

#regiondalarna

**Översyn av patientavgifter
för hjälpmedel i Dalarna
2020-2021
Slutrapport**



Borlänge 12 februari 2021

Katarina Nordin Kajblad, verksamhetsutvecklare, DHC
projektledare

katarina.nordinkajblad@regiondalarna.se

Projektgrupp:

Moa Nordlund, hjälpmedelskonsulent, Hjälpmedelscentralen, DHC

Stina Annwall, teamledare Syncentralen, DHC

Helena Jokelainen, avdelningschef Hörcentralen, DHC

Jenny Lerström, avdelningschef KLOK, DHC

Ida Winje, ekonomiassistent, Region Dalarna

Innehåll

1. Inledning.....	4
1.1 Bakgrund.....	4
1.2 Syfte.....	5
1.3 Mål	5
1.4 Tidplan och arbetsprocess.....	5
1.5 Projektorganisation.....	6
2. Identifiering av olika spår för patientavgifter för hjälpmedel.....	7
2.1 De första sju spåren - avgiftsalternativ.....	7
3. Tre spår – avgiftsalternativ.....	9
3.1 Analys och konsekvensbeskrivning.....	9
3.2 Samma avgift för alla hjälpmedel.....	10
3.3 Högkostnadsskydd.....	13
3.4 Abonnemangsavgift.....	17
4. Diskussion och slutsatser.....	23
5. Referenser.....	26

Bilaga 1; Patientavgifter för hjälpmedel - nuläge och omvärlds bevakning

Bilaga 2; Intervjuer

Bilaga 3; Beräkningsunderlag för patientavgifter för hjälpmedel

1. Inledning

På uppdrag av Hjälpmedelsnämnden Dalarna utifrån regionplanen 2020-2022 har Dalarnas Hjälpmedelscenter genomfört en översyn av patientavgifter för hjälpmedel i länet. Översynen gäller de hjälpmedel som hanteras inom förvaltningarna Hjälpmedel Dalarna och Hörsel och Syn Region Dalarna. Ett särskilt uppdrag i översynen är att utreda högkostnadsskydd för hjälpmedel.

Översynen har pågått från 1 januari 2020 till 28 februari 2021. Slutresultatet av översynen är en analys och konsekvensbeskrivning av tre möjliga spår för patientavgifter för hjälpmedel. De tre spåren är; samma avgift för de hjälpmedel som omfattas i översynen, högkostnadsskydd och abonnemang. Övriga reflektioner och insikter gällande hjälpmedel och avgifter i samband med översynen, och som bedömts vara av värde att ta upp till diskussion, finns också med i slutrapporteringen.

Målsättningen är att en beslutsprocess kan påbörjas i samband med slutrapportering av översynen och att eventuella ändringar av patientavgifter för hjälpmedel kan träda i kraft från och med 1 januari 2022 i Dalarna.

1.1 Bakgrund

Inom hjälpmedelsområdet i Sverige har genom årens lopp ett ökat ansvar för kostnader lagts på hjälpmedelsanvändaren. 2016 genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av regelverk, avgifter för samt förskrivning av hjälpmedel i landet. Rapporten syftade också till att ge ett underlag för kommuner och regioner i deras arbete med att utveckla regelverken för hjälpmedelsområdet eller avgiftsfrågor.

Socialstyrelsen konstaterar att det finns stora skillnader både inom och mellan regioner och kommuner när det gäller avgifter inom hjälpmedelsområdet. Avgifterna är kopplade till specifika hjälpmedel men varierar också mellan de olika hjälpmedelsområdena. Av fallbeskrivningarna framgår att de samlade avgifterna för de olika personerna skiljer sig mycket åt, från 0 kr till flera tusen kronor beroende var i landet man bor.

I Dalarna får hjälpmedelsanvändare betala olika former av avgifter för lån av det behövda hjälpmedlet. Det gäller oavsett om förskrivaren finns inom regionens eller kommunernas hälso- och sjukvård.

I dag ingår enbart besöksavgiften i ett högkostnadsskydd. Patientavgiften för hjälpmedel är av engångskaraktär, som gäller de flesta hjälpmedelsgrupper, eller av hyreskaraktär. Förbrukningsmaterial till de olika hjälpmedlen bekostas i regel av hjälpmedelsanvändaren medan tillbehör som är avgörande för optimal funktion ingår i patientavgiften.

Hjälpmedel för helt eget ansvar benämns egenansvarsprodukter som hjälpmedelsanvändaren köper själv antingen i hjälpmedelsbutiker eller vid förskrivande enhet. Prissättningen är enhetlig i länet och ansvaret har Hjälpmedelsnämnden, både vad gäller sortiment och prissättning.

Besök är kostnadsfria för barn och unga under 20 år samt de över 85 år.
De allra flesta hjälpmedel är kostnadsfria för barn och unga under 20 år.

Hjälpmiddel för urinblåsa/tarm är de enda av de samhällsägda hjälpmedlen som är helt kostnadsfria för hjälpmedelsanvändaren.

Riksdagen fattade 1997 beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården och slog fast att tre principer ska ligga till grund för prioriteringar inom vården: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa principer samt hälso- och sjukvårdslagens (HSL 2017:30) mål om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen utgör grunden för denna översyn av patientavgifter för hjälpmedel i Dalarna.

1.2 Syfte

Översyn av patientavgifter för hjälpmedel i Dalarna inklusive utredning om möjlighet till högkostnadsskydd för hjälpmedel.

Utarbeta och presentera alternativa förslag med analys och konsekvensbeskrivning som underlag för politiskt beslut om eventuella ändringar.

1.3 Mål

Att patientavgifter för hjälpmedel i Dalarna är satta utifrån hållbarhetsperspektiven social, miljö och ekonomi. Att patientavgifterna för hjälpmedel är jämlika, lätta att administrera och kostnadnytt effektiva för individ och samhälle.

1.4 Tidplan och arbetsprocess

Under våren 2020 genomfördes en kartläggning av nuläget vad gäller patientavgifter för hjälpmedel i länet, en omvärldsbevakning av framförallt andra län inom sjukvårdsregionen samt intervjuer med användare, utförare (mestadels förskrivare) och beslutsfattare (verksamhetschefer, politiker). Se bilaga 1 och 2. Intervjuerna syftade till att fånga upp funderingar, synpunkter och idéer/förslag som kan finnas hos dessa grupper. Detta arbete låg sedan till grund för valet av de tre avgiftsspår med analys och konsekvensbeskrivning som är resultatet av översynen. Analys och konsekvensbeskrivning av de tre spåren genomfördes under hösten 2020 och de två första månaderna 2021. I februari 2021 lämnas översynen till Hjälpmedelsnämnden med målsättningen att en beslutsprocess kan påbörjas för berörda instanser inom region och kommun.

Under processen med översynen har dialog förts med användare, utförare och beslutsfattare. Arbetet har baserat sig på förhållningssättet tjänstedesign där användarmedverkan i utvecklings/förändringsprocesser är centralt. Medverkan av utförare av tjänsten, i detta fall främst förskrivare men även administratörer, är också viktigt, likaså beslutsfattare som har en viktig roll i möjliggörande och genomförandet av förändringar.

Dialogen har bestått av de intervjuer som genomfördes initialt, möten med brukarorganisationer och brukarråd såsom FRID (Region Dalarnas funktionshinderråd), RPR (Region Dalarnas pensionärsråd), medlemsrådet (representanter för länets förskrivare som också utgör arbetsgrupp till

Hjälpmedelsnämndens beredningsgrupp), beredningsgruppen (representanter för verksamhetschefer i länet, bereder frågor till Hjälpmedelsnämnden), länets MAS och MAR, Hälsö- och sjukvårdsnämnden, Hjälpmedelsnämnden och Regionrådsmöte.



1.5 Projektorganisation

Översynen genomfördes i projektform med styrgrupp, projektgrupp och projektledare. Projektgruppen har genomfört det operativa arbetet och under analysdelen har en ekonom/analytiker från Region Dalarnas analysavdelning deltagit i arbetet.

Beställare:

Hjälpmedelsnämnden Dalarna

Styrgrupp:

Förvaltningschef, Dalarnas Hjälpmedelscenter (DHC)

Verksamhetschef, Hjälpmedel Dalarna

Verksamhetschef, Hörsel och Syn Dalarna

Ekonom, Region Dalarna

Sakkunnig funktionshinderområdet, Region Dalarna

Verksamhetschef HSL, Sätters kommun

Projektgrupp:

Avdelningschef KLOK och PMB, DHC

Hjälpmedelskonsulent Kontinenssamordningen, DHC

Teamledare Syncentralen, DHC

Avdelningschef Hörcentralen, DHC

Ekonomiassistent, Region Dalarna

Avdelningschef Rörelse, DHC (konsulterande)

Projektledare

Projektledare:

Verksamhetsutvecklare, DHC

2. Identifiering av olika spår för patientavgifter för hjälpmedel

Utifrån det bakgrundsarbete som genomförts i projektet identifierades i första skedet sju spår att arbeta vidare med. Målsättningen var att i nästa skede definiera tre spår för djupare analys och mer utförlig konsekvensbeskrivning som underlag för beslutsprocessen inför eventuella ändringar av patientavgiften för hjälpmedel i Dalarna.

