

KULEGRAVNING AF HØREAPPARATOMRÅDET

Juni 2012

Udarbejdet af: Arbejdsgruppen til kulegravning af høreapparatområdet

KOLOFON

Af Arbejdsgruppe til kulegravning af høreapparatområdet
For Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Social- og Integrationsministeriet
Juni 2012 (Redigering afsluttet 22. maj 2012)
ISBN: 978-87-7546-022-9

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K
T: 7226 9000

Social- og Integrationsministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K
T: 33 92 93 00

INDHOLD

1. Indledning	5
1.1. Baggrund for kulegravningen	5
1.2. Sammenfatning	6
1.2.1. Formål og baggrund.....	6
1.2.2. Fakta om høreapparatområdet	6
1.2.3. U hensigtsmæssigheder på høreapparatområdet.....	7
1.2.4. Udgifter til offentlig behandling sammenlignet med tilskuddets størrelse	8
2. Regelgrundlag og organisering	12
2.1. Lovgivning på høreapparatområdet	12
2.1.1. Høreapparatbehandling i offentligt regi.....	12
2.1.2. Tilskudsordningen – privat regi	13
2.1.3. Godkendte, private høreklinikker.....	13
2.1.4. Undervisning i brug af høreapparat	14
2.1.5. Udlevering af batterier	14
2.1.6. Udskiftning af høreapparat	14
2.2. Sammenlignelige områder	17
2.2.1. Hjælpe midde lområdet generelt.....	17
2.2.2. Brill er og kontaktlinser	18
2.2.3. Det udvidede frie sygehusvalg	19
3. Udvikling på høreapparatområdet	20
3.1. Udvikling i aktiviteten	20
3.1.1. Brugere af høreapparater	20
3.1.2. Antal offentlig hhv. privat udleverede høreapparater.....	20
3.1.3. Skuffeapparater.....	21
3.1.4. Antallet af deltagere i specialundervisning for voksne	23
3.2. Udvikling i priser og udgifter	23
3.2.1. Prisudvikling på offentligt indkøbte høreapparater.....	23
3.2.2. Udviklingen i størrelsen af tilskuddet til privat høreapparatbehandling	24
3.2.3. Offentlige udgifter til høreapparatbehandling	25
3.2.4. Regionale udgifter til høreapparatbehandling.....	25
3.2.5. Amtskommunale og kommunale udgifter	26
3.3. Udvikling i kapaciteten	26
3.3.1. Udvikling i ventetider på offentlige audiologiske klinikker.....	26
3.3.2. Kapaciteten på offentlige audiologiske klinikker	27
3.4. Fremtidige udviklingstendenser på høreapparatområdet	28
4. Kommunernes rolle i høreapparatbehandling	29
4.1. Kommunernes bevillingskompetence	29
4.2. Sagsbehandling i kommunerne	30
4.3. Kommunernes udbetaling af tilskud til privat høreapparatbehandling	31
4.4. Høreinstitutter og kommunikationscentre.....	31
4.4.1. Specialundervisning for voksne	31
4.4.2. Organiseringen af hørecentre og kommunikationscentre	32
5. Sammenligning af udgifter ved offentlig høreapparatbehandling og tilskuddet til privat høreapparatbehandling	33
5.1. Høreapparatbehandling på regionale audiologiske klinikker	33
5.1.1. Gennemsnitlige udgifter ved behandling på offentlige audiologiske klinikker	34
5.1.2. Kommunal medfinansiering	36

5.2. Høreapparatbehandling hos praktiserende speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme med rammeaftale.....	36
5.2.1. Kommunal medfinansiering	37
5.3. Andre offentlige løsninger	37
5.4. Høreapparatbehandling hos godkendt privat leverandør.....	37
5.4.1. Egenbetaling hos godkendt privat leverandør	38
5.5. Sammenligning af behandlingsudgifter	38
6. Kvalitetssikring, gennemsigtighed og øget udgiftskontrol	41
6.1. Kvalitetssikring af høreapparatområdet	41
6.1.1. Kvalitetssikring af den lægefaglige visitation	41
6.1.2. Kvalitetssikring af høreapparatbehandlingen på godkendte private klinikker og offentlige klinikker	43
6.1.3. Med henblik på at øge kvaliteten i høreapparatbehandlingen kan følgende forslag overvejes:.....	44
6.2. Øget gennemsigtighed i forhold til tilskud til behandling i privat regi	45
6.3. Udgiftskontrol.....	46
6.3.1 Færre udgifter pr. bevilling – En yderligere nedsættelse af tilskuddet.....	46
6.3.2 Færre bevillinger - Skærpede krav til visitation og udskiftning	49
6.3.3 Øvrige initiativer til udgiftskontrol.....	51
7. Mulige modeller for fremtidig indretning af høreapparatområdet.....	53
7.1. Model 1 - Regional tilskudsordning.....	53
7.2. Model 2 - Høreapparatområdet sidestilles med synsområdet	55
7.3. Model 3 - Tilskudsordning med kommunal finansiering	58
7.4. Sammenfatning	60
Bilag 1. Kommissorium: Kulegravning af høreapparatområdet.....	62
Bilag 2. Organisering af høreapparatområdet i Sverige og Norge	64
Sverige	64
Norge	65
Bilag 3. Møde om høreapparatområdet den 16. december 2010	66
Bilag 4. Ændring af tilskuddets størrelse pr. 1. januar 2011	67

1. INDLEDNING

1.1. BAGGRUND FOR KULEGRAVNINGEN

Socialministeren og indenrigs- og sundhedsministeren nedsatte i fællesskab i efteråret 2010 en arbejdsgruppe, der fik til opgave at kulegrave høreapparatområdet. Arbejdsgruppens fulde kommissorium fremgår af bilag 1.

Arbejdsgruppen blev bl.a. nedsat på baggrund af en kraftig udgifts- og aktivitetsvækst på området samt et stigende antal henvendelser fra både kommuner, borgere og fagpersonale om uhensigtsmæssigheder i det nuværende system. Den kraftige udgifts- og aktivitetsvækst skal dels ses i sammenhæng med et stigende antal ældre og dels forbedrede teknologiske muligheder, der kan have medført et indikationsskred på høreapparatområdet.

Arbejdsgruppen skulle analysere organiseringen af høreapparatbehandlingen, kvaliteten og organiseringen af den faglige visitation, kvalitetssikringen på de godkendte private klinikker, gennemsigtighed og endelig reglerne for og størrelsen af tilskuddet til privat høreapparatbehandling med henblik på at sikre større udgiftskontrol, gennemsigtighed og kvalitetssikring.

Det stigende antal henvendelser, som ministerierne har fået, har særligt vedrørt udgifterne til tilskud til privat høreapparatbehandling, der er steget de seneste år, jf. kapitel 3 samt vilkårene for og kvaliteten af den private behandling.

Patientforeninger og interesseorganisationer har tilkendegivet, at det to-strengede system, hvor kommunerne skal bevilge høreapparat eller tilskud til høreapparat, mens behandlingen foregår i sundhedssystemet eller i privat regi, giver borgerne unødigt sagsbehandlingstid og kommunerne uhensigtsmæssigt bureaukrati. Der kan dermed også være et potentiale for afbureaukratisering og forenkling – både for borgere, sundhedsvæsnet og kommunerne.

De private aktører har ligeledes tilkendegivet, at kommunerne udgør et unødvendigt bureaukratisk led. Desuden anfører de private, at konkurrencen mellem det offentlige behandlingssystem og de private hørecentre er ulige på grund af, at det af Sundhedsstyrelsens vejledning om høreapparatbehandling fremgår, at behandling af de mere komplicerede tilfælde af høretab bør ske på regionale audiologiske afdelinger.

Flere aktører, herunder Foreningen af Praktiserende Speciallæger og Danske Øre-, Næse- og Halslægers Organisation har påpeget¹, at kvalitetskontrollen på området er utilstrækkelig. Dermed kan man få mistanke om, at der udleveres høreapparater til borgere, uden at de får afhjulpet deres høretab. I den forbindelse er det også fremført, at efterkontrollen ikke er tilstrækkelig, hvilket kan betyde, at mange høreapparater ikke anvendes i fuldt omfang, men ender som skuffeapparater.

Videre har flere aktører, herunder Private Audiologiske Klinikkers Sammenslutning (PAKS) peget på², at der kan være et problem i, at speciallægerne både kan fungere som henviser og sælger af høreapparater. Denne dobbeltrolle giver speciallægerne mulighed for at henvise patienter til høreapparatbehandling og ved samme lejlighed gøre patienten opmærksom på muligheden for at vælge høreapparatbehandling og udlevering af apparat hos lægen selv.

¹ Arbejdsgruppens møde med interessenter på høreapparatområdet den 16. december 2010, jf. bilag 3.

² Som note 1.

Det er også fremført, at uddannelseskravene til personale på de private klinikker ikke er tilstrækkelige, og fra lægeside er det fremført, at der i dag ikke er krav om, at der sker en lægefaglig vurdering i forbindelse med udlevering af høreapparat.

Fra kommunal side har man peget på det, kommunerne opfatter som en skævhed i finansieringsstrukturen, idet kommunerne finansierer den fulde offentlige udgift, når en borger vælger privat høreapparatbehandling, mens kommunen kun finansierer selve høreapparatet samt 30 pct. af behandlingsudgiften via kommunal medfinansiering, når borgeren vælger offentlig behandling. Det betyder, at kommunen har højere udgifter, når borgeren vælger at få tilskud til privat behandling, end når borgeren vælger offentlig behandling.

Kommunerne har desuden anført, at de med det nuværende tilskudssystem til den private behandling har et finansieringsansvar, men ikke har mulighed for at styre bevillingerne, idet speciallægerne i øre-, næse- og halssygdomme reelt bevilger høreapparatet, når de henviser til høreapparatbehandling, og borgeren ønsker tilskud til privat behandling. Nogle kommuner har forsøgt at styre udgifterne på området ved en kritisk gennemgang af alle ansøgninger. Denne praksis blev dog stoppet med en afgørelse fra Det Sociale Nævn, som fastslår, at borgeren efter lovgivningens bestemmelser på området har ret til tilskud til privat høreapparatbehandling, når der foreligger en henvisning fra en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme.

