 400 000 kronor, men det sker via en kraftig omfördelning av intäkterna mellan de olika hjälpmedelsområdena.

Brukare inom kategorin Övriga huvudhjälpmedel, där de riktigt stora volymerna finns, får en avgift som mer än tredubblas. I beräkningen har inte volymerna justerats utifrån en förändrad avgiftsnivå, men vi vet från ekonomisk teori och empiri att efterfrågan normalt minskar när priset höjs. En så pass kraftig höjning som i alternativet med 500 kronor bör få effekt på antalet hjälpmedel som efterfrågas, vilket ytterligare skulle reducera intäkterna jämfört med idag.

Ett system som bygger på **abonnemang** tar en annan utgångspunkt än alternativet med en engångsavgift i samband med en förskrivning. Ett abonnemangssystem bygger intäktsvolymerna kring ett brukarkollektiv som betalar ett återkommande belopp per månad. Vi såg i beräkningarna ovan effekten för CPAP-hjälpmedlet där intäktsvolymerna påverkades kraftigt nedåt av en övergång till en engångsavgift. På samma sätt kommer intäkterna för hjälpmedel som idag debiteras med en engångsavgift på 150 kronor att påverkas av en övergång till en abonnemangslösning, men i omvänd ordning.

Antalet abonnenter för CPAP beräknas öka till 6 500 stycken år 2022 enligt tabell 1. Tillväxten antas vara 500 abonnenter per år.

Antalet brukare inom hörselhjälpmedelsområdet (hörapparater och övriga hörselhjälpmedel) uppskattas till 18 400 år 2019 och ökade med knappt två procent från 2018. Om vi antar att den ökningstakten består fram till 2022 skulle antalet brukare uppgå till 19 500.

Synhjälpmedel finns det ingen exakt uppgift om, men vi antar att det inte sker någon ökning inom området och att varje brukare har två hjälpmedel. Det innebär att volymen år 2022 uppgår till 400 brukare.

Avslutningsvis behöver vi uppskatta hur många brukare som finns inom kategorin Övriga hjälpmedel. Antalet förskrivningar bedöms uppgå till knappt 30 000 år 2022. En kvalificerad gissning är att varje brukare har 2,5 hjälpmedel i genomsnitt i kategorin, vilket bygger på uppgifter från DHC. Det skulle då innebära att det finns 12 000 brukare inom denna kategori.

Summerat över alla kategorier skulle antalet brukare uppgå till 38 400 år 2022 som skulle ingå som bas för en intäktsberäkning av abonnemangsalternativen.

Det finns dock ett potentiellt problem med denna totalsumma och det är att vi sannolikt har brukare som har hjälpmedel inom flera områden, t ex har hörselhjälpmedel och även har hjälpmedel inom kategorin Övrigt. Dessa brukare skulle i så fall dubbelräknas, vilket skulle ge en för stor intäktsvolym eftersom alla enskilda brukare bara ska betala en abonnemangsavgift, oavsett antal och typ av hjälpmedel.

Överlappning kan ske mellan flera kategorier och behöver hanteras på något sätt. Att korrigera totalvolymen för de brukare som finns inom flera områden är genuint svårt då data kommer från olika källor och individmatchning saknas. I slutändan har vi valt att justera ned den totala

intäktsberäkningen med 20 procent för att kompensera för den här potentiella felkällan. I händelse av att det framkommer mer exakta uppgifter om det här förhållandet är det relativt enkelt att justera intäktsberäkningen i framtiden. Det här innebär också att summeringen på sista raden inte stämmer överens med vad som finns på respektive rad, utan det är summan av raderna multiplicerat med 0,8.

Tabell 3: Volym och intäkter för hjälpmedel 2022 (månadsabonnemang, olika nivåer)

Artikel	Brukare Antal 2022	Månadsabonnemang		
		25 kr	40 kr	60 kr
CPAP	6 500	1 950 000	3 120 000	4 680 000
Hörhjälpmedel	19 500	5 850 000	9 360 000	14 040 000
Synhjälpmedel	400	120 000	192 000	288 000
Övriga hjälpmedel	12 000	3 600 000	5 760 000	8 640 000
Summa	38 400	9 216 000	14 745 600	22 118 400

Dagens avgiftssystem och 2022 års volymer har en beräknad intäkt på 19,4 miljoner kronor. I ovanstående beräkningar ser alternativet med 60 kronor ut att hamna över det beloppet, även efter nedjusteringen som beskrivits ovan. Det stora antalet brukare av hörselhjälpmedel bidrar till drygt 50 procent av intäkterna. Intäkterna från CPAP-abonnenter går ned markant, även i det högsta alternativet. De 60 kronor som ligger till grund för beräkningen är endast 40 procent av månadshyran de betalar idag.