I vår analys av de beskrivna spåren har vi utgått ifrån att den innefattar samtliga hjälpmedelsgrupper som Dalarnas Hjälpmedelscenter hanterar.

I Dalarna hanteras de flesta hjälpmedel under ett och samma tak dvs. Dalarnas Hjälpmedelscenter vilket innebär en mångfald av hjälpmedelsgrupper. I många andra län i Sverige fördelas hanteringen av hjälpmedel mellan flera huvudmän såsom kommun och region.

Intäkterna för patientavgifter för hjälpmedel tillfaller den förskrivande enheten som kan vara verksamheter både inom kommun och region. I vår analys utgår vi ifrån att avgiftssättningen som beskrivs i de olika spåren innefattar alla förskrivande enheter i Dalarna oavsett kommun- eller regiontillhörighet.

2.1 De första sju spåren - avgiftsalternativ

Arbetsprocessen att analysera de första sju spåren utgick ifrån frågeställningen vad respektive avgiftssystem skulle innebära för användaren, utföraren och verksamhet/samhälle i form av administration, kostnad, nytta och jämlikhet. Med användare menas den som brukar hjälpmedlet, utföraren är den som utför tjänsten vilket oftast är förskrivaren, verksamheten är ansvarig organisation där förskrivningen sker och samhället är det offentliga kollektivet. Hållbarhetsaspekten lades också in i ett övergripande perspektiv. Utifrån tidigare omvärldsbevakning genomfördes vidare intervjuer med regioner och kommuner i andra län som har liknande system för att hämta in erfarenheter av hinder och möjligheter. Olika beräkningar har gjorts av kostnads och intäktsförändringar för de olika alternativen samt återkoppling /dialog med användare, utförare och verksamhet.

Avgiftsalternativ:

- 1. Samma avgift för alla hjälpmedel.**
Ett engångsbelopp betalas av användaren vid utprovningen av hjälpmedlet och summan är densamma oavsett hjälpmedelsgrupp.
- 2. Högkostnadsskydd**
Användaren betalar sammanlagt högst en fastställd summa för patientavgifter för hjälpmedel under ett visst antal månader, vanligtvis 12 månader. När den fastställda summan uppnås utfärdas ett frikort för den resterande tiden av den beslutade perioden.
- 3. Bas – månadsavgiftssortiment**
Hjälpmedelssortimentet delas in i två grupper varav den ena gruppen består av så kallade enklare hjälpmedel som inte kräver tillbehör eller service och den andra gruppen av mer komplicerade och kostsamma hjälpmedel som kräver service. Gruppen med enklare hjälpmedel kallas bassortiment och vid utprovningen av ett

hjälpmedel ur den gruppen betalar användaren ett engångsbelopp. För den grupp som består av mer komplicerade hjälpmedel betalar användaren en månadsavgift så länge användaren är i behov av hjälpmedlet. Service och tillbehör ingår då i månadsavgiften.

4. Inkomstprövad hjälpmedelsavgift

Hjälpmedelsavgiften prövas och fastställs utifrån användarens inkomst.

5. Abonnemangavgift

Användaren betalar en återkommande summa, oftast per månad, för sina hjälpmedel så länge behov av hjälpmedlen finns. Abonnemanget kan innefatta samtliga hjälpmedel användaren är i behov av samt att service, tillbehör och vissa förbrukningsartiklar ingår.

6. Utprovningavgift för rehabiliteringsinsats/process

En engångsavgift tas ut av användaren för en definierad rehabiliteringsprocess. Samtliga hjälpmedel användaren får utprovad under rehabiliteringsprocessen ingår.

7. Fast hjälpmedelsavgift med möjlighet att övergå i månadsavgift

Ett engångsbelopp betalas av användaren vid utprovningen av första hjälpmedlet. Om behov finns eller uppstår av flera hjälpmedel erbjuds möjlighet för övergång till månadsavgift där service och tillbehör kan ingå.

De tre spår som kvarstod att arbeta vidare med efter det första skedet i arbetsprocessen blev alternativ 1, 2 och 5; samma avgift för alla hjälpmedel, högkostnadsskydd och abonnemang.

Alternativ 3; Bas- och månadssortiment kan ses som en variant av abonnemang och ingå i detta spår. Dessutom krävs en del arbete och administration för att avgöra vilket hjälpmedel som ska tillhöra vilken grupp. Likaså alternativ 7; Fast hjälpmedelsavgift med möjlighet att övergå i månadsavgift kan också ses som en variant av abonnemangspåret.

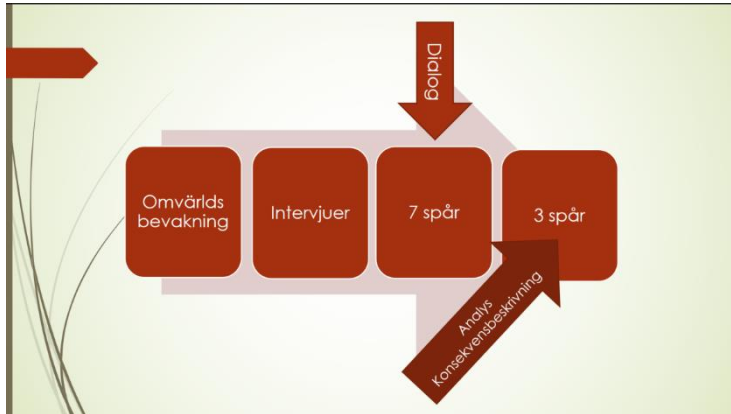
Alternativ 4; Inkomstprövad hjälpmedelsavgift valdes bort främst för att ett sådant avgiftssystem skulle innebära stora och betydligt ökade administrativa insatser med resurskrävande handhavande för utförare och verksamhet. Även för användaren skulle det innebära administrativa insatser att lämna kontinuerliga inkomstuppgifter.

Alternativ 6; Utprovningavgift för rehabiliteringsinsats/process togs inte vidare på grund av svårigheten att definiera en rehabiliteringsprocess. Alternativet skulle vara möjligt där rehab processen är väl avgränsad och där insatserna sker inom en och samma enhet t.ex. hörselrehabilitering, men skulle möta stora utmaningar om processen är mer generell där flera verksamheter är inblandade som vid naturligt åldrande.

3. Tre spår – avgiftsalternativ

Samma avgift för alla hjälpmedel, högkostnadsskydd och abonnemang.

3.1 Analys och konsekvensbeskrivning



Arbetsprocessen fram till tre spår med analys och konsekvensbeskrivning

Avgränsning

I de totala beräkningar som ingår i analys och konsekvensbeskrivningen innefattas samtliga hjälpmedelsgrupper som hanteras inom ramen för Dalarnas Hjälpmedelscenter förutom de hjälpmedelsgrupper som idag:

- är avgiftsfria; diabeteshjälpmedel och hjälpmedel för urinblåsa/tarm
- är belagda med en egenavgift beräknad utifrån en viss procentsats; cyklar och ortopediska skor
- har eget val; hårsättning

Samtliga hjälpmedel finns med i den övergripande diskussionen.

Analys

Analysen har bestått av

- Insamling av fakta; vilka administrativa stöd finns idag, erfarenheter från andra län, tidigare beslut, kända hinder och möjligheter, opinion mm.
- Definition av frågeställningar – utmaningar och möjligheter.
- Insamling av befintlig statistik; antal förskrivna hjälpmedel totalt eller inom olika hjälpmedelsgrupper och inom vilken verksamhet. Intäkter och kostnader totalt och i förhållande till hjälpmedelsgrupper, verksamhet mm
- Djupintervjuer med aktörer från andra län som har erfarenhet av något inom de tre spåren med tillförande kunskap.
- Insamling av aktuella studier och forskning.
- Olika ekonomiska beräkningar och jämförelser som framförallt har genomförts av Region Dalarnas analysavdelning. (Se bilaga 1.)

Konsekvensbeskrivning

Konsekvensbeskrivningen har gjorts utifrån det övergripande perspektivet hållbarhet; social, ekonomi och miljö samt frågeställningen om olika avgiftssättningar motiverar en beteendeförändring.

De kriterier som ställts emot vad respektive avgiftssystem skulle innebära för användaren, utföraren och verksamhet/samhälle är administrationsnivå, kostnad, nytta samt jämlikhet.

	Användare	Utförare	Verksamhet/ samhälle
Administration			
Kostnad/ intäkt			
Nytta			
Jämlikhet			

3.2 Samma avgift för alla hjälpmedel

Ett engångsbelopp betalas av användaren vid utprovningen av hjälpmedlet och summan är densamma oavsett hjälpmedelsgrupp.