1.2 SAMMENFATNING

1.2.1. Formål og baggrund

I efteråret 2010 nedsattes en arbejdsgruppe, der fik til opgave at kulegrave høreapparatområdet.

Med henblik på at sikre en mere hensigtsmæssig organisering, større udgiftskontrol, gennemsigtighed og bedre kvalitetssikring skulle arbejdsgruppen analysere:

- Organiseringen af høreapparatbehandlingen
- Kvaliteten og organiseringen af den faglige visitation
- Kvalitetssikringen på de godkendte private klinikker
- Reglerne for og størrelsen af tilskuddet til privat høreapparatbehandling

1.2.2. Fakta om høreapparatområdet

I dag er reguleringen af området placeret i både sundhedslovgivningen og sociallovgivningen. Høreapparater er defineret som et hjælpemiddel i serviceloven, mens behandlingen i relation hertil er reguleret i Sundhedsstyrelsens vejledning om høreapparatbehandling. Tilskudsordningen til privat høreapparatbehandling er endvidere placeret i serviceloven, mens kravene til godkendelse af private forhandlere af høreapparater er fastsat af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i bekendtgørelse om godkendelse af private forhandlere af høreapparater.

I dag skal en borger, der konstaterer høretab:

1. Have en henvisning fra en speciallæge
2. Visiteres til høreapparatbehandling hos kommunen
3. Borgeren vælger offentlig eller privat behandling
4. Den private klinik sender en regning til kommunen for høreapparatbehandlingen på maks. tilskuddets størrelse. Regionen sender regning til kommunen på høreapparatets pris.

Den private klinik sender en regning til kommunen på de faktiske udgifter, dog maksimalt tilskuddets størrelse. Hvis behandlingen er sket i offentlig regi sender regionen en regning til kommunen på høreapparatets pris. Ved offentlig behandling betaler regionen dermed

behandlingen³, hvilket indebærer at belastningen for kommunernes økonomi er større, når borgeren vælger privat, selvom de samlede offentlige udgifter er højere, når borgeren vælger offentlig behandling. Modellen indebærer en administrativ tung visitation og en skæv finansieringsstruktur.

Der har været en kraftig aktivitetsvækst og en kraftig vækst i de kommunale udgifter i årene 2001-2009. Herefter er aktiviteten stagneret med en svag faldende tendens, jf. tabel 1 og tabel 2.

Tabel 1. Antallet af udleverede høreapparater 2000-2011 (i 1.000 høreapparater)

	00/ 01	01/ 02	02/ 03	03/ 04	04/ 05	05/ 06	06/ 07	07/ 08	08/ 09	2009	2010	2011
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009	2010	2011
Privat udleveret med offentligt tilskud ¹	4	5	13	19	26	29	40	44	65	70	69	59
Årlig vækst (pct.)	-	25	160	46	37	12	38	10	48	8	-1	-14
Regionalt udleverede	76	77	73	78	74	73	64	63	66	66	64	61
Årlig vækst (pct.)	-	1	-5	7	-5	-1	-12	-2	5	0	-3	-5
I alt udleveret	80	82	86	97	100	102	104	107	131	136	133	120

¹ Forbrug af høreapparater på de private klinikker blev indtil 2008 opgjort pr. 30. juni hvert år og hermed et ½ år forskudt i forhold til opgørelsen for de offentligt udleverede apparater. Fra 2009 følger opgørelsen for begge kalenderåret. I tabellen er der derfor et overlap i kolonnerne vedr. 2008/09 og 2009 omfattende første halvår af 2009 i forhold til udleverede apparater fra private klinikker.

Kilde: DELTA.

Tabel 2. Amts-/kommunale udgifter til indkøb af høreapparater

Mio. kr., 2012, pl.	Amtskommunale						Kommunale			
Regnskab	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Udgifter til høreapparater	299	327	400	347	347	375	507	653	681	697
Årlig vækst (pct.)		9,3	22,3	-13,0	0,0	8,1	35,2	28,8	4,3	2,3

Note: Indeholder udgifter til tilskud til privat høreapparaturbehandling, offentlig udleveret høreapparatur samt batterier.

Kilde: De kommunale regnskaber, Danmarks Statistik.

Udgifts- og aktivitetsvæksten skal dels ses i sammenhæng med et stigende antal ældre og dels forbedrede teknologiske muligheder, der sandsynligvis har medført et indikationskred på høreapparatområdet.

1.2.3. U hensigtsmæssigheder på høreapparatområdet

Arbejdsgruppen har i kulegravningen afdækket en række uhensigtsmæssigheder på høreapparatområdet.

Kvaliteten i høreapparaturbehandlingen:

- Idet speciallægen både kan fungere som henviser til høreapparaturbehandling og som privat forhandler af høreapparatur, kan speciallægen have incitament til at henvise patienten til "sig selv", selvom der reelt ikke er indikation for høreapparaturbehandling..
- Manglende kvalitetskrav til apparater, der udleveres i privat regi.
- Kvalitetsmålinger i privat regi udføres af klinikkerne selv.

³ Kommunen betaler også 30 pct. af regionens behandlingsudgifter via den generelle kommunale medfinansiering af sundhedsudgifter.

- Skuffeapparater, dvs. apparater, der ikke anvendes regelmæssigt af borgeren.

Gennemsigthed:

- Manglende gennemsigthed i forhold til pris og kvalitet for borgere, der køber høreapparat hos private leverandører.
- Regningerne til kommunerne udspecificeres ikke, hvilket indebærer, at kommunerne ikke kan afgøre hvor stort et beløb, der anvendes til henholdsvis behandling og apparat. Kommunerne anfører samtidig, at regningerne oftest rammer det fulde tilskudsbeløb.

Udgiftskontrol:

- Kommunerne har formelt bevillingsansvar, men med en afgørelse i et socialt nævn, der indebærer, at kommunerne ikke må efterprøve speciallægenes henvisning, når borgerne ønsker privat behandling, er kommunernes visitationsproces reelt sat ud af kraft.
- Tilskuddet er siden 2002 blevet reguleret med satsreguleringsprocenten, mens priserne på høreapparater i faste priser har været svagt faldende⁴.
- En ankeafgørelse fra Ankestyrelsen betyder, at hvis det høreapparat, som borgeren ønsker at få udskiftet, er udleveret i privat regi, har borgeren ret til at få et nyt høreapparat efter 4 års-periodens udløb, hvis betingelserne i øvrigt fortsat er opfyldt. Dette gælder også i de tilfælde, hvor apparatet er fuldt funktionsdueligt efter de fire år.

1.2.4. Udgifter til offentlig behandling sammenlignet med tilskuddets størrelse

Arbejdsgruppen har sammenlignet udgifterne til høreapparatbehandling i offentlig regi med de offentlige udgifter forbundet med behandling i privat regi (tilskuddet). Rapporten konkluderer, at behandling på privat klinik med offentligt tilskud giver anledning til de mindste offentlige udgifter – både ved behandling af et øre og to ører. Det kan dog ikke konkluderes, at de private klinikker nødvendigvis er billigere, idet nogle af udgifterne i stedet kan være betalt af borgeren gennem egenbetaling.

Ved sammenligning mellem udgifter i offentligt regi og tilskuddet til privat behandling er der en række forhold, der bør tages højde for bl.a. forskel i rammevilkår og produktionsbetingelser. I det offentlige er der - modsat i det private - en forpligtelse til uddannelse. Derudover må det forventes, at de regionale audiologiske klinikker generelt behandler ”tungere” patienter end i det private, jf. Sundhedsstyrelsen faglige anbefalinger om, at mere komplicerede høretab bør behandles ved medicinsk audiolog. Omvendt har de private klinikker udgifter, som ikke medtages i DAGS-taksterne⁵ såsom udgifter til apparatur og husleje.

1.2.5. Mulige modeller for fremtidig indretning af høreapparatområdet

I rapporten peges der på en række initiativer, der kan løse de kortlagte problemstillinger i forhold til kvalitetssikring, gennemsigthed og udgiftskontrol.

Kvalitetssikring:

- Dokumentation af efterlevelse af Sundhedsstyrelsens retningslinjer
- Krav om henvisning fra speciallæge med overenskomst
- Henvisende speciallæger må ikke udlevere høreapparater
- Øget fokus på brug af alternativer til høreapparater, fx undervisning mv.

⁴Med Genopretningspakken er tilskuddet reduceret med 10 pct. fra 6.230 kr. til 5.607 kr.

⁵De takster som sygehuse honoreres med i forbindelse med ambulant behandling.

- Kvalitetsmålinger i såvel offentligt som privat regi
- Kvalitetskrav til privat udleverede høreapparater med tilskud
- Ændring i tilsynet med de godkendte private klinikker

Øget gennemsigtighed i forhold til tilskud til behandling i privat regi

- Oprettelse af prisportal
- Udspecificering af regninger
- Oplysning om egeninteresser

Udgiftskontrol

- En yderligere sænkelse af tilskuddet
- Nye regler for udskiftning af høreapparater i privat regi
- Skrappe krav til visitation – enten lægefaglige krav eller skærpet væsentlighedskriterium i kommunerne
- Krav om henvisning fra speciallæge med overenskomst
- Indførelse af egenbetaling i offentlig regi
- Fælles indkøb efter udbud
- Ændring af batteriordningen

Afslutningsvis opstiller rapporten tre modeller for en mulig fremtidig organisering af høreapparatområdet:

- En samling af høreapparatområdet i sundhedsloven med en regional tilskudsordning.
- En model, hvor høreapparatområdet sidestilles med synsområdet og lovgivningsmæssigt reguleres i enten sundhedsloven eller serviceloven.
- Justeringer af den nuværende organisering, dvs. en tilskudsordning med kommunal finansiering.