De stora effekterna uppstår för brukare som har få och enkla hjälpmedel som idag kostar 150 kronor vid en förskrivning. Om vi antar att ett sådant hjälpmedel har en normal livslängd på 2 år skulle den årliga kostnaden för brukaren motsvara 75 kronor. I ovanstående abonnemangsförslag ligger den årliga kostnadsnivån på 300 – 720 kronor, d v s 4 till 10 gånger mer. Det finns en risk att efterfrågan och användningen inom denna brukargrupp kan komma att påverkas vid införandet av ett abonnemang. Det gäller speciellt alternativen 40 och 60 kronor i månaden.

Hur skulle ett **högekostnadsskydd** påverka dessa alternativ? Det som är avgörande för effekten av ett högekostnadsskydd är hur många hjälpmedel en individ har, avgiftens grundnivå, hur avgiften är utformad samt kostnadstaket som finns i högekostnadsskyddet.

Övergripande beräkningar indikerar att i genomsnitt har varje brukare 2,5 förskrivningar av hjälpmedel per år. Det finns en variation i det genomsnittet, men i nuläget är fördelningen över brukarkollektivet inte känd. Vi får därför räkna på kollektivet som helhet och se vilken effekt ett högekostnadsskydd får på de totala intäkterna.

Tre olika nivåer (900, 1 150 respektive 1 400 kronor) på högekostnadsskydd har studerats.

För alternativet med en gemensam avgift per förskrivning krävs det att den sätts till 500 kronor för att ett högekostnadsskydd ska få en reell effekt. Under antagandet att genomsnittsförskrivningarna per år är 2,5 per person skulle ett högekostnadsskydd på 900 kronor innebära ett intäktsbortfall på 5,4 miljoner kronor av totalintäkten på drygt 19 miljoner kronor (se tabell 2). Om nivån på högekostnadsskyddet sätts till 1 150 kronor blir bortfallet 1,5 miljoner. Nivån 1 400 kronor får ingen effekt på den genomsnittliga intäkten, utan att samtidigt justera upp antagandet om hur många förskrivningar varje brukare har per år. Om nivån ligger på 4 förskrivningar per person och år blir intäktsbortfallet knappt 6 miljoner kronor.

För alternativet med månadsabonnemang där ett abonnemang berättigar till ett obegränsat antal hjälpmedel kommer ett högekostnadsskydd inte att ha någon effekt alls på intäkterna. Det går i stället

att betrakta abonnemangslösningen, där det inte finns någon gräns för antalet hjälpmedel på samma abonnemang, som att den har en form av inbyggt högkostnadsskydd. Brukare som idag har väldigt många hjälpmedel, t ex dubbla hörapparater, ytterligare hörselhjälpmedel i kombination med flera andra hjälpmedel i kategorin Övrigt, kommer som mest att betala 720 kronor per år. Det är sannolikt mindre än den årliga kostnad som dessa brukare idag betalar. Om abonnemangskostnaden läggs på 40 eller 25 kronor i månaden kommer fler brukare med multipla hjälpmedel att se en positiv kostnadseffekt jämfört med idag.

Ovanstående beräkningar är gjorda för år 2022, men det finns ett önskemål om att även titta på vad som kan förväntas på lång sikt. Det som avgör **intäkterna på lång sikt** i fallet med en gemensam avgift per förskrivning är hur antalet förskrivningar utvecklar sig. Det är särskilt inom de områden där det sker många förskrivningar som antaganden om en långsiktig utveckling blir viktiga. Med tanke på den begränsade information som vi har för förskrivningar historiskt får vi anta att den utveckling vi ser inom området för hörselhjälpmedel och övriga huvudhjälpmedel kommer att hålla i sig. Det innebär att dessa ökar med 4 procent per år. Övriga områden antas vara oförändrade över tid. Totalt sett kommer därför de sammanvägda intäkterna från samtliga områden att öka med 3,8 procent per år.

Som exempel kommer de totala intäkterna att ha ökat med cirka 3 miljoner kronor till 2026 (i dagens penningvärde) och uppgår till drygt 22 miljoner kronor i fall avgiften sätts till 500 kronor per förskrivning (jämför med tabell 2, högra kolumnen). En ökning med 16 procent. Skulle ett högkostnadsskydd på 900 kronor per år även vara infört kommer intäkten att reduceras med ca 800 000 kronor i detta fall.

En avgift på 250 kronor respektive 150 kronor skulle generera 11 respektive 6,6 miljoner kronor år 2026.