Idag har vi i Dalarna samma avgift för flera hjälpmedelsgrupper (se sidan 8) där patientavgiften för hjälpmedlet i samband med utprovningen är 150 kr. Ca 60 % av hjälpmedlen förskrivs inom kommunerna och 40% inom regionen.

Här har vi analyserat möjligheten att genomföra samma avgift, där vi testat olika prisnivåer, för samtliga samhällsägda hjälpmedel som idag är belagda med en patientavgift.

Inget annat län i Sverige har samma patientavgift för samtliga hjälpmedel, men flera län har samma avgift på ett spann mellan 100 – 500 kr för ett urval hjälpmedelsgrupper (se avsnitt 2).

Kända faktorer

Många som vi intervjuat, särskilt bland användarna, uttrycker att de är nöjda med den avgift på 150 kr som många hjälpmedelsgrupper har idag, liknande "samma avgift. Men flera personer, både användare och utförare uttrycker också en oförståelse för att det idag är samma avgift för ett komplicerat och dyrt hjälpmedel som t ex. en elrullstol och ett enklare, billigare hjälpmedel som exempelvis en fingerortos. Det upplevs som ojämnt. Medan andra anser att en samma avgift för alla hjälpmedelsgrupper verkligen är jämlikhet. Däremot anser en del att det kan bli ojämnt mellan dem som behöver många hjälpmedel och de som behöver få. Ojämnt anses det också vara att inte samtliga hjälpmedelsgrupper har samma avgift, särskilt av de användare som idag har hjälpmedel med högre avgifter såsom Cpap och hörapparater.

Det finns uttryck för, särskilt bland utförarna, att avgiftsnivån på 150 kr är för låg och borde höjas.

Ett system med samma avgift för alla hjälpmedel är enkelt att förklara för utföraren och lätt att förstå för användaren och det kräver inga nämnvärda ändrade administrativa insatser än vad som är idag.

För de verksamheter som idag förskriver hjälpmedel med en avgift som är högre än 150 kr är intäkterna från patientavgifterna betydande eller rent av avgörande.

Intäkter patientavgifter för hjälpmedel per år

Utifrån tillgänglig statistik gjordes en beräkning hur samma avgift på nivåerna 150 kr, 250 kr och 500 kr skulle påverka intäkt/kostnad för olika hjälpmedelsgrupper och verksamheter.

Intäkterna är beräknade utifrån en prognos för 2022.

Antal utprovade huvudhjälpmedel ökade i antal med i snitt 9 % mellan 2017 och 2019 och beräknas öka med 11 % från 2019 till 2022.

För förtydliganden och mer specificerade beräkningar se bilaga 3.

Tabell 1 visar volymer och intäkter för hjälpmedel 2019 respektive 2022.

	Antal 2019	Intäkt 2019	Antal 2022	Intäkt 2022
CPAP	5000	9,0 milj.	6 500	11,7 milj.
Hörapparater	5365	2,7 milj.	6 035	3,0 milj.
Övriga hörhjälpmedel	516	77 400	500	75 000
Synhjälpmedel	800	120 000	800	120 000
Övriga huvudhjälpmedel	26 349	3,95 milj.	29638	4,4 milj.
Summa	38 030	15,8 milj.	43 473	19,4 milj.

Tabell 1.

I nuvarande avgiftsmodell har CPAP (andningshjälpmedel) en avgift på 150 kr/månad. Hörapparater har en engångsavgift i samband med utprovning på 500 kr/hörapparat och övriga hörhjälpmedel en engångsavgift i samband med utprovning på 150 kr/hjälpmedel. Synhjälpmedel och övriga huvudhjälpmedel har en engångsavgift i samband med utprovning på 150 kr. CPAP, hörapparater, övriga hörhjälpmedel och synhjälpmedel förskrivs från verksamheter inom regional hälso- och sjukvård. Övriga huvudhjälpmedel innefattar hjälpmedel inom områdena manuella rullstolar, elrullstolar, övriga förflyttningshjälpmedel, kommunikation, kognition, ortopedteknik, hygien och behandling och träning. 60% av förskrivningen av övriga hjälpmedel sker av verksamheter inom kommunal omsorg och 40 % inom regional hälso-och sjukvård.

I tabell 2 redovisas beräkningar för alternativet med gemensam avgift baserat på antalet förskrivningar per år.

	Antal 2022	150 kr	250 kr	500 kr
CPAP	1000	150 000	250 000	500 000
Hörapparater	6000	905 000	1,5 milj.	3,0 milj.
Övriga hörhjälpmedel	500	75 000	125 000	250 000
Synhjälpmedel	800	120 000	200 000	400 000
Övriga huvudhjälpmedel	29638	4,4 milj.	7,4 milj.	14,8 milj.
Summa	37 473	5,7 milj.	9,5 milj.	19 milj.

Tabell 2.

Eftersom CPAP och hörapparater står för en stor del av intäkterna i dagens system kommer det totala 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. I det högsta alternativet är minskningen marginell, cirka 400 tusen kronor, men det sker 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 avgiftsnivån, men vi vet från ekonomisk teori och empiri att efterfrågan normalt minskar när priset höjs. En så pass kraftig höjning som i fallet med 500 kronor bör få effekt på antalet hjälpmedel som efterfrågas, vilket ytterligare skulle reducera intäkterna jämfört med idag.

Konsekvensbeskrivning

Här redogörs för vad ett införande av samma avgift kan innebära för användare, utförare och verksamhet/samhälle i förhållande till administrativa insatser, kostnad respektive intäkt, nytta och jämlikhet om ett brett införande av samma avgift genomförs 2022.

	Användare	Utförare	Verksamhet/ samhälle
Administration	Enkelt att förstå Ingen nämnvärd skillnad mot idag	Enkelt att administrera. Ingen nämnvärd skillnad mot idag	Kan krävas annan övergripande hantering om ekonomisk fördelning mellan verksamheter blir aktuell
Kostnad/ intäkt	Nivån avgör Vid 500 kr: Cpap-lägre avgift Hörapparater- samma avgift Övriga – högre avgift		Förskrivare för Cpap och hörapparater – betydande intäktsbortfall För övriga hjälpmedel med avgift över 150 kr – ökade intäkter
Nytta	Ökad kostnad kan innebära minskat användande Minskad kostnad kan innebära ökat användande	Minskat användande medför ej uppnådda rehabmål och vice versa	Minskat användande kan innebära ökat behov av samhällstjänster på sikt och vice versa
Jämlikhet	I den meningen att oavsett hjälpmedel samma kostnad		

Administration – ett system med en patientavgift för hjälpmedel som är samma för alla hjälpmedelsgrupper är enkelt att förstå för användare och utförare samt enkelt att administrera för utförarna. För verksamheten/huvudmän kan en annan övergripande hantering av den ekonomiska fördelningen bli aktuell då vissa förskrivande enheter förlorar intäkter jämfört med idag medan andra ökar sina intäkter. Nya administrativa rutiner och stödsystem kan bli nödvändiga.

Kostnad – följden av ett brett införande av samma avgift blir att förskrivande enhet av CPAP får en avsevärd intäktsförlust och förskrivande enhet för hörapparater får en betydande intäktsförlust. Å andra sidan blir avgiften för användare av Cpap och hörapparat avsevärt eller betydande lägre. När det gäller övriga huvudhjälpmedel ökar intäkterna betydligt för förskrivande enhet om engångssumman överstiger 150 kr medan det för användaren blir en högre avgift.

Nytta – flera aktuella studier inom forskningen bekräftar att användandet av hjälpmedel är betydande för individens rehabilitering, förmåga och livskvalitet. Forskning visar också att användandet av hjälpmedel kan förhindra framtida sjukdomar och skador. Om kostnaden för hjälpmedlet innebär att patienten väljer bort hjälpmedlet kan det innebära sämre rehabiliteringsresultat, funktion och förmåga för individen samt på sikt ökad belastning på samhället.

Jämlikhet – i den meningen att kostnaden är densamma oavsett hjälpmedel och att typ och grad av funktionshinder inte ställs emot varandra kan systemet anses jämlikt. Ser man det däremot i

perspektivet behov av antal hjälpmedel blir det betydligt mer kostsamt för de användare som är i behov av flera hjälpmedel än de som har få. Om det är jämlikt kan diskuteras.

Möjligheter och utmaningar för genomförande

De möjligheter som kan ses med ett avgiftssystem där patientavgiften för hjälpmedel är densamma för alla hjälpmedel är att det är ett system som är lätt att förstå för användaren, enkelt att hantera för utföraren och att det redan finns existerande fungerande rutiner och stödsystem.