Tabel 3. Karakteristika ved de tre modeller

	Regional tilskudsmodel	”Brillemodellen”	Kommunal tilskudsmodel
Støtte reguleres i	Sundhedslovgivningen	Serviceloven eller sundhedslovgivningen Aktivloven Pensionslovgivningen	Serviceloven
Faglige krav reguleres i	Sundhedslovgivningen	Serviceloven eller sundhedslovgivningen	Sundhedslovgivningen, evt. suppleret med faglige retningslinjer i serviceloven til den kommunale sagsbehandling
Bevillingsmyndighed	Regioner via speciallæger, der henviser ud fra faglige og sociale visitationskriterier	Kommuner eller regioner, ud fra indikationsliste	Kommuner, ud fra væsentlighedskriterium og evt. faglige kriterier
Finansieringsansvar ift. høreapparatet	Regioner	Kommuner eller regioner	Kommuner
Administration	Mindre administration, da sagsgang i kommunerne fjernes (regionerne skal dog udbetale tilskud)	Færre sager i offentlig regi Administration af tilskud efter aktivloven og pensionslovgivningen	Øget administration med genindførelse af væsentlighedskriterium og/eller faglig kontrol af speciallægenes

			henvisninger
Egenbetaling	Som i dag	Mange borgere vil falde uden for indikationslisten og vil få fuld egenbetaling (bortset fra evt. støttemuligheder i aktivloven og pensionslovgivningen)	Som i dag
Frit valg	Som i dag	Borgere inden for indikationslisten mister retten til frit valg, men der kan gives mulighed for tilkøb	Som i dag
Ventetid	Kortere, da et sagsbehandlingsled i kommunerne fjernes, idet lægerne bevilger direkte	Kortere ventetid, da færre skal behandles i offentligt system	Formentlig længere, da der indføres en grundigere administrativ sagsbehandling eller et ekstra fagligt sagsbehandlingsled i kommunen

Note: Nogle parametre, fx egenbetaling og frit valg vil blive påvirket, hvis modellen kombineres med udvalgte initiativer fra kapitel 6.

I alle tre modeller forudsættes det, at kommunerne fastholder ansvaret for at tilbyde specialundervisning i forlængelse af høreapparatbehandlingen. Denne specialundervisning finansieres og bevilges i dag af kommunerne, men foregår på kommunikationscentre mv. i enten regionalt, privat eller kommunalt regi.

I kapitel 2 beskrives den nuværende organisering og regelgrundlaget på området, og desuden beskrives andre relevante frit valgs ordninger. I kapitel 3 belyses udviklingen på området. I kapitel 4 gennemgås det kommunale ansvarsområde med fokus på sagsbehandlingen, udbetaling af tilskud og de kommunale høre- og kommunikationscentre. I kapitel 5 gennemgås udgifterne til behandling i offentlig og privat regi.

I rapporten anvendes en række begreber, der er vigtige for forståelsen af området. De vigtigste begreber er defineret i boks 1.1.

Boks 1.1. Definition af vigtige begreber

- **Høreapparat:** Et høreapparat afhjælper hørelsen på ét øre. Hvis en borger har høretab på begge ører udleveres oftest to høreapparater.
- **Forundersøgelse:** Undersøgelse hos speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme mhp. afdækning af behov for høreapparatbehandling. Efter forundersøgelsen kan speciallægen henvise borgeren til høreapparatbehandling.
- **Høreapparatbehandling:** Omfatter tilpasning og udlevering af apparat samt efterjustering og kontrol.
- **Speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme:** Læge, der kan henvise til høreapparatbehandling.
- **Praktiserende speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme med rammeaftale med regionen:** Speciallæge, der som en del af det offentlige system, kan gennemføre høreapparatbehandling inklusiv udlevering af høreapparat.
- **Rammeaftale:** Praktiserende speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme med overenskomst kan indgå rammeaftale med regionen om varetagelse af høreapparatbehandling efter nogle fastsatte takster.
- **Regional audiologisk klinik:** Sygehusafdeling, som varetager høreapparatbehandling.

- **Godkendt privat høreklinik:** Privat godkendt klinik, hvor borgere, der er henvist af speciallæge og visiteret af kommunen, kan få høreapparatbehandling med tilskud fra kommunen.

2. REGELGRUNDLAG OG ORGANISERING

2.1. LOVGIVNING PÅ HØREAPPARATOMRÅDET

Høreapparater bevilges i dag som et hjælpemiddel. Borgeren kan, hvis hun/han er visiteret til høreapparatbehandling, vælge at få høreapparatbehandlingen i det offentlige system (enten på regionale audiologiske klinikker eller hos praktiserende speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme med rammeaftale), eller hun/han kan vælge at få udbetalt et tilskud til privat høreapparatbehandling⁶.

Reglerne for hjælpemidler, herunder tilskudsordningen, der giver borgeren ret til at vælge privat høreapparatbehandling, findes i § 112 i Lov om Social Service og er udmøntet i bekendtgørelse nr. 148 af 24. februar 2011 om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter serviceloven. Serviceloven er under Social- og Integrationsministeriets ressort.

I medfør af servicelovens § 112 har kommunalbestyrelsen bevillingskompetencen og finansieringsansvaret i forhold til støtte til høreapparater⁷. Det er kommunen, der efter en speciallægehenvielse bevilger borgeren høreapparat. Ifølge serviceloven skal kommunens visitation ske ud fra en konkret vurdering og under hensyn til betingelserne i servicelovens § 112, stk. 1. Det er en betingelse for støtte til høreapparat, at borgeren har en varigt nedsat funktionsevne (varigt høretab). Endvidere skal høreapparatet i væsentlig grad kunne afhjælpe følgerne af høretabet, i væsentlig grad lette den daglige tilværelse, eller det skal være nødvendigt for, at borgeren kan udøve et erhverv. Efter en afgørelse i et socialt nævn⁸ i 2010 er det blevet fastslået, at borgeren har ret til tilskud til privat høreapparatbehandling, når der foreligger en henvisning fra en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme. Kommunen kan derfor ikke tilsidesætte speciallægeerklæringen, men er forpligtet til at udbetale tilskud, hvis borgeren ønsker det. Problemstillingen er nærmere beskrevet i kapitel 4.1. om kommunernes sagsbehandling.

Sundhedsministeriet har ansvaret for at fastsætte regler om sikring af kvalitet og godkendelse af private forhandlere af høreapparater, jf. servicelovens § 112, stk. 6. Reglerne er udmøntet i ministeriets bekendtgørelse nr. 1513 af 13. december 2007 om godkendelse af private forhandlere af høreapparater. Sundhedsministeriet har uddelegeret tilsynskompetencen til DELTA (Teknisk-Audiologisk Laboratorium).

Det følger af bekendtgørelsen, at Sundhedsstyrelsen har ansvar for at fastlægge nærmere retningslinjer for høreapparatbehandling og fastlægge retningslinjer for tilsyn med godkendte private forhandlere af høreapparater. I medfør af bekendtgørelsen har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en vejledning om god høreapparatbehandling i såvel offentligt som privat regi.

2.1.1. Høreapparatbehandling i offentligt regi

En borger, der er visiteret til høreapparatbehandling gennem en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme, og som har fået bevilget støtte til høreapparat af kommunen, kan vælge at få sin høreapparatbehandling i offentlig regi. Inden for det offentlige system er der to muligheder, enten at få høreapparatbehandlingen på en regional audiologisk høreklinik (som indgår i en øre-, næse-,

⁶Derudover er der ifølge DELTA eksempler på, at regioner har indgået aftale med private godkendte klinikker om at varetage høreapparatbehandling i offentligt regi på samme måde som ved rammeaftaler med praktiserende speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme. DELTA har dog oplyst, at sådanne aftaler udgør en meget lille del af den samlede høreapparatbehandling.

⁷ Det bemærkes, at før kommunalreformen i 2007 havde amterne både visitations-, bevillings- og finansieringsansvar for den fulde høreapparatbehandling inklusiv udbetaling af tilskud til borgere, der ønskede privat høreapparatbehandling.

⁸ Kommunalbestyrelsens afgørelse om afslag på støtte til høreapparat kan påklages til Det Sociale Nævn. Det Sociale Nævn er en regional myndighed, der er klageinstans og praksiskoordinator på det sociale område. Nævnet består af direktøren for den statsforvaltning, hvori nævnet er beliggende, samt to lægmænd. Nævnets afgørelse er som udgangspunkt endelig, men generelle eller principielle sager kan behandles af Ankestyrelsen, som er øverste administrative klageinstans på det sociale område.

halsafdeling på et sygehus) eller hos en praktiserende speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme med rammeaftale med regionen.

Såfremt borgeren vælger at få høreapparatbehandling i offentlig regi, er behandlingen og apparatet uden egenbetaling uanset, hvad det koster, men borgeren får alene høreapparat til låns. Borgeren er således forpligtet til at aflevere høreapparatet efter endt brug, hvorefter hele apparatet eller dele heraf kan genbruges.

Det er regionen, der i medfør af sundhedslovens § 74, har ansvaret for tilrettelæggelsen af høreapparatbehandlingen på de offentlige sygehuses audiologiske klinikker. Regionerne indgår ligeledes overenskomst med praktiserende speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme, der kan udlevere høreapparater som en del af den offentlige høreapparatbehandling.

2.1.2. Tilskudsordningen – privat regi

En borger, der er visiteret til høreapparatbehandling af en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme, og som har fået bevilget støtte til høreapparat af kommunen, kan som alternativ til det offentlige system vælge at få et tilskud til privat høreapparatbehandling fra kommunen og gå til en godkendt privat høreklub. Tilskuddet udgør pr. 1. januar 2012 5.607 kr. pr. høreapparat⁹. Tilskuddet omfatter høreprøve, høreapparat, tilpasning, service og garanti og er inkl. moms. Tilskuddet kan ikke udgøre mere end de faktiske udgifter.