Motsvarande långsiktiga prognos för intäkterna i fallet med abonnemang ser likartad ut, men den årliga tillväxten i intäkter kopplas till andelen brukare för de olika hjälpmedelsgrupperna. Fram till 2026 har intäkterna i det fallet vuxit med 13,8 procent, jämfört med de belopp som anges i tabell 3. Ett månadsabonnemang på 60 kronor beräknas ge ytterligare 3,1 miljoner kronor år 2026. För alternativen 25 och 40 kronor i månaden är intäktsökningen 1,3 respektive 2,1 miljoner kronor.

Diskussion

Avgifter för hjälpmedel är ett område som kräver noggranna överväganden inför en eventuell förändring. Vi kan konstatera att tillgången till detaljerade data är begränsad, vilket innebär att det krävs en hel del antaganden för att kunna genomföra beräkningar av olika avgiftsalternativ. Det finns med andra ord en del osäkerhet inbyggd i de uppskattningar som ges ovan.

Det vi kan konstatera är att en förändring av avgiftssättningen i riktning mot en större grad av enhetlighet, antingen via en gemensam förskrivningsavgift eller månadsabonnemang, kommer att få fördelningseffekter inom det stora brukarkollektivet av hjälpmedel. Det mest tydliga är att CPAP-brukare som idag betalar 150 kronor i månaden får en kraftigt reducerad avgift i alla beräkningsexempel. Intäktsbortfallet blir som lägst i fallet med ett abonnemang på 60 kronor, men då är det ändå så pass mycket som 7 miljoner kronor. Vi ser istället ökade intäkter från brukare av hörselhjälpmedel och övriga huvudhjälpmedel. Om sömnlaboratoriets verksamhet är beroende av dagens intäktsnivåer behöver en annan finansieringslösning presenteras om avgifterna skulle förändras. Ett sätt att hantera den här problematiken är att successivt sänka månadsavgiften över ett antal år för att lindra det finansiella bortfallet.

Vidare kan vi notera att det är svårt att komma upp i de intäktsnivåer som dagens system genererar. Prognosen för 2022 för dagens utformning är en intäkt på 19,4 miljoner kronor. För att nå den nivån behövs antingen en gemensam förskrivningsavgift på 500 kronor eller ett abonnemang på 60 kronor. Då har vi ändå förutsatt att alla brukare fortsätter på samma sätt som tidigare, trots kraftigt höjda avgifter för det stora flertalet. Sannolikt kommer en höjning till dessa nivåer att minska användningen och på så sätt sänka intäkten. I det perspektivet är det viktigt att betona att ett bortfall av användning för med sig stora samhällsekonomiska förluster. Det finns ett relativt begränsat antal studier av den samhällsekonomiska nyttan av hjälpmedel (Hjälpmedelsinstitutet, 2014; SINTEF, 2016), men huvudslutsatserna i de studier som har granskats är att det finns stora samhällsekonomiska värden förknippade med användningen. Dessa värden är dels kopplade till individens livskvalitet, dels till minskade kostnader för samhället i form av tillsyn och vård.

Vi kan även konstatera att oavsett om en lösning med en gemensam förskrivningsavgift eller abonnemang väljs, kommer ett införande av högkostnadsskydd få relativt liten påverkan på det totala intäktsbortfallet. Om högkostnadsskyddet läggs på samma nivå som för patientavgifter (1 150 kronor) blir det liten effekt för kollektivet som helhet.

Avslutningsvis behöver det sägas att det finns ett stort behov av att titta närmare på hur datatillgången inom hjälpmedelområdet kan förbättras framöver. Det som är särskilt viktigt är att det inte bara sker en registrering av förskrivningar per enhet, utan att även dessa knyts ihop med individuella brukare. Det skulle göra det möjligt att få bättre information om vilka hjälpmedel en brukare nyttjar vid en viss tidpunkt. På så sätt går det att bättre bedöma konsekvenser av olika avgiftsförändringar utifrån individförhållanden. I nuläget blir konsekvensbedömningarna relativt övergripande och trubbiga.

Referenser

Hjälpmedelsinstitutet (2014) *Samhällsekonomiska nordiska studier inom området välfärdsteknologi – en kartläggning.*

Dalarnas Hjälpmedelscenter (2020a) *Översyn patientavgifter för hjälpmedel i Dalarna 2020-2021 – Delrapport I, Region Dalarna.*

Dalarnas Hjälpmedelscenter (2020b) *Översyn patientavgifter för hjälpmedel i Dalarna 2020-2021 – Delrapport II Intervjuer, Region Dalarna.*

SINTEF (2016) *Nytttekostnadsanalys av hjälpmedel, Rapport A27934.*

Socialstyrelsen (2016) *Hjälpmedel i kommuner och landsting – en nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning, Publikation 2016-4-1.*