En utmaning med avgiftssystemet är att vissa förskrivande enheter gör stora intäktsförluster jämfört med idag och att här behövs någon form av intäktsfördelning och/eller annan kompensation. En annan utmaning är att sätta "rätt" avgiftsnivå för att både tillgodose intäktstbehovet för förskrivande enhet och beakta användarens betalningsförmåga, särskilt med tanke på de användare som är i behov av många hjälpmedel.

3.3 Högkostnadsskydd

Användaren betalar sammanlagt högst en fastställd summa för patientavgifter för hjälpmedel under en period på tolv månader. När den fastställda summan uppnås utfärdas ett frikort för den resterande tiden av tolv månadersperioden.

I Dalarna har patientavgiften för hjälpmedel i samband med utprovning inget högkostnadsskydd, oavsett hjälpmedelsgrupp. De högkostnadsskydd som är tillgängliga för dalfolket är avgifter för sjukvårdsbesök inom öppen vård, sjukresor och läkemedel. Besök hos förskrivare för utprovning av hjälpmedel ingår i högkostnadsskyddet för sjukvårdsbesök.

Här har vi analyserat möjligheten att genomföra ett högkostnadsskydd, där vi testat olika prisnivåer och nivåer av högkostnadstak, inkluderande samtliga samhällsägda hjälpmedel som idag är belagda med en patientavgift.

Högkostnadsskydd för patientavgifter för hjälpmedel i andra län

Region Gotland - högkostnadsskydd på 2000 kr per 12 månaders period för ett urval hjälpmedel; ortoser, stöd- och kompressionsstrumpor, glasögon, CPAP och kryckkäppar. Högkostnadsskyddet infördes 1 april 2018 och hittills har inget frikort utfärdats.

Region Värmland - högkostnadsskydd på 1150 kr/12 månaders period för hjälpmedel inom hörselvård, syncentral och hjälpmedelsservice förutom kognitions- och kommunikationshjälpmedel. För hjälpmedel som kostar över 500 kr i inköp tas en egenavgift på 20% ut. För hjälpmedel under 500 kr utgår ingen kostnad för användaren. Förbrukningsartiklar ingår. En årlig serviceavgift på 600 kr tas ut för de hjälpmedel som kräver service, t ex CCTV och elrullstol. Serviceavgiften ingår i högkostnadsskyddet. Högkostnadsskyddet gäller avgiftsbelagda hjälpmedel inom regionen. Avgiftssystemet har varit i flera år och enligt uppgift är både verksamhet och användare nöjda. Avgiften faktureras via Cosmic - en del av journalsystemet och dyrare hjälpmedel via Sesam.

Region Stockholm - högkostnadsskydd på 2000 kr/ tolv månadersperiod för alla hjälpmedel som förskrivs inom regionen utom ortopediska skor, tyngdtäcke, utbyte av andningsmask och andra avgiftsbelagda tillbehör/reservdelar. Förbrukningsartiklar ingår som regel och service alltid. De erfarenheter och synpunkter Stockholm fått till sig är att ingen patient kommit upp i 2000 kr gränsen. De faktureringsystem som används är Sesam2 i södra delen av länet och Visma för den norra delen.

Enligt omvärldsbevakningen som gjorts i denna översyn har inget län i Sverige ett gemensamt

högkostnadsskydd för region och kommun och för samtliga avgiftsbelagda samhällsägda hjälpmedel när det gäller patientavgifter i samband med utprovning.

Kända faktorer

Respondenter ur alla de grupper som intervjuats nämner högkostnadsskydd som ett förmodat bra avgiftsalternativ.

Region Gotland och Region Stockholm har erfarenheten att inget frikort hittills skrivits ut, dvs ingen har nått upp till högkostnadstaket på 2000 kr för en period på tolv månader. Värmland har ett avgiftssystem med högkostnadsskydd de är nöjda med. Västernorrland har tidigare haft högkostnadsskydd men frångått bl. a. på grund av administrativa svårigheter mellan region och kommun.

Idag finns inget befintligt gemensamt stödsystem som kan administrera högkostnadsskyddet för både region och kommun.

Det skulle vara möjligt att administrera högkostnadsskydd för patientavgifter för hjälpmedel i de två separata befintliga systemen; Take Care inom regionen och kommunernas debitering via maxtaxan.

<https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/avgifter.2135.html>.

Kommunernas högkostnadsskydd regleras i 8 kap. 5 § Socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Enligt 2021 års nivåer får avgiften för hemtjänst, dagverksamhet samt kommunal hälso- och sjukvård och förbrukningsartiklar per månad uppgå till högst 2 138,83 kr per månad. Avgiften för bostad i särskilt boende får per månad högst uppgå till 2 197,14 kr per månad.

Utöver detta finns också förbehållsbeloppet, lägst 5 373,25 per månad för ensamstående och lägst 4 540,25 kr per månad för sammanlevande makar och sambor, alltså det lägsta belopp som personen ska ha kvar att leva på efter det att boendekostnad och eventuell kommunal avgift är betald.

Med två separata högkostnadsskydd för patientavgifter för hjälpmedel kan det innebära att en och samma person hamnar i två högkostnadsskydd för hjälpmedel plus de övriga tre tillgängliga högkostnadsskydden, det vill säga sammanlagt fem högkostnadsskydd.

De flesta kommuner i Dalarna tar ut en månatlig avgift på 50 kr för hjälpmedel av de som bor på särskilda bonden. För de hjälpmedel som förskrivs av kommunen i ordinärt boende tas en avgift på 150 kr/hjälpmedel. Avgiften ingår som regel inte i maxtaxan.

För de personer som får ett hjälpmedel förskrivet inom kommunen och inte har några andra insatser från kommunen så blir "taket" 2 138,83 kr/månad innan betalningsfritt. Det innebär med största sannolikhet att ingen i den gruppen kommer att nå betalningsfrihet om vi utgår ifrån den avgiftsnivå på hjälpmedelsavgift som är idag. För den grupp som har hemtjänst och andra insatser från kommunen blir förutsättningarna annorlunda.

Högkostnadsgränsen för ett fristående högkostnadsskydd för hjälpmedel frikort är i direkt relation till patientavgiften. Ju högre högkostnadsgräns ju svårare att nå frikort osv.

Den statistik som finns tillgänglig är begränsad för exakta analyser och prognoser vad gäller kostnad och intäkt vid eventuellt införande av högkostnadsskydd.

Högkostnadsskydd – sannolikhet till frikort

Beräkningarna som visas i tabell 3 är gjorda utifrån ett gemensamt fristående högkostnadsskydd för hjälpmedel och tabellen visar sannolikheten till frikort utifrån olika högkostnadstak beräknat utifrån de patientavgifter som är idag. Angivna antal förskrivna hjälpmedel är utifrån prognosen för 2022. Relevant underlag saknas för att genomföra en prognos för separata högkostnadsskydd; region och kommun.

	2022	Antal/ individ	HSK 900	HSK 1150	HSK 1400
CPAP 150 kr / månad	1000	1	+ 6 månader avgiftsfritt	+ 4 månader avgiftsfritt	+ 3 månader avgiftsfritt
Hörapparat 500 kr	6000	2	+	-	-
Hjälpmedel 150 kr	31 000	2,5	-	-	-

Tabell 3.

År 2022 beräknas 1000 personer få en CPAP förskrivna. Under förutsättning att avgiften är densamma som idag; 150 kr/månad är sannolikheten stor för frikort med flera månaders avgiftsfritt för samtliga angivna högkostnadstak. Får individen ytterligare ett eller flera hjälpmedel förskrivet, vilket inte är osannolikt, från andra hjälpmedelsgrupper under tolv månadersperioden blir de hjälpmedlen avgiftsfria.

Enligt prognosen kommer 6000 hörapparater att förskrivas under 2022. De allra flesta individer får två hörapparater förskrivna. Patientavgiften idag är 1000 kr för två utprovade hörapparater vilket når upp till högkostnadstaket på 900 kr. För att nå upp till övriga högkostnadstak på 1150 och 1400 kr krävs att individen får ytterligare hjälpmedel förskrivna.

Hjälpmedel med avgift på 150 kr innefattar övriga hörhjälpmedel, synhjälpmedel, manuella rullstolar, elrullstolar, övriga förflyttningshjälpmedel, kommunikation, kognition, ortopedteknik, hygien och behandling och träning.

De personer som idag får hjälpmedel förskrivna får i snitt 2,5 hjälpmedel /individ.

2019 förskrevs 27 665 hjälpmedel ur dessa hjälpmedelsgrupper varav 897(3,2 %) individer fick fler än 5 hjälpmedel förskrivna.

För att en individ som får hjälpmedel förskrivna ur dessa grupper ska nå upp till den lägsta högkostnadsnivån krävs 6 hjälpmedel.

För förtydligande och ytterligare beräkningar av högkostnadsskydd; kostnader och intäkter, se bilaga 3.

Konsekvensbeskrivning

Här redogörs för vad ett införande av högkostnadsskydd 2022 kan innebära för användare, utförare och verksamhet/samhälle i förhållande till administrativa insatser, kostnad respektive intäkt, nytta och jämlikhet under förutsättning att avgiftsnivåerna är samma som idag.