Hvis borgeren har fået høreapparatbehandling i privat regi, er høreapparatet borgerens ejendom, og det skal dermed ikke tilbageleveres efter endt brug.

Undersøgelser viser, at borgere, der vælger høreapparatbehandling i privat regi, ofte har en vis egenbetaling, da tilskuddet ikke altid dækker den fulde udgift til hele høreapparatbehandlingen. En undersøgelse fra CASA fra 2007 viser, at 71 pct. af de brugere, der vælger privat leverandør, har en egenbetaling¹⁰. Foreningen af private audiologiske klinikker (PAKS) og Dansk Hørecenter har oplyst til arbejdsgruppen, at 75 pct. af borgerne har en egenbetaling, der i gennemsnit beløber sig til 2.500 kr. pr. høreapparat.

Sygeforsikringen Danmark giver tilskud til privat købte høreapparater, hvis der er givet offentligt tilskud. Det er en betingelse, og det skal dokumenteres, at købet er sket i henhold til servicelovens § 112, stk. 5 og 6.¹¹

2.1.3. Godkendte, private høreklubber

Tilskudsordningen kan alene benyttes på godkendte, private høreklubber (private høreapparatleverandører), der opfylder en række nærmere fastsatte krav, som er fastsat i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1513 af 13. december 2007 om godkendelse af private forhandlere af høreapparater.

For at opnå godkendelsen skal en privat høreapparatleverandør opfylde følgende krav:

- Audiometri skal udføres af audiolog eller audiologiassistent i henhold til anerkendte og dokumenterede retningslinjer og standarder
- Audiometriudstyr skal kalibreres mindst en gang årligt
- Kvalitetshåndbog for audiometri, personale og høreapparatbehandling (herunder aftrykstagning) og håndtering af evt. klager skal foreligge

⁹ Tilskuddet er ændret fra 1. januar 2011. Læs mere i bilag 3.

¹⁰ CASA "Høreomsorgen i Danmark – Vurderinger og holdninger blandt personer med høretab" 2007.

¹¹ Ved køb af høreapparat med offentligt tilskud dækker Sygeforsikringen Danmark med op til 1000 kr. for gruppe 1 og 2 og op til 500 kr. for gruppe 5. Tilskuddet dækker apparat plus tilpasning.

- Udvælgelse og tilpasning af høreapparater skal ske med udgangspunkt i producentens vejledning
- Effekt af høreapparatbehandling skal dokumenteres ved hjælp af måling eller patientinterview, der skal anføres i patientjournalen
- Klinikken skal årligt afrapportere til DELTA. Afrapporteringen består af halvårlig indrapportering af data baseret på det internationale spørgeskema International Outcome Inventory for Hearing Aids (IOI-HA), som fokuserer på brugernes nytte af deres høreapparat samt orientering om tilgang og afgang af personale, og hvor mange høreapparater der er udleveret mv.
- DELTA fører anmeldt tilsyn en gang årligt i forhold til ovennævnte krav.

Det er DELTA Teknisk-Audiologisk Laboratorium i Odense, som godkender og fører årligt tilsyn med de private høreapparatleverandører.

I forbindelse med udlevering af høreapparat skal den private klinik gøre opmærksom på muligheden for at modtage gratis hørpædagogisk instruktion og undervisning på kommunale og regionale hørecentre.

2.1.4. Undervisning i brug af høreapparat

Efter høreapparatbehandlingen er gennemført og høreapparatet udleveret, kan der være behov for undervisning i brugen af høreapparatet. Lov om specialundervisning for voksne forpligter kommunerne til at tilbyde specialundervisning samt bistand til personer med fysiske og psykiske handicap herunder til hørehæmmede. Undervisningen tilbydes oftest på kommunikationscentre og høreinstitutter. Borgeren skal visiteres til undervisningen af kommunen. Læs mere om specialundervisningen på kommunikationscentre og høreinstitutter i kapitel 4.

2.1.5. Udlevering af batterier

Efter reglerne i serviceloven er kommunerne i dag forpligtet til at udlevere batterier til høreapparater gratis til personer, som er visiteret til et høreapparat. Borgeren kan altså, uanset om høreapparatet er udleveret i offentligt eller privat regi, få udleveret batterier af kommunen uden egenbetaling.

Der er tale om en afvigelse i forhold til, hvad der gælder for de fleste andre hjælpemidler, hvor borgeren selv afholder udgifter forbundet med driften af selve hjælpemidlet, herunder fx opladning til elektriske kørestole mv.

Batterierne er knapcelle-batterier af typen ”zink-luft”. De indkøbes af kommunerne via en central indkøbsordning gennem DELTA og udleveres fx via apoteket, hjælpemiddelcenteret eller på høreklinikker eller sendes direkte hjem til borgeren.

Den fælles kommunale indkøbsordning betyder, at batterierne indkøbes forholdsvist billigt til under én krone pr. styk. Hvis borgeren selv skulle købe batteriet på markedet i dag, vil det koste ca. 4 kr. pr. batteri ved køb af 10 batterier. En fuldtidsbruger af et høreapparat skal skifte batteri cirka hver 5-6. dag. Det betyder, at en fuldtidsbruger anvender ca. 65 batterier på et år.

2.1.6. Udskiftning af høreapparat

Reglerne for udskiftning af høreapparat afhænger af, om apparatet er udleveret offentligt eller privat.

Offentlig regi

Hvis det høreapparat, som borgeren ønsker at få udskiftet, er udleveret i offentligt regi, skal en ansøgning om udskiftning vurderes ud fra den generelt gældende regel for udskiftning af

hjælpemidler. Reglen findes i § 4, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 148 af 24. februar 2011 om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter serviceloven. Efter denne regel ydes der hjælp til udskiftning efter behov.

Der skal altid foretages en individuel bedømmelse af ansøgninger om udskiftning. De forhold, der kan lægges vægt på, er f.eks. individuel brug, legemlige forandringer, slitage eller det, at hjælpemidlet er gået tabt, f.eks. ved tyveri eller brand.

Privat regi

Hvis det høreapparat, som borgeren ønsker at få udskiftet, er udleveret i privat regi, skal en ansøgning om udskiftning vurderes efter § 4, stk. 8-9, i ovennævnte bekendtgørelse. Efter § 4, stk. 8, kan der tidligst ydes støtte til nyt høreapparat, når det eksisterende er 4 år gammelt. Tidsfristen gælder separat for hvert høreapparat og regnes fra ibrugtagning.

Ankestyrelsen har i principafgørelse nr. 104-10 fortolket ovennævnte bestemmelse således, at hvis betingelserne for høreapparat fortsat er opfyldt, vil borgeren have ret til udskiftning efter 4 år. Denne fortolkning betyder, at borgeren ”pr. automatik” vil kunne få et nyt høreapparat efter 4 års-periodens udløb, hvis betingelserne i øvrigt fortsat er opfyldt. Dette vil også gælde i de tilfælde, hvor borgerens eksisterende høreapparat fortsat virker. Det skal dog understreges, at Ankestyrelsens principafgørelse alene gælder, hvis det oprindelige høreapparat er udleveret i privat regi.

Efter bekendtgørelsens § 4, stk. 9, kan der ske udskiftning inden 4 års-periodens udløb, hvis borgeren er udsat for en markant helbredsbetiget forværring i sin hørelse. Det samme gælder, hvis legemlige forandringer eller slitage umuliggør anvendelse af høreapparatet, eller hvis høreapparatet er gået tabt ved tyveri, brand eller lignende. Det bemærkes herved, at hvis høreapparatet gentagne gange er bortkommet, fordi borgeren har tabt det, vil dette aspekt indgå i den samlede vurdering af, om borgerens høretab er kompenseret på den rette måde ved fortsat brug af høreapparat.

Et ønske fra borgeren om et nyt høreapparat begrundet i den teknologiske udvikling, som medfører, at den pågældende kan få et høreapparat, hvis teknologiske og kvalitetsmæssige standard er bedre end borgerens nuværende apparat, kan ikke i sig selv begrunde, at der ydes tilskud til førtidig udskiftning.

Boks 2.1. Beskrivelse af et typisk sagsforløb

En borger, der mærker et høretab, kan henvende sig til en speciallæge i øre-, næse-, halssygdomme. Speciallægen i øre-, næse-, halssygdomme laver bl.a. en toneaudiometri, som er en undersøgelse af hørelsen (forundersøgelse), og giver på den baggrund eventuelt borgeren en henvisning til høreapparatbehandling.

Med henvisningen i hånden henvender borgeren sig til sin kommune og ansøger om støtte til høreapparat. Borgeren skal formelt have en bevilling fra kommunen, før høreapparatbehandlingen kan igangsættes.

Borgeren kan nu vælge, om han ønsker behandling i offentlig eller privat regi. Ifølge Sundhedsstyrelsens faglige retningslinjer skal svære høretab imidlertid som udgangspunkt henvises til behandling i offentlig regi. Det er borgerens eget valg, om han ønsker offentlig eller privat behandling.

Hvis borgeren har valgt det offentlige sundhedssystem, vil en regional audiologisk klinik eller en praktiserende speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme med rammeaftale med regionen forestå høreapparatbehandlingen og afgøre, hvilket apparat borgeren skal anvende for at kompensere høretabet. Når behandlingen er afsluttet og apparatet udleveret, sender den offentlige audiologiske klinik eller den praktiserende speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme med overenskomst en

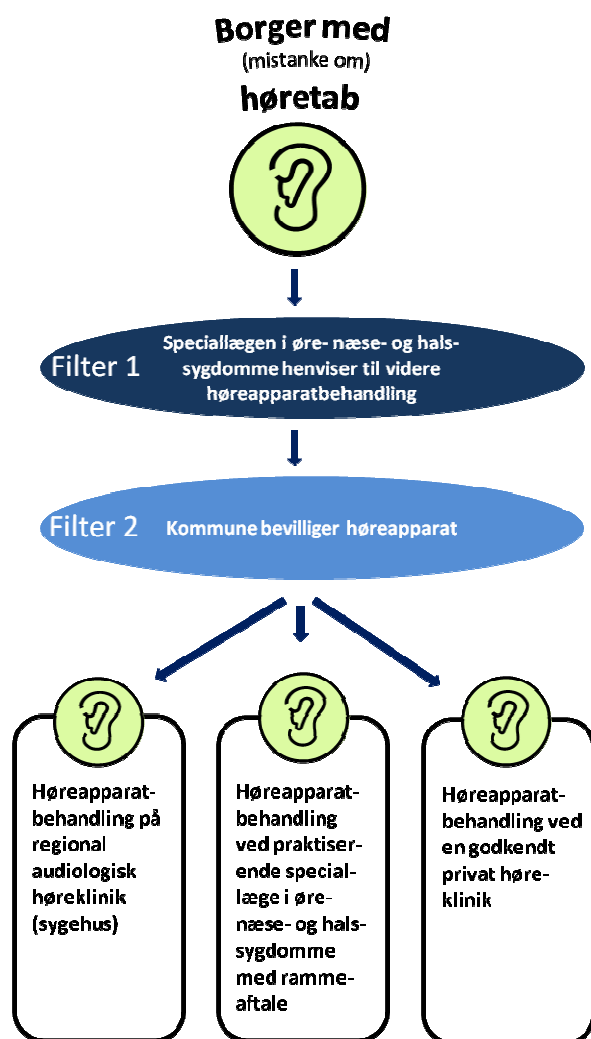
regning til kommunen på udgiften for selve apparatet. Desuden betaler kommunen 30 pct. af behandlingsudgifterne i det regionale sundhedsvæsen¹². Borgeren har ingen egenbetaling.

Hvis borgeren vælger at få høreapparatbehandling i privat regi, foregår høreapparatbehandlingen på en privat godkendt høreklinik. Når den private godkendte høreklinik i samarbejde med borgeren har afgjort, hvilket høreapparat borgeren ønsker, får borgeren høreapparatet udleveret og høreklinikken sender en faktura til kommunen, som herefter udbetaler tilskuddet til klinikken. Borgeren betaler selv en eventuel difference mellem tilskuddets størrelse og den samlede pris for høreapparatbehandlingen.

Uanset om borgeren har fået udleveret høreapparatet i offentlig eller privat regi, kan kommunen derefter bevilge undervisning i brug af høreapparatet.

¹² Efter kommunalreformen betaler kommunerne 30 pct. af udgifterne til sygehusbehandling og behandling hos praktiserende speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme – dog maksimalt 332 kr. pr. ambulant besøg.

Figur 2.1. Borgerens vej til høreapparat



2.2. SAMMENLIGNELIGE OMRÅDER

2.2.1. Hjælpemiddelområdet generelt

Der er i dag frit valg af leverandør af hjælpemidler efter serviceloven. Reglerne for tilskud til høreapparatbehandling i privat regi adskiller sig fra de øvrige regler for frit valg af hjælpemidler, da ordningen er en tilskudsordning.

Generelt for hjælpemidler gælder, at der kan ydes hjælp til anskaffelse af det bedst egnede og billigste hjælpemiddel. Hjælpen kan ydes som udlån, kontantydelse eller udleveres som naturalhjælp.

Borgeren kan frit vælge leverandør af hjælpemidler. Hvis kommunalbestyrelsen har indgået en leverandøraftale, og borgeren ønsker at benytte en anden leverandør end den, som kommunalbestyrelsen har indgået leverandøraftale med, indkøber borgeren selv hjælpemidlet og får udgifterne hertil refunderet, dog højst med et

beløb svarende til den pris, kommunen kunne have erhvervet hjælpemidlet til hos sin leverandør. Har kommunalbestyrelsen ikke indgået leverandøraftale, kan borgeren vælge leverandør, og støtten ydes efter regning, dog højst med et beløb svarende til prisen på det bedst egnede og billigste hjælpemiddel. Borgeren kan herudover mod betaling af prisdifferencen vælge at indkøbe et dyrere hjælpemiddel end det, der er omfattet af kommunalbestyrelsens bevilling. Borgerens ret til frit at vælge leverandør gælder ikke, hvis kommunalbestyrelsen kan stille et fuldstændig identisk, men brugt hjælpemiddel til rådighed enten via eget hjælpemiddellager eller via sin leverandør.

2.2.2. *Briller og kontaktlinser*

Reglerne for høreapparater er anderledes, end hvad der gælder for synsområdet, hvor borgerne som udgangspunkt selv skal afholde udgifterne til briller eller kontaktlinser, medmindre der er tale om særlige briller eller kontaktlinser til personer med medicinsk-optisk definerede, varige øjenlidelser mv.

I bilag 2 i bekendtgørelse nr. 148 af 24. februar 2011 om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter serviceloven er en udtømmende liste over de øjenlidelser, som medfører, at der kan bevilges støtte til briller og kontaktlinser. Hvis borgeren ikke har en af disse øjenlidelser, kan der ikke ydes støtte til briller eller kontaktlinser efter serviceloven.

Sundhedsloven indeholder hjemmel til at yde tilskud til brilleglas og brillestel til børn under 16 år, jf. sundhedslovens § 70.

Sygesikringen Danmark giver tilskud til briller og kontaktlinser¹³.

Folkepensionister og førtidspensionister, der har fået tilkendt førtidspension efter de regler, der var gældende før 1. januar 2003, har mulighed for at søge personligt tillæg, hvis deres økonomiske forhold er særlig vanskelige. Kommunen træffer afgørelse herom efter en konkret individuel vurdering af pensionistens økonomiske forhold. Der kan også søges om hjælp i form af personlige tillæg til udgifter til nødvendig udskiftning eller anskaffelse af briller, hvis den konkrete, individuelle vurdering af pensionistens samlede økonomiske forhold viser, at der er tale om en særlig vanskelig økonomisk situation.

Folkepensionister og førtidspensionister, der har fået tilkendt førtidspension efter de regler, der var gældende før 1. januar 2003, og som opfylder krav til indkomst og formue, har desuden mulighed for at søge udvidet helbredstillæg til betaling af udgifter til en række lovbestemte poster, fx briller. Kommunen skal vurdere, at udgiften er nødvendig. Helbredstillægget kan højst udgøre 85 pct. af pensionistens andel af udgiften. Helbredstillægget udbetales efter størrelsen af pensionistens personlige tillægsprocent.

Endelig har kommunen efter § 81 i Lov om en aktiv socialpolitik mulighed for at yde hjælp til rimeligt begrundede enkeltudgifter til en person, hvis den pågældendes egen afholdelse af udgifterne i afgørende grad vil vanskeliggøre den pågældendes og familiens muligheder for at klare sig selv i fremtiden. Hjælpen kan normalt kun ydes, hvis udgiften er opstået som følge af behov, der ikke har kunnet forudses.

Efter § 82 i Lov om en aktiv socialpolitik kan kommunen yde hjælp til udgifter til sygebehandling, medicin, tandbehandling eller lignende, herunder briller, hvis udgiften ikke kan dækkes efter

¹³ Sygeforsikringen Danmark dækker op til 370 kr. for enkeltstyrkebriller, op til 700 kr. for flerstyrkebriller og op til 40 kr. pr. måned for kontaktlinser for gruppe 1 og 2 og 5 (2012).

anden lovgivning, og hvis ansøgeren ikke har økonomisk mulighed for at betale udgifterne. Der kan kun ydes hjælp, hvis behandlingen er nødvendig og helbredsmæssigt velbegrunder.

Der kan ikke ydes hjælp efter §§ 81 og 82 i Lov om en aktiv socialpolitik til folkepensionister og førtidspensionister, der har fået tilkendt pension efter de regler, der var gældende før den 1. januar 2003, da de pågældende har mulighed for at ansøge om personligt tillæg.

2.2.3. Det udvidede frie sygehusvalg

Borgere, der vælger høreapparatbehandling på offentlige audiologiske klinikker, er ikke omfattet af udvidet frit sygehusvalg efter sundhedslovens § 87, der indbefatter, at patienter, der er henvist til et offentligt sygehus, og som skal vente mere end 1 måned på behandling, har ret til at få undersøgelse og behandling på et privat hospital med aftale med regionen.

3. UDVIKLING PÅ HØREAPPARATOMRÅDET

3.1. UDVIKLING I AKTIVITETEN

3.1.1. Brugere af høreapparater

Statens Institut for Folkesundhed har senest i 2005 foretaget en undersøgelse af danskernes sundhed og sygelighed, hvor andelen af høreapparatbrugere bliver opgjort i pct. af den samlede befolkning.

Ifølge undersøgelsen har der i perioden 1987 til 2005 været en vækst i andelen af befolkningen over 16 år, der bruger høreapparat, på ca. 2,5 procentpoint. Andelen er således steget fra 2,6 pct. i 1987 til 5,1 pct. i 2005.

I undersøgelserne fra 2000 og 2005 er andelen af befolkningen med høreapparat fordelt på aldersgrupper, jf. tabel 3.1.

Tabel 3.1. Andel høreapparatbrugere på landsplan fordelt på køn (pct.)

	2000	2005	2000	2005
	Mænd	Mænd	Kvinder	Kvinder
16-24 år	-	0,3	0,2	0,3
25-44 år	0,5	0,4	0,5	0,6
45-66 år	3,3	4,1	2,5	2,4
67-79 år	16,7	16,1	8,4	11,4
80+ år	35,8	38,4	31,3	31,7
I alt	4,4	5,6	3,8	4,7

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed: "Sundhed og Sygelighed i Danmark 2005 og udvikling siden 1987".