	Användare	Utförare	Verksamhet/ samhälle
Admini- stration	Enkelt – automatiserat Olika kommun och region Ev. svårighet att se sammenhanget om fler högkostnadsskydd	Ingen nämnvärd förändring om man använder befintliga system	Befintliga system kräver konfiguration i Take Care Gemensamt system kräver omfattande insatser på flera nivåer
Kostnad/ intäkt	De som har behov av många hjälpmedel samt med högst avgift tjänar mest		Minskade intäkter för förskrivande enhet CPAP och hörapparat. Kostnadstaket avgör intäktsnivå
Nytta	Ökad kostnad – minskat användande Minskad kostnad – ökat användande	Minskat användande medför ej uppnådda rehabmål och vice versa	Minskat användande ökat behov av samhällstjänster
Jämlikhet	Olika region och kommun. Många högkostnadsskydd – olika förutsättningar		

Administration - enkelt för användarna när administrationen är automatiserad. Om administrationen sker i befintliga system kan det innebära mer administration för användaren för att komma i åtnjutande av kommunens maxtaxa då det krävs inkomstuppgifter. Det är också stor sannolikhet att användare hamnar i båda högkostnadsskydden. Det kan för användaren innebära svårigheter att särskilja högkostnadsskydden om fler (även för läkemedel, sjukresor och besök) är aktuella. Det blir ingen nämnvärd förändring för utförarna om man använder befintliga system. För verksamheterna kan det innebära vissa konfigurationer om befintliga system används. Däremot krävs omfattande insatser på flera nivåer om ett gemensamt system för kommuner och region ska införas.

Kostnad – för de individer som har behov av många hjälpmedel och med högst avgift är sannolikheten störst att nå upp till frikort. För det stora flertalet användare av hjälpmedel med en avgift på 150 kr är sannolikheten låg att nå upp till frikort. För de förskrivande enheterna av hjälpmedelsgrupper med en avgift på 150 kr blir det sannolikt inga nämnvärda skillnader på intäktssidan. Däremot får förskrivande enhet av CPAP minskade intäkter och sannolikt även förskrivande enhet av hörapparater. Hur betydande intäktsminskningen är för verksamheten avgör kostnadstaket och när det gäller hörapparater; hur många hörapparater och övriga hjälpmedel som förskrivas per individ vid ett utprovningstillfälle.

Nytta – flera aktuella studier inom forskningen bekräftar att användandet av hjälpmedel är betydande för individens rehabilitering, förmåga och livskvalitet. Forskning visar också att användandet av hjälpmedel kan förhindra framtida sjukdomar och skador. Om kostnaden för hjälpmedlet innebär att patienten väljer bort hjälpmedlet kan det innebära sämre rehabiliteringsresultat, funktion och förmåga för individen samt på sikt ökad belastning på samhället.

Jämlikhet – i den meningen att de med stort hjälpmedelsbehov har störst sannolikhet att nå upp till frikort och utifrån aspekten att forskning visar att den gruppen ofta tillhör de minst bemedlade i samhället. Olika nivåer i regionens och kommunernas högkostnadsskydd. Vill man skydda de mest sköra; de med stort vårdbehov, bör ett gemensamt högkostnadsskydd för alla vårdinsatser införas.

Möjligheter och utmaningar för genomförande

De möjligheter som kan ses för genomförande av ett högkostnadsskydd för hjälpmedel är att det är ett system som är enkelt att hantera för användare och utförare och används separata system för kommuner och region finns redan existerande stödsystem även om det krävs vissa konfigurationer. Flera andra län i Sverige har idag högkostnadsskydd för hjälpmedel där erfarenheter kan inhämtas.

En utmaning med att införa högkostnadsskydd för samtliga hjälpmedelsgrupper är att om man utgår ifrån de avgifter som är idag blir sannolikt möjligheten till nyttjande av frikort olika beroende på vilka hjälpmedel individen är i behov av. Likaså påverkas kostnad/intäkt olika för de förskrivande enheterna. En diskussion om införande av samma avgifter för alla hjälpmedel i samband med högkostnadsskydd kan vara på sin plats.

Den stora utmaningen administrativ blir om ett gemensamt högkostnadssystem ska införas för kommuner och regioner. Nya administrativa rutiner och stödsystem blir nödvändiga.

Separata högkostnadssystem för kommuner och region:

Hans och Greta är grannar. Greta har hemtjänst och andra insatser från kommunen varje månad som gör att hon kommer upp i maxtaxan. Hans har inga insatser från kommunen. När Greta får hjälpmedel förskrivet av kommunens rehab personal betalar hon ingen avgift för det. Inkomststoppgifter är redan inlämnade till kommunen. När Hans får hjälpmedel förskrivet av kommunens rehab personal kan han välja att lämna in inkomststoppgifter för bedömning om hjälpmedelsavgiften påverkas av maxtaxan/förbehållsbeloppet, alternativt bara betala hjälpmedelsavgiften. Vid förskrivning av hjälpmedel inom regionen hamnar Hans och Greta dessutom i regionens högkostnadsskyddssystem.

Gemensamt högkostnadssystem för kommuner och region.

När Hans och Greta får hjälpmedel förskrivet av kommunens rehab personal betalar de aktuell hjälpmedelsavgift. Likaså betalar de aktuell hjälpmedelsavgift vid förskrivning av hjälpmedel inom regionen. Avgifterna adderas och ingår i samma högkostnadsskyddssystem för hjälpmedel.

3.4 Abonnemangsavgift

Användaren betalar en återkommande summa, oftast per månad, för sina hjälpmedel så länge behov av hjälpmedlen finns. Abonnemanget kan innefatta samtliga hjälpmedel användaren är i behov av samt att service, tillbehör och vissa förbrukningsartiklar ingår.

I Dalarna har vi idag patientavgiften för CPAP (region) och hjälpmedelsavgiften för personer i särskilt boende (kommun) som kan räknas som en typ av abonnemang.

Här har vi analyserat möjligheten att genomföra en abonnemangsavgift, där vi testat olika kostnadsnivåer för en tolv månadersperiod, inkluderande samtliga samhällsägda hjälpmedel som idag är belagda med en patientavgift.

Abonnemangsavgift för hjälpmedel i andra län

Region Örebro har sedan 1 januari 2020 abonnemang på hjälpmedel som förskrivs från Hjälpmedelscentrum, Syncentralen och Audiologen. Hjälpmedel inom PMB (personliga medicinska hjälpmedel), ortopedteknik och urinblåsa/tarm igår inte. CPAP/APAP och TENS planeras ingå 2021.

Abonnemangsavgiften är 65 kr/månad. Elrullstolar har en startavgift på 500 kr. Förbrukningsartiklar ingår. Service som påkallas av användaren ingår inte.

Erfarenheten från Örebro visar att i samband med införandet av abonnemang återlämnades många hjälpmedel som sedan kunde återanvändas. Beslutet att införa abonnemang väckte många upprörda känslor bland brukarorganisationer, främst beroende på att många hjälpmedel som tidigare varit avgiftsfria nu kom att innebära en månadskostnad för användaren. I samtal med förskrivare framkom att flera brukare valde att inte ta emot hjälpmedlet på grund av vad de ansåg vara en för hög kostnad.

Syftet med införandet av abonnemangsavgift var främst på grund av ett sparbeting som enligt uppgift uppnåtts med råge.

Avgiften faktureras via Sesam och Raindance och intäkterna fördelas till verksamheterna via samma system.

Införandet av abonnemangsavgift har krävt ytterligare resurser för att administrera. I uppstarten var sju personer engagerade, idag är en heltidstjänst (två personer) avsatt för detta.

Önskemål om införande av avskrivning eller någon form av kostnadstak finns från brukare men för närvarande finns inga planer på ett sådant införande då man inte funnit någon bra administrativ lösning.

I Skåne finns det ett antal kommuner som har en abonnemangslösning för de hjälpmedel som förskrivs från kommunen. Undantagen är hjälpmedel för urinblåsa/tarm som är avgiftsfritt samt hjälpmedel inom LSS och socialpsykiatri. Särskilda boenden är också undantagna eftersom de kommer upp i maxtaxan. Region Skåne ansvarar för alla hjälpmedel till barn och ungdomar upp till 20 år. För personer över 20 år ansvarar regionen för elektriska rullstolar, kommunikationshjälpmedel, vissa sittanpassningar, vridbara bilstolar samt hjälpmedel vid syn- och hörselnedsättningar. Övriga hjälpmedel är förskrivningsbara via kommunen.

Intervjuer gjordes med medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) i Eslöv och i Lund. Båda kommunerna hade tidigare avgiftsfria hjälpmedel. Syftet med att ta ut hjälpmedelsavgifter var ekonomiskt från politiken. Abonnemangslösningen valdes för att den upplevs solidarisk och inte går ut över personer med stora hjälpmedelsbehov.

Exempel på avgifter från Lunds kommun: Förskrivningsavgift 363 kronor per månad eller per ordinationstillfälle för tekniska hjälpmedel. Utöver detta betalar hjälpmedelsanvändaren en abonnemangsavgift på 65 kr per månad oavsett antal hjälpmedel. I abonnemangsavgiften ingår service och reparationer, byte av hjälpmedel och de flesta tillbehör och förbrukningsartiklar. Alternativt kan hjälpmedelsanvändaren köpa loss sitt hjälpmedel och inte påbörja något abonnemang. Avgifterna ingår i maxtaxan och fakturering samt kontroll av aktuella abonnemang sker via kommunens avgiftsdebitering, alltså det ordinarie ekonomisystemet.

Erfarenheterna från kommunerna är att nuvarande avgift stödjer rehabiliterings- och förskrivningsprocessen. Förutom att avgiften ger intäkter till kommunen så är den stora besparingen återflöde och recirkulation av hjälpmedel samt minskat uppföljningsbehov då många köper enstaka, ”enklare” hjälpmedel själv. Färre hjälpmedel som kräver uppföljning ger också mer tid för de personer som har störst behov.

Kända faktorer

Respondenter ur grupperna utförare och verksamhetsledare nämner abonnemang som ett tänkbart avgiftsalternativ och då är det vissa hjälpmedelsgrupper som nämns; elrullstolar, manuella rullstolar och lyftar. Flera användare uttrycker en viss tveksamhet till eller förkastar abonnemang helt då man framhäver att behovet av hjälpmedel ofta är livslångt och det finns en oro att ett abonnemang skulle

medföra betydligt ökade kostnader för användaren än vad som är idag. Man ser det också som orättvist om månadsavgiften är densamma för dem som har ett eller få enklare hjälpmedel och de som har flera och mer komplicerade och kostsamma hjälpmedel.

Idag finns liknande befintliga lösningar inom regionen (CPAP) och inom kommunen (SÄBO) med stödsystem som kan administrera abonnemang.

Sesam har möjlighet att handha en abonnemangslösning för de hjälpmedel som hanteras i Sesam. Hörhjälpmedel, hjälpmedel för urinblåsa/tarm och vissa ortopedtekniska hjälpmedel hanteras av andra system och ligger utanför Sesam. Det innebär att, under förutsättning att erforderliga beslut fattas, skulle Sesam via regionens fakturasystem kunna fakturera hjälpmedelsanvändarna för de flesta hjälpmedelsgrupperna (undantag enligt ovan) och hålla koll på aktuella abonnemang oavsett om förskrivning skett via regionen eller kommunen. Det kräver naturligtvis också en enighet kring hur intäkterna sedan ska fördelas till de respektive huvudmännen.

De hjälpmedel som ligger utanför Sesam idag skulle möjligen rent teoretiskt kunna hanteras i Sesam framöver. Dock kräver det stora insatser vad gäller exempelvis administration vid införande i Sesam, behov av parallellt system för programmering av hörapparater, eget lager samt distribution ända ut till patient när det gäller hjälpmedel för urinblåsa/tarm. Praktiskt är det således knappast rimligt. För att administrera gemensamt abonnemang för region och kommun krävs sannolikt ett nytt stödsystem med nya rutiner.

Region Örebro har erfarenhet av en abonnemangslösning för hjälpmedel förskrivna inom regionen och som hanteras i Sesam.

Behovet av hjälpmedel är för de flesta livslångt vilket skulle innebära en livslång kostnad om inte kostnadstak eller någon form av avskrivningshantering kopplas till abonnemanget. Ett abonnemangssystem är enkelt att förklara för användaren och enkelt att hantera för utföraren om service o tillbehör ingår.

För de individer som är i behov av få och enklare hjälpmedel blir en abonnemangsvavgift kostsam. Flera kommuner i Skåne som har abonnemangsvavgift för hjälpmedel har löst detta genom att individen får valet att istället för abonnemang köpa hjälpmedlet.

Införandet av abonnemangsvavgift kan leda till att hjälpmedel återlämnas trots behov på grund av kostnaden men det kan också leda till att hjälpmedel som inte längre brukas återlämnas i större utsträckning och därmed återanvändas.

Den statistik som finns tillgänglig är begränsad för exakta analyser och prognoser vad gäller kostnad och intäkt vid eventuellt införande av abonnemangsvavgift.

Prognos intäkter – abonnemangsvavgift

Tabell 4 visar beräknade intäkter år ett på tre avgiftsnivåer efter införande av abonnemangsvavgift för ett hjälpmedel. Beräkningarna jämförs med prognosen för 2022 års intäkter utifrån dagens avgifter. Det antal hjälpmedel som anges är utifrån beräknat antal nya förskrivningar år 2022 förutom CPAP som är det beräknade totala antalet ute hos användare. Anledningen till detta är att CPAP redan idag abonneras medan övriga kommer att påbörja ett abonnemang. Ett retroaktivt abonnemang för redan förskrivna hjälpmedel räknas inte in.

	Antal 2022	Intäkt 2022	25 kr år 1	40 kr år 1	60 kr år 1
CPAP	6 500	11,7 milj.	1,95 milj.	3,1 milj.	4,7 milj.
Hörapparater	6 035	3,0 milj.	1,8 milj.	2,9 milj.	4,3 milj.
Övriga hörhjälpmedel	500	75 000	150 000	240 000	360 000
Synhjälpmedel	800	120 000	240 000	384 000	576 000
Övriga huvudhjälpmedel	29638	4,5 milj.	8,9 milj.	14,2 milj.	21,3 milj.
Summa	42 334	19,4 milj.	13 milj.	20,8 milj.	31,2 milj.

Tabell 4.

Det man kan utläsa av beräkningarna i tabell 4 är att införandet av abonnemang skulle medföra väsentligt ökade intäkter redan på den lägsta avgiftsnivån för övriga hörhjälpmedel, synhjälpmedel och övriga huvudhjälpmedel. Det vill säga de hjälpmedel som idag är belagda med en hjälpmedelsavgift på 150 kr. Däremot innebär det väsentligt minskade intäkter för CPAP och för att intäktsnivån för hörapparater inte ska hamna under dagens nivåer krävs en abonnemangsavgift över 40 kr.

Att dra faktiska slutsatser vad gäller förväntade intäkter utifrån enbart denna beräkning är inte relevant då den bygger på att varje hjälpmedel får ett eget abonnemang och så är oftast inte fallet utan många brukare har flera hjälpmedel som faller under ett och samma abonnemang. Ytterligare en viktig parameter för att få en mer adekvat prognos är att beräkna intäkter över tid. Ett abonnemang följer behoven av hjälpmedel och det kan vara livslångt.

Hjälpmedel per individ och år	Totalsumma 25 kr	Totalsumma 40 kr	Totalsumma 60 kr
1,3	9,7 milj.	15,6 milj.	23,4 milj.
1,5	8,5 milj.	13,5 milj.	20,3 milj.
2,0	6,3 milj.	10,1 milj.	15,2 milj.
2,5	5 milj.	8,1 milj.	12,2 milj.
3,0	4,2 milj.	6,7 milj.	10,1 milj.

I tabell 5 har beräkningar gjorts utifrån antaganden om genomsnittligt antal hjälpmedel per person och år där det mest troliga alternativet är 2,5 per person och år.

Tabell 5.

Här anges totalsumman, det vill säga summan intäkter för samtliga hjälpmedelsgrupper, att jämföras med dagens avgifter med 2022 års volymer på 19,4 miljoner i intäkt. Det man kan utläsa här är att efter år 1 och med det mest troliga alternativet 2,5 hjälpmedel per individ och år, understiger de totala intäkterna (12,2 miljoner) dagens intäkter (18,8 miljoner) även vid det högsta betalningsalternativet på 60 kr. Nu kan inte dessa beräkningar stå för sig själva utan för att göra en prognos för relevanta intäkter behövs som sagt ytterligare en parameter; att beräkna intäkter över

tid där den årliga tillväxten i intäkter kopplas till andelen brukare för de olika hjälpmedelsgrupperna. Enligt en långsiktig intäktsprognos från analysavdelningen beräknas intäkterna växa med 13,8 % till 2026.

För ytterligare och mer specificerade beräkningar se bilaga 3.