Det ses af tabel 3.1, at andelen af høreapparatbrugere er kraftigt stigende med alderen, og at høretab dermed oftest er aldersbetinget.

Stigningen i anvendelsen af høreapparater ligger for mænd fortrinsvis i aldersgrupperne 45-66-årige og de +80-årige, mens den for kvinder primært er i aldersgruppen 67-79-årige.

3.1.2. Antal offentlig hhv. privat udleverede høreapparater

I perioden 2001 til 2009 har der samlet set været en stigning i antallet af udleverede høreapparater på 56.000 apparater. Stigningen fra 80.000 til 136.000 høreapparater svarer til en stigning på 70 pct., jf. tabel 3.2. Fra 2009 til 2011 er antallet af udleverede høreapparater faldet med 16.000, fra 136.000 til 120.000 apparater, svarende til et fald på ca. 12 pct. Antallet af udleverede apparater er for hele perioden steget med 50 pct.

Tabel 3.2. Antallet af udleverede høreapparater 2000-2011 (i 1.000 høreapparater)

	00/01	01/02	02/03	03/04	04/05	05/06	06/07	07/08	08/09	2009	2010	2011

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009	2010	2011
Private godkendte klinikker med offentligt tilskud ¹	4	5	13	19	26	29	40	44	65	70	69	59
Årlig vækst (pct.)	-	25	160	46	37	12	38	10	48	8	-1	-14
Regionalt regi	76	77	73	78	74	73	64	63	66	66	64	61
Årlig vækst	-	1	-5	7	-5	-1	-12	-2	5	0	-3	-5
I alt	80	82	86	97	100	102	104	107	131	136	133	120

¹Forbrug af høreapparater på de private klinikker blev indtil 2008 opgjort pr. 30. juni hvert år og hermed et ½ år forskudt i forhold til opgørelsen for de offentligt udleverede apparater. Fra 2009 følger opgørelsen for begge kalenderåret. I tabellen er der derfor et overlap i kolonnerne vedr. 2008/09 og 2009 omfattende første halvår af 2009 i forhold til udleverede apparater fra private klinikker.

Kilde: DELTA.

Mens antallet af høreapparater udleveret i offentlig regi er faldet med ca. 20 pct. i perioden, er antallet af høreapparater udleveret ved en privat klinik 15-doblet i perioden, fra 4.000 i 2000/2001 til 59.000 høreapparater udleveret på en privat høreklub i 2011. Den private andel af udleverede høreapparater er steget fra 5 pct. til ca. 49 pct. i samme periode.

I perioden har der samtidig været en stor stigning i antallet af godkendte private klinikker fra 41 klinikker til 194 klinikker ved udgangen af 2011.

Tablet 3.3. Udvikling i af antallet af behandlingssteder

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Godkendte private klinikker	41	40	57	66	86	99	99	111	143	172	194
Regionale høreklubner	17	17	17	18	18	18	18	18	18	18	18
Prak. speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme med rammeaftale ¹	-	-	-	-	-	-	10	10	10	9	7
Private klinikkens andel af udleverede høreapparater (pct.)	5	6	15	20	26	28	38	41	52	52	49

¹Danske Regioner har kun haft mulighed for at frembringe data fra 2007 og frem. Danske Regioner har endvidere oplyst, at Region Syddanmark pr. maj 2009 nedlagde rammeaftalen med en af speciallægerne, mens Region Midtjylland pr. 1. april 2011 har opsagt rammeaftale med to speciallæger med et halvt års varsel. Ultimo 2011 vil der således som udgangspunkt kun være 7 speciallæger med rammeaftale.

Kilde: DELTA og Danske Regioner.

3.1.3. Skuffeapparater

Der er ikke klarhed over antallet af høreapparater, der udleveres til borgere, som ikke anvender dem eller kun anvender apparaterne uregelmæssigt ("skuffeapparater").

Som et led i DELTAs kvalitetskontrol af de private høreklivikker skal alle godkendte private klivikker udlevere et spørgeskema (IOI-HA spørgeskemaet) til deres kunder, og kundernes svar skal indsendes til DELTA. De seneste resultater fra IOI-HA spørgeskemaet for 2011 viste, at:

- 73,7 pct. af brugerne har angivet, at de benytter deres høreapparater mere end 8 timer daglig
- 19,6 pct. af brugerne har angivet, at de benytter deres høreapparater 4-8 timer daglig
- 5,9 pct. af brugerne har angivet, at de benytter deres høreapparater 1-4 timer daglig
- 0,6 pct. af brugerne har angivet, at de benytter deres høreapparater mindre end 1 time daglig
- 0,2 pct. af brugerne har angivet, at de aldrig benytter deres høreapparater

DELTA vurderer dog, at undersøgelsen er behæftet med usikkerhed, da de godkendte private høreklivikker selv forestår indsamling og indrapportering af data. DELTA har indtryk af, at forvaltningen af dette foregår meget forskelligartet i de forskellige private høreklivikker. Eksempelvis er der forskel på, hvornår de godkendte private høreklivikker beder brugeren om at udfylde spørgeskemaet. I nogle tilfælde sker det umiddelbart efter udlevering, mens der i andre tilfælde kan gå op til et halvt år¹⁴. Der er således en vis risiko for, at undersøgelsen overvurderer, hvor meget borgerne anvender apparatet på sigt.

IOI-HA spørgeskemaet anvendes ikke i det offentlige. DELTA har imidlertid gennemført en større kvalitetsundersøgelse af den offentlige høreapparatbehandling for Danske Regioner, hvor mere end 30.000 brugere, som fik høreapparater fra offentlige audiologiske klivikker i perioden 2006-2008, besvarede en række spørgsmål omkring brugen af deres høreapparater (svarprocent på 59,4 pct.). Undersøgelsen viste, at:

- 67,7 pct. af brugerne har angivet, at de benytter deres høreapparater mere end 8 timer daglig
- 17,9 pct. af brugerne har angivet, at de benytter deres høreapparater 4-8 timer daglig
- 9,9 pct. af brugerne har angivet, at de benytter deres høreapparater 1-4 timer daglig
- 2,6 pct. af brugerne har angivet, at de benytter deres høreapparater mindre end 1 time daglig
- 1,9 pct. af brugerne har angivet, at de aldrig benytter deres høreapparater

Med det forholdsvis store antal respondenter og den forholdsvis lange periode undersøgelsen vedrører, vurderes det, at undersøgelsen af offentligt udleveret høreapparater er relativt valid.

Boks. 3.1. Undersøgelse af skuffeapparater i Københavns Kommune

En undersøgelse udarbejdet af København Kommune på baggrund af data fra 2005-2009 om batteriforbruget hos patienter, der har fået høreapparat, konkluderer, at det er op til 30 pct., der ikke anvender deres høreapparater til dagligt. Desuden peger undersøgelsen på, at selvom Københavns Kommune har stigende udgifter til tilskud, og der dermed er flere borgere, der får udleveret høreapparater, så har der i årene fra 2005 til 2008 været et faldende antal borgere, der har fået udleveret batterier til deres høreapparater. Tallet er dog steget svagt i 2009. Kommunen konkluderer på den baggrund, at der på trods af kraftigt stigende udgifter til høreapparater tilsyneladende ikke er blevet flere aktive høreapparatbrugere.

Kilde: Københavns Kommune.

Der kan ikke drages en klar konklusion i forhold til problemstillingen om skuffeapparater. Det kan dog med udgangspunkt i undersøgelsen for Danske Regioner forsigtigt konkluderes, at problemstillingen omkring skuffeapparater ikke er stor ved offentligt udleverede høreapparater.

¹⁴ Kilde: DELTA: IOI-HA tilfredshedsundersøgelse for første halvår 2010.

Københavns Kommunes undersøgelse peger dog på, at der er et vist problem med skuffeapparater. Der er dog mange usikkerheder ved opgørelsesmetoden, da det ikke kan afvises, at nogle borgere vælger selv at anskaffe batterier til deres høreapparat i stedet for at bruge den kommunale løsning. Data fra de spørgeskemaer, som de godkendte private klinikker selv skal indsamle og indsende til DELTA, tyder ikke umiddelbart på, at der er et problem med skuffeapparater i forhold til privat udleverede apparater, men denne undersøgelse kan være biased af, at borgerne udfylder skemaerne hos den leverandør, der har forestået høreapparatbehandlingen, og som også skal forestå efterjustering og kontrol for borgeren.

Det vurderes på den baggrund umiddelbart, at der findes et vist forbedringspotentiale i forhold til at mindske antallet af skuffeapparater.

3.1.4. Antallet af deltagere i specialundervisning for voksne

Af Rambølls ”Undersøgelse af det specialiserede hjælpemiddel- og kommunikationsområde” fra 2009 fremgår det, at hovedparten af kommunerne oplever¹⁵, at der er sket en stigning i antallet af brugere på kommunikationsområdet for voksne.

Den stigende efterspørgsel forklares i rapporten bl.a. med, at den teknologiske udvikling medvirker til, at stadig flere borgere med kommunikationsvanskeligheder kan have glæde af et hjælpemiddel og derfor har behov for bistand. Desuden vurderes borgernes forventninger at være stigende på området, og endelig betyder et stigende antal ældre også flere brugere af kommunikationscentre.

3.2. UDVIKLING I PRISER OG UDGIFTER

3.2.1. Prisudvikling på offentligt indkøbte høreapparater

AMGROS indkøber alle høreapparater, der udleveres i offentligt regi, hvilket giver et overblik over mærke og type af udleverede høreapparater i offentligt regi. AMGROS stiller i forbindelse med fællesindkøbet tekniske kvalitetskrav til høreapparater med udgangspunkt i en nordisk og international kravspecifikation. Alle høreapparater, som indkøbes af AMGROS til de regionale audiologiske klinikker og praktiserende speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme med overenskomst, leveres med en garanti på 4 år.