Användarexempel om införande av abonnemangsvgift

Emil Svensson är 79 år och bor i Sälen. Han fick diagnosen MS för fem år sedan och sjukdomen har lett till successivt sämre gångförmåga. För två år sedan, i december 2018, besökte kommunens rehabpersonal Emil i hemmet och gjorde bedömningen att Emil var i behov av en rollator. Emil betalade då en avgift på 150 kr för rehabpersonalens hembesök samt 150 kr i utprovningssavgift för själva rollatorn. Ett halvår senare, i juni 2019, gjordes ett nytt hembesök av rehabpersonal som då gjorde bedömningen att Emil var i behov av en manuell rullstol samt ett anpassat tangentbord till sin dator. Handmotoriken hade påverkats så att ett vanligt tangentbord var svårhanterligt. Emil betalade då 150 kr i besöksavgift, 150 kr i utprovningssavgift för rullstolen och 150 kr i utprovningssavgift för tangentbordet. I september 2019 fick Emil punktering på ett av rullstolens däck. En hjälpmedelstekniker från Hjälpmedelscentralen i Mora kom hem till Emil och åtgärdade detta. Emil betalade då en serviceavgift på 750 kr (avgiften baserar sig på kostnad för däck, kilometerersättning från närmaste HMC samt timersättning för tekniker).

I november 2019 besökte Emil Hörcentralen i Mora för ett hörseltest. Audionomen konstaterade att Emil var i behov av hörapparat och Emil fick två hörapparater förskrivna.

Emil betalade 150 kr i besöksavgift till Hörcentralen samt 500 kr i utprovningssavgift för varje hörapparat.

Emil har sedan 4 år tillbaka en Cpap som han betalar 150 kr i månaden för.

Under ett år betalade Emil 450 kr i besöksavgifter relaterade till hjälpmedel. Han betalade 1450 kr i utprovningssavgifter för hjälpmedel, serviceavgift 750 kr samt 1800 kr i avgift för Cpap.

Totalt: 4450 kr. Drar vi av summan för besöksavgiften (där besök i regionen ingår i högkostnadsskyddet för sjukvård på 1150 kr) blir summan **4000** kr. Till detta kommer förbrukningsartiklar som är kopplade till huvudhjälpmedlen.

Om ett abonnemang skulle införas där samtliga hjälpmedelsavgifter och all service skulle ingå för en summa i månaden skulle kostnaden för Emil se ut så här:

Abonnemangsvgift för hjälpmedel:

25 kr/månad = 300 kr/år.	För att uppnå 4000 kr – betalar Emil	13,3 år
40 kr/månad = 480 kr/år	”	8,3 år
60 kr/månad = 720 kr/år	”	5,5 år

Konsekvensbeskrivning

Här redogörs för vad ett införande av abonnemangsvgift 2022 kan innebära för användare, utförare och verksamhet/samhälle i förhållande till administrativa insatser, kostnad respektive intäkt, nytta och jämlikhet.

	Användare	Utförare	Verksamhet/ samhälle
Administration	Enkelt – automatiserat Möjlig behov av egen insats för uppsägning av abonnemang.	Enkelt att administrera.	Befintliga system finns i region respektive kommun för abonnemang. Gemensamt system som innefattar samtliga hjälpmedelsgrupper kräver omfattande insatser på flera nivåer.
Kostnad/ intäkt	Mest "prisvärt" för de med många hjälpmedel. Ett alternativ är att köpa ett enklare hjälpmedel.		På kort sikt intäktsbortfall för vissa verksamheter. På lång sikt sannolikt ökade intäkter för de flesta verksamheter. Avhängig kostnadsnivå.
Nytta	Ökad kostnad – minskat användande Minskad kostnad – ökat användande	Minskat användande medför ej uppnådda rehabmål och vice versa	Om service ingår förlängs användningstiden på hjälpmedlen. Minskat behov av nyinköp.
Jämlikhet	Alla hjälpmedel (funktionsvariationer) lika mycket värda.		

Administration - enkelt för användarna när administrationen är automatiserad och/eller om region och kommuner har separata lösningar. Eventuellt kan det innebära en egen insats när abonnemanget ska sägas upp. Enkelt för utföraren att administrera. Befintligt system finns i respektive kommun och region för att administrera abonnemang av hjälpmedel (se ovan). För att administrera gemensamt abonnemang för region och kommun där samtliga hjälpmedelsgrupper ingår krävs sannolikt ett nytt stödsystem med nya rutiner.

Kostnad – användarexemplet ovan beskriver ett scenario där användaren är i behov av många hjälpmedel. Ett abonnemangssystem gynnar dem med behov av många och mer komplicerade hjälpmedel och hjälpmedel som kräver kontinuerlig service. För de med få, enklare hjälpmedel blir abonnemang sannolikt kostsamt. För vissa förskrivande enheter förväntas ett intäktsbortfall på kort sikt. På lång sikt förväntas en intäktsökning för de flesta verksamheter i jämförelse med dagens intäkter. Intäkterna är i direkt relation till avgiftsnivån. När service ingår i avgiften antas underhållsviljan öka hos användaren och därmed livslängden på hjälpmedlet vilket kommer att bidra till minskade kostnader för samhället. Likaså antas benägenheten till återlämnande av hjälpmedel öka vid ett abonnemang, vilket möjliggör recirkulation av hjälpmedlet och kan därmed bidra till samhällsekonomisk och miljömässig hållbarhet.

Nytta – flera aktuella studier inom forskningen bekräftar att användandet av hjälpmedel är betydande för individens rehabilitering, förmåga och livskvalitet. Forskning visar också att användandet av hjälpmedel kan förhindra framtida sjukdomar och skador. Om kostnaden för hjälpmedlet innebär att patienten väljer bort hjälpmedlet kan det innebära sämre rehabiliteringsresultat, funktion och förmåga för individen samt på sikt ökad belastning på samhället.

Jämlikhet – med den meningen att alla hjälpmedel och därmed funktionsvariationer är lika mycket värda. Man kan diskutera om det är jämlikt att en användare med få och enklare hjälpmedel betalar lika mycket som en brukare med många och mer komplicerade hjälpmedel. Man kan också diskutera solidaritetsperspektivet.

Möjligheter och hinder för genomförande

De möjligheter som kan ses för genomförande av ett abonnemangssystem för hjälpmedel är att det är ett system som är enkelt att hantera för användare och utförare, bland annat genom att tillbehör, service och vissa förbrukningsartiklar kan ingå i avgiften. Ett abonnemangssystem gynnar de användare som är i behov av många och mer komplicerade hjälpmedel. En användargrupp som enligt empiriska erfarenheter ofta hör till de minst bemedlade i samhället.

Flera andra regioner och kommuner i Sverige har idag abonnemang för hjälpmedel där erfarenheter kan inhämtas.

En utmaning med att införa ett abonnemangssystem är administrationen om ett gemensamt abonnemang för kommun och region införs. Då krävs sannolikt ett nytt stödsystem med nya rutiner för att kunna omfatta samtliga hjälpmedelsgrupper. En frågeställning blir hur intäkterna ska tas in i ett gemensamt system men också hur de ska fördelas mellan verksamheterna. I jämförelse med idag kommer vissa verksamheter att göra betydande förluster medan andra gör betydande intäktsvinster så en diskussion om intäktsfördelning blir sannolikt nödvändig.

Ett abonnemang för en användare som är i behov av få och enklare hjälpmedel kan anses orimligt med tanke på kostnaden. Att hitta en alternativ lösning för den gruppen är relevant. Ett exempel på lösning kan vi se hos några kommuner i Skåne där valet ges användaren att istället för att abonnera köpa sitt hjälpmedel.

4. Diskussion och slutsatser

Helhetsgreppet

I denna översyn har vi utrett möjligheterna för olika avgiftssystem för patientavgifter för hjälpmedel att införas i Dalarna. Ansatsen har varit ett helhetsgrepp att inkludera samtliga hjälpmedelsgrupper som är belagda med en patientavgift samt oavsett inom vilken verksamhet inom kommun eller region förskrivningen sker. I Dalarna hanteras de flesta hjälpmedel under ett och samma tak genom Dalarnas Hjälpmedelscenter vilket innebär att översynen innefattar en mångfald hjälpmedel. I den omvärldsbevakning som genomförts kan vi inte finna att något annat län i Sverige har genomfört ett avgiftssystem som gäller samtliga hjälpmedelsgrupper och samtliga förskrivande enheter. Vi vet att diskussionen förs i hjälpmedels och brukarkretsar och att ansatser även har gjorts nationellt, senast genom Socialstyrelsens kartläggning av patientavgifter för hjälpmedel 2016.

Kriterier

De kriterier som i översynen är centrala för konsekvensbedömningen är hållbarhet, administration, kostnad/nytta och jämlikhet. Frågeställningen hur ett potentiellt avgiftssystem ger bästa möjliga ekonomiska, sociala och miljömässiga hållbarhet ligger som ett "paraplytänk" genom hela arbetet medan vi specifikt beskrivit tänkbara konsekvenser för administration, kostnad/nytta och jämlikhet.

De stora utmaningarna som identifierats i översynen med ett avgiftssystem utifrån ett ovan beskrivet helhetsgrepp är ett gemensamt administrativt stödsystem som klarar allt ifrån registrering av förskrivningar och fakturering av avgifter till fördelning av intäkter mellan enheter och som omfattar samtliga förskrivande enheter inom kommun och region. Idag finns inget sådant gemensamt system och ska ett sådant system införas behövs innovativt nytänk! Frågan är om behov och nytta befogar sådana åtgärder och om just patientavgifter för hjälpmedel är den fråga som ska bana vägen.

En möjlig väg att gå vidare om man släpper helhetsgreppet är att titta på de olika avgiftsalternativen samma avgift, högkostnadsskydd och abonnemang i mer avgränsade varianter. Till exempel högkostnadsskydd för vissa hjälpmedelsgrupper eller för hjälpmedel inom respektive kommun och region.

Vad gäller kostnadsberäkningar har utgångspunkten varit att uppdraget i översynen inte varit utifrån ett sparbetning men avgiftssystemet får heller inte bli mer kostsamt än i dagsläget. Därmed har samtliga beräkningar ställts i jämförelse med nuvarande kostnads/intäktsläge.

De beräkningar som genomförts och redovisas i rapporten bygger på tillgänglig datatillgång och här kan vi konstatera att det finns ett stort behov av att titta närmare på hur den kan utvecklas och förbättras. Brister i tillgänglig data ses framför allt i hjälpmedlet kopplat till användaren vilket ger svårigheter att bedöma olika avgiftsförändringar i förhållande till individen.

Att bedöma nyttan med olika avgiftssystem kan vi konstatera är en direkt koppling till om systemet gynnar användandet av hjälpmedel eller inte. Forskning finns (om än något begränsad) som backar upp antagandet att användande av hjälpmedel ger nyttoeffekter både för individ och samhälle. Vi har inte funnit någon forskning som påvisar effekter mellan just avgifter för hjälpmedel och användande av hjälpmedel. Däremot finns empiriska studier inom andra områden som visar att för höga belopp minskar efterfrågan och därmed användandet av en viss vara eller tjänst.

Jämställdhetsfrågan är komplex. Utifrån de avgiftsalternativ som analyserats här har flera frågeställningar ställts angående jämlikhet. Är det jämlikt att alla hjälpmedel har en samma avgift? Hur blir det då för den som har behov av många hjälpmedel och för den som har behov av få? Är det jämlikt med högkostnadsskydd? Är det jämlikt om vi har olika system inom kommun och region och/eller för dem som aldrig når upp till maxtaxan? Är det jämlikt med abonnemang? Hur blir det för dem som har få och enklare hjälpmedel mot de som har fler och mer komplicerade hjälpmedel? Svaren hittar vi ofta utifrån våra grundideologier.

När vi talar om jämlikhet är det också på sin plats att nämna de hjälpmedel som inte tagits med i de beräkningar som gjorts i översynen. Hjälpmedel för urinblåsa/tarm och diabetishjälpmedel är idag avgiftsfria i Dalarna. Hur motiveras det ur ett jämlikhetsperspektiv i förhållande till andra hjälpmedel som är avgiftsbelagda? Likaså de hjälpmedel som idag är belagda med en egenavgift såsom cyklar, ortopediska skor och hårsättning.

Användare och utföraremedverkan

Användare och utföraremedverkan i översynen har varit av stort värde. Det gav oss en utgångspunkt utifrån vad som diskuteras inom användar- och utförarekretsar gällande patientavgifter för hjälpmedel samt att definiera områden där uttalade behov finns för förändring av avgifter.

De hjälpmedelsområden där vi kan tolka ett relativt akut behov/önskemål av förändring är CPAP, elrullstolar, cyklar och hörapparater.

CPAP har en månadsavgift på 150 kr och användare anser att avgiften är för hög och ifrågasätter det "livslånga" abonnemanget. Å andra sidan anger förskrivande enhet, sömnlaboratoriet, att verksamheten är beroende av dagens intäktsnivåer. Om en mer enhetlig avgiftssättning görs där avgiften för CPAP reduceras påverkar det verksamheten mycket negativt och en annan finansieringslösning blir nödvändig.

Elrullstolar anses vara ett hjälpmedel som genererar höga kostnader för verksamheten till en

låg avgift för användaren på 150 kr.

Rättvisefrågan nämns återkommande i jämförelse med ett enklare hjälpmedel som är en låg kostnad för verksamheten men samma avgift som för en elrullstol för användaren.

Cyklar anses av både användare och utförare ha ett krångligt och obegripligt avgiftssystem. När det gäller hörapparater lyfts också frågan ur ett rättviseperspektiv om varför avgiften för hörapparat är högre än till exempel för en elrullstol och varför avgiften är per styck hörapparat och inte per par då två hörapparater förordas av förskrivarna för bästa funktion. Utförare anger också förekomst av att användare tackar nej till två hörapparater på grund av kostnaden. Om inte ett närliggande beslut för en generell förändring av avgiftssystemet genomförs finns det anledning att särskilt titta närmare på avgiftsättningen inom dessa hjälpmedelsgrupper. Enligt uppgift finns i dagsläget färdiga förslag till avgiftsförändring för elrullstolar respektive cyklar.

Användare och utföraremedverkan har också varit av stort värde under arbetet med analys- och konsekvensbedömningen i form av återkoppling och dialog.

Övriga insikter

Under arbetets gång med översynen har vissa insikter gjorts som vi anser är väsentliga att nämna och beakta i sammanhanget.

När man diskuterar kostnadsnivåer och system för patientavgifter för hjälpmedel bör det sättas i sitt sammanhang ur användarens totala perspektiv. Avgiften för hjälpmedel bör ställas i relation till övriga tänkbara utgifter i samband med användarens sjukvårdsbehov.

Idag är hjälpmedel avgiftsfria för barn och unga under 20 år. Det kan också vara av värde att se över en enhetlig avgiftsfrihet för personer på LSS- och psykiatriboenden. Empiriska studier visar att på gruppnivå är detta personer som har det mycket dåligt ställt ekonomiskt.

Olika begrepp används idag för patientavgiften för hjälpmedel och det upplevs förvirrande för många. I de intervjuer som genomförts har det framkommit att det finns en otydlighet angående ägandeskapet efter en förskrivning. Att betala en avgift har tolkats som att man köpt hjälpmedlet för eget ägande. Ett förtydligande behövs av begreppet för avgiften samt vad avgiften innebär för användaren.

En ny översyn av förskrivningsbara hjälpmedel och egenansvarsprodukter kan vara av värde särskilt utifrån ovan jämlikhetsdiskussion. Många av egenansvarsprodukterna kan både anses vara livskvalitetshöjande för användaren samtidigt som de kan minska behovet av insatser från samhället, så som exempelvis rollatorkorgen.

Hanteringen av hjälpmedel som förlorats på grund av ovarsam hantering hanteras olika för olika hjälpmedelsgrupper och inom olika verksamheter. En enhetlig riktlinje efterfrågas.

I översynen har vi beskrivit att tillbehör men inte förbrukningsartiklar ingår i de avgiftssystem vi analyserat. Begreppen tillbehör och förbrukningsartiklar används idag men det finns en otydlighet i vad som är vad. För att särskiljandet av tillbehör och förbrukningsartiklar ska vara relevant i ett förslag till avgiftssystem bör det ske ett förtydligande inom respektive hjälpmedelsgrupp.

5.Referenser

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

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården 1996/97:6

Hjälpmedelsutredningen (2017) *Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen*. SOU 2017:43.

Läkartidningen (2020) *Hörselstatus – riskfaktor och friskfaktor*
Elina Mäki-Torkko och Anders Jönsson

Nordiska Audiologiska sällskapet (2015) *Hörselvård ur folkhälsoperspektiv*
Anders Jönsson

Dahlberg Å (2010). *Kostnadsnyttobedömning av hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning*. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.

SINTEF (2016) *Nyttekostnadsanalyse av hjelpemidler*, Rapport A27934
Karl-Gerhard Hem, Øystein Dale

Hjälpmedelsinstitutet (2013) *Teknikstöd i skolan*, Erika Dahlin och Elisabeth Lagerkrans

Sveriges Kommuner och Landsting (2008) *Samhällsekonomisk kostnad och nytta av hjälpmedel och läkemedelsnära produkter – några illustrativa exempel* Marianne Svensson, Knut Ödegaard & Ulf Persson

de Joode E, van Heugten C, Verhey F, van Boxtel M (2010). *Efficacy and usability of assistive technology for patients with cognitive deficits: a systematic review*. Clinical Rehabilitation 24(8):701-

Persson J, Husberg M, Hellbom G, Fries A (2007). *Kostnader och effekter vid förskrivning av rollatorer*. CMT Rapport 2007:3. Linköping: Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT).

Persson J, Arlinger S, Husberg M (2008). *Kostnader och effekter vid förskrivning av hörapparater*. CMT Rapport 2008:5. Linköping: Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT)

Svahn M (2010). *Erfarenheter av kognitiva hjälpmedel. En intervjustudie av personer med kognitiv funktionsnedsättning*. Uppsala: Uppsala universitet & Landstinget i Uppsala län.