Når priserne på høreapparater indkøbt gennem AMGROS reguleres for pris- og lønudviklingen, viser det sig, at den gennemsnitlige pris på et høreapparat er faldet fra godt 4.300 kr. til godt 3.894 kr. fra 2000 til 2011 (2012-pl)svarende til et fald på ca. 9 pct., jf. tabel 3.4. Ifølge AMGROS er kvaliteten af apparaterne i perioden samtidigt steget markant.

På trods af den store teknologiske udvikling fra analoge til digitale høreapparater har den gennemsnitlige udgift på et offentligt udleveret høreapparat altså været faldende. Med andre ord har udviklingen betydet, at man over tid har fået bedre høreapparater for færre penge.

Tabel 3.4. Gennemsnitlig indkøbspris pr. høreapparat i offentlig regi (2012-pl)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gns. indkøbspris	4.301	4.091	3.986	3.997	3.896	3.899	3.795	3.904	3.915	3.702	3.756	3.894

Kilde: AMGROS/DELTA.

¹⁵ Rambølls analyse er blandt andet baseret på en spørgeskemaundersøgelse, hvor kommunerne blandt andet er blevet spurgt om ”Hvordan har antallet af brugere på voksenområdet skønsmæssigt udviklet sig i kommunen i perioden 2006-2009?”. For yderligere information om metode og datagrundlag henvises til Rambølls rapport ”Undersøgelse af det specialiserede hjælpemiddel- og kommunikationsområde” fra 2009.

3.2.2. Udviklingen i størrelsen af tilskuddet til privat høreapparatbehandling

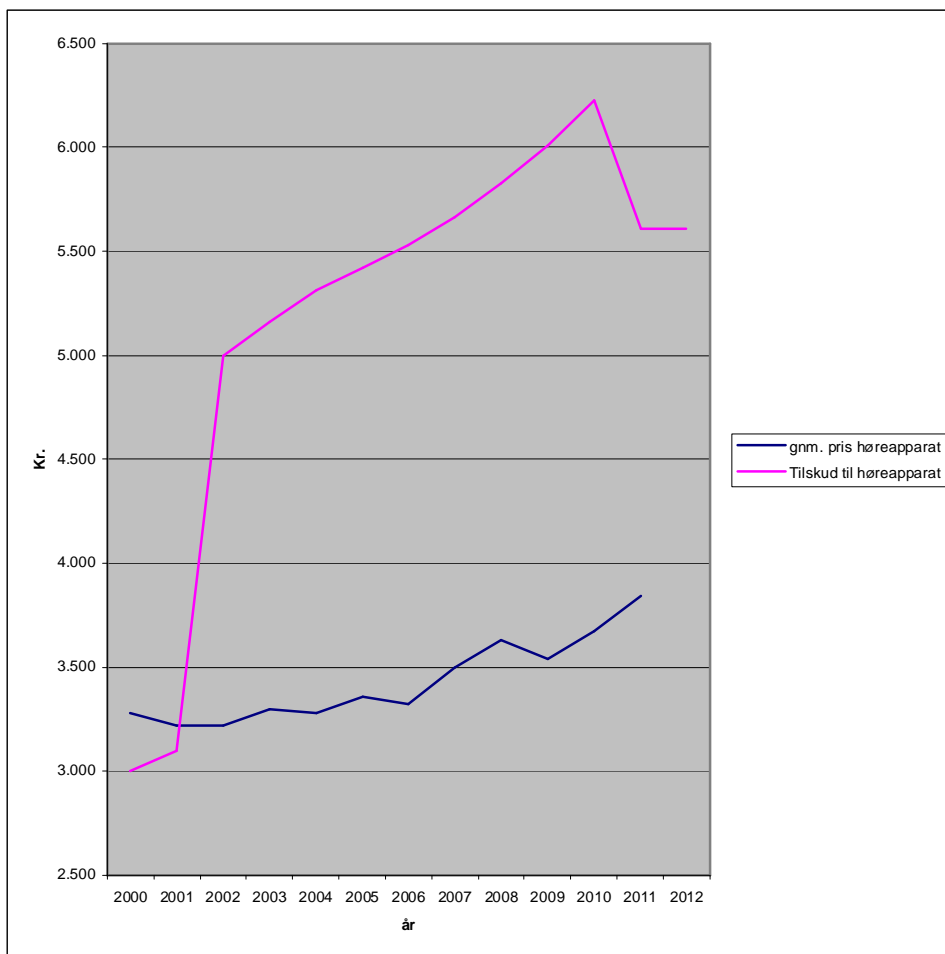
De godkendte, private høreapparatleverandører har ikke pligt til at informere om, hvilke høreapparater de udleverer og til hvilken pris. Der er således ikke overblik over, hvilke høreapparater der udleveres i det private med tilskud, og hvad indkøbspris eller salgspris er. Høreapparater fra private forhandlere er omfattet af købelovens almindelige bestemmelser om reklamation og garanti. De fleste private forhandlere giver imidlertid samme garanti som i offentligt regi. Der er i dag ikke fastsat kvalitetskrav til de høreapparater, der udleveres af de private høreklinikker med offentligt tilskud.

Det tilskud, som borgeren kan få fra kommunen, hvis borgeren ønsker privat høreapparatbehandling, udgør i 2012 maksimalt 5.607 kr. pr. høreapparat inkl. behandling mv. Tilskudsordningen blev indført i 2000, og tilskuddet udgjorde på dette tidspunkt 3.000 kr. pr. høreapparat inkl. behandling mv. I 2002 vedtog et enigt Folketing, bortset fra Enhedslisten, at hæve tilskuddet til 5.000 kr. Samtidig blev det besluttet, at tilskuddet skulle reguleres med satsreguleringsprocenten. Tilskuddet i 2010 udgjorde maksimalt 6.230 kr. pr. høreapparat inkl. behandling mv.

Med regeringens genopretningspakke fra august 2010 og vedtagelsen af L 28b i folketingssamlingen 2010-2011 er tilskuddet nedsat med 10 pct. til 5.607 kr. Med genopretningspakken er det desuden vedtaget, at tilskuddet fastfryses i 3 år, således at der foretages en regulering første gang den 1. januar 2014, og reguleringen vil ske på baggrund af Danmarks Statistiks forbrugerprisindeks.

Udviklingen i tilskuddets størrelse i forhold til udviklingen i priserne på offentligt indkøbte høreapparater er illustreret i figur 3.1.

Figur 3.1. Udvikling i tilskud og i gennemsnitspriser på offentligt indkøbte høreapparater, årets priser.



3.2.3. Offentlige udgifter til høreapparatbehandling

Før kommunalreformen i 2007 havde amtskommunerne det fulde finansieringsansvar for høreapparatbehandlingen, dvs. amtskommunerne afholdt både udgifterne til behandling og udlevering af apparater i offentligt regi samt udgifterne til tilskud til privat høreapparatbehandling.

Efter kommunalreformen overtog kommunerne finansieringsansvaret for udgiften til selve høreapparaterne, der udleveres i offentligt regi, for 30 pct. af regionernes behandlingsudgifter på henholdsvis sygehus og i speciallægeregi og for udbetaling af tilskud til de borgere, der vælger privat høreapparatbehandling. Regionerne dækker de øvrige udgifter til behandling på henholdsvis sygehus og i speciallægeregi.

3.2.4. Regionale udgifter til høreapparatbehandling

Den regionale kontoplan er ikke tilstrækkelig udspecificeret til, at man kan isolere udgifterne til høreapparatbehandling. Det er derfor ikke muligt at vise regionernes realiserede udgifter til høreapparatbehandling.

Af tabel 3.2 fremgår det imidlertid, at antallet af udleverede høreapparater i offentligt regi har ligget på et stabilt niveau siden 2007. Desuden viser data fra Landspatientregistret og Sygesikringsregistret, at antallet af besøg i relation til høreapparatbehandling på de regionale

audiologiske afdelinger og hos speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme med rammeaftale samlet set er faldet i de senere år. Dette indikerer alt andet lige, at der ikke har været tale om stigende regionale udgifter siden 2007.

3.2.5. Amtskommunale og kommunale udgifter

De amtskommunale – sidenhen kommunale – udgifter til indkøb af høreapparater til udlevering i offentlig regi, udgifter til batterier samt udgifter til privat udleverede høreapparater konteres på konto 5.35.04 i den kommunale kontoplan.

De amtskommunale/kommunale udgifter er siden 2001 vokset fra 299 mio. kr. til 697 mio. kr. i 2010, svarende til en udgiftsstigning på 133 pct. Stigningen fra 2002-2003 kan formentlig tilskrives ændringen af størrelsen af tilskuddet til privat behandling pr. den 1. juli 2002 fra 3.000 kr. til 5.000 kr., som kan have medført, at en pukkel af borgere på venteliste i offentligt regi har valgt privat behandling i 2003.

Tabel 3.5. Amts-/kommunale udgifter til indkøb af høreapparater

Mio. kr. 2012, pl.	Amtskommunale						Kommunale			
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Regnskab										
Udgifter til høreapparater	299	327	400	347	347	375	507	653	681	697
Årlig vækst (pct.)		9,3	22,3	-13,0	0,0	8,1	35,2	28,8	4,3	2,3

Note: Indeholder udgifter til tilskud til privat høreapparatbehandling, offentlig udleveret høreapparater samt batterier.
Kilde: De kommunale regnskaber, Danmarks Statistik.

Tilskuddet til privat udleverede høreapparater er i perioden fra 2000/2001 til 2008/2009 steget fra 16 mio. kr. i 2000/2001 til 451 mio. kr. i 2010, jf. tabel 3.6. og udgør således hovedårsagen til stigningen i de samlede årlige udgifter til høreapparater. Stigningen svarer til en gennemsnitlig årlig vækst på 39 pct.

Tabel 3.6. Amts-/kommunale udgifter til tilskud til privat høreapparatbehandling

Mio. kr. 12-pl	00/ 01	01/ 02	02/ 03	03/ 04	04/ 05	05/ 06	06/ 07	07/ 08	08/ 09	2009	2010	2000- 2010
Kommunalt tilskud	16	20	80	118	161	184	251	275	407	443	451	434
Årlig vækst (pct.)	-	25	290	47	37	14	37	9	48	9	2	-

Note: Udgifterne i tabel 3.6 er en delmængde af udgifterne i 3.5.

Kommunale udgifter til tilskud til høreapparater på de private klinikker blev indtil 2008 opgjort pr. 30. juni hvert år og hermed et ½ år forskudt i forhold til opgørelsen for de offentligt udleverede apparater. Fra 2009 følger opgørelsen for begge kalenderåret. I tabellen er der derfor et overlap i kolonnerne vedrørende 2008/09 og 2009 omfattende første halvår 2009.

Kilde: DELTA (DELTA anvendes som kilde, da de kommunale udgifter til tilskud ikke kan udskilles i de kommunale regnskaber).

3.3. UDVIKLING I KAPACITETEN

3.3.1. Udvikling i ventetider på offentlige audiologiske klinikker

Den forventede ventetid på forundersøgelse til høreapparatbehandling var ifølge ventefo.dk i 2010 i gennemsnit 29,7 uger med en variation mellem regionerne på 12 uger til 62 uger. Ventetiden til ambulant høreapparatbehandling var i gennemsnit knap 5 uger dækkende over en variation på 2 til 6 uger. Som det fremgår af tabel 3.6. nedenfor er den samlede forventede ventetid faldet med 13 uger over de sidste to år.

Boks 3.2. Varierende ventetid for forskellige patientgrupper

Danske Regioner har anført, at de forventede ventetider netop er et gennemsnit, og at de ikke er retvisende i forhold til udvalgte patientgrupper. Således er ventetiden generelt kortere for f.eks. børn, tinnituspatienter, patienter med ensidigt høretab og patienter med høretab over 40 dB.

Tabel 3.7. Udviklingen i ventetid til høreapparatbehandling på audiologiske klinikker

År/uger	2000	2001	2002*	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011**
Forundersøgelse (audiologi)			27,6	30,9	35,3	35,5	38,5	47,4	44,9	38,1	29,7	31,2
Udlevering af høreapparat			7,3	6,0	5,1	5,1	4,6	6,7	6,9	5,0	4,9	5,3
Samlet forventet ventetid	45,9	38,6	34,9	36,9	40,4	40,6	43,1	54,1	51,8	43,1	34,7	36,5

Note: Det bemærkes, at der er tale om fremadrettede forventede ventetider, der udtrykker sygehusenes skønsmæssige vurdering af, hvor lang tid den ukomplicerede patient maksimalt kommer til at vente. Endvidere er ventetiderne ikke vægtede i forhold til de forskellige sygehuses patientvolumen. De fremadrettede ventetider er således ikke udtryk for, hvordan de faktiske ventetider har udviklet sig, men blot en indikation herfor.

Kilde: www.ventefinfo.dk: *fra juli- december 2002. ** fra januar – august 2011.

Boks 3.3. Danske Regioners tiltag i forhold til at nedbringe ventetid

Danske Regioner har oplyst over for arbejdsgruppen, at en væsentlig årsag til de lange ventelister er mangel på audiologiassistenter i det offentlige. Danske Regioner påpeger, at der i regionerne er iværksat tiltag til at nedbringe ventetiden, og det er årsagen til, at der nu ses et fald. Af eksempler på tiltag nævner Danske Regioner: øge uddannelseskapaaciteten for audiologiassistenter, aftale med praktiserende speciallæger om, at de varetager de ukomplicerede tilfælde ved § 3 aftaler, meraktivitet, effektivisering af arbejdsgange og brug af resultatløn.

3.3.2. Kapaciteten på offentlige audiologiske klinikker

Der tilbydes høreapparatbehandling på 18 audiologiske sygehusklinikker i landet. I klinikkerne er det primært ansat speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme, audiologiassistenter og teknisk personale.

Der var i 2011 ansat 142 speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme og 120 audiologiassistenter på de offentlige audiologiske klinikker. Som det fremgår af tabellerne nedenfor, har udviklingen i antallet af personale på de audiologiske klinikker været forholdsvis stabil siden 2007.

Tabel 3.8. Antallet af ansatte på høreapparatområdet på offentlige sygehuse

	2005	2006	2007	2008	2009	2010 ¹	2011 ¹
Speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme	-	136	137	127	125	148	142
Audiologiassistenter ²	88	97	119	120	108	119	120

Kilde: Den Elektroniske Stillings- og Vakancetælling (ESVAT), Sundhedsstyrelsen og FLD - LOPAKS

Note: Datakvaliteten kan være svingende. Der tages derfor forbehold for eventuelle fejl i de indberettede tal.

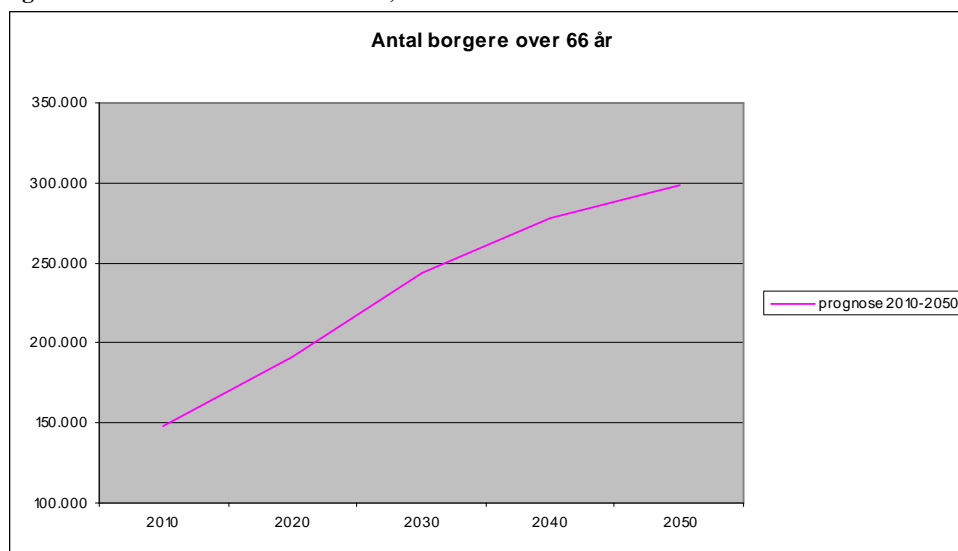
1) Tal for 2010-2011 er baseret på en ny version af indberetninger, hvorfor disse ikke er helt sammenlignelige med årene før.

2) Opgørelsen er foretaget på et tidspunkt i løbet af året i enten januar, april eller oktober.

3.4. FREMTIDIGE UDVIKLINGSTENDENSER PÅ HØREAPPARATOMRÅDET

Den demografiske udvikling de kommende år medfører en betydelig stigning i antallet af ældre, jf. figur 3.2.

Figur 3.2. Antallet af ældre over 66 år, 2010-2050



Kilde: Danmarks Statistik

Som det fremgår af afsnit 3.1, er det især ældre personer, der benytter høreapparater. Da stigningen i antallet af ældre delvis skyldes en forbedret sundhedstilstand, kan man normalt ikke fremskrive de aldersbetingede hyppigheder uden at korrigere for den forbedrede sundhedstilstand. I forhold til høretab er det dog usikkert, om den forbedrede sundhedstilstand vil betyde færre eller mindre høretab. Det er dermed usikkert, hvor stor effekten af stigende demografi på ældreområdet bliver.

Den teknologiske udvikling, som medfører, at der hele tiden kommer nye og mere avancerede høreapparater, kan øge efterspørgslen efter høreapparater, idet flere høretab kan kompenseres. Den teknologiske udvikling betyder desuden, at apparaterne bliver mindre og mere diskrete, hvilket kan medføre, at personer, der tidligere har afvist at få et høretab afhjulpet med et høreapparat, nu ønsker at få høreapparat. I den forstand kan man tale om et indikationsskred på området.

Den teknologiske udvikling kan på den anden side betyde, at det er muligt at få kvalitetsmæssigt bedre og bedre apparater til den samme eller lavere pris. Det betyder, at prisudviklingen på høreapparater ikke nødvendigvis følger den generelle prisudvikling i samfundet.

4. KOMMUNERNES ROLLE I HØREAPPARATBEHANDLING

4.1. KOMMUNERNES BEVILLINGSKOMPETENCE

Før kommunalreformen i 2007 lå ansvaret for høreapparatbehandling i amtskommunerne. Det vil sige, at amtskommunerne havde ansvar for både at visitere, bevilge og finansiere såvel selve høreapparatet som den tilhørende behandling.

I medfør af serviceloven er det i dag kommunerne, der skal bevilge og finansiere høreapparater. Efter en henvisning fra en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme kan borgeren ansøge kommunen om støtte til høreapparat. Ifølge servicelovens § 112 skal kommunerne anlægge et væsentlighedskriterium, når de laver den individuelle og konkrete vurdering af, om borgeren er berettiget til et hjælpemiddel.

Væsentlighedskriteriet betyder, at et hjælpemiddel i *væsentlig* grad skal kunne afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne eller i *væsentlig* grad lette den daglige tilværelse, eller det skal være nødvendigt for, at borgeren kan udøve et erhverv. Vurderingen heraf er konkret og individuel, og spørgsmålet om, hvorvidt kravet om væsentlighed er opfyldt, fastlægges ud fra en samlet vurdering af hjælpemidlets betydning for at kunne afhjælpe borgerens funktionsnedsættelse. Der kan ved denne vurdering lægges vægt på bl.a. helbredsmæssige forhold, sociale forhold, hjælpemidlets betydning for muligheden for at leve et liv som andre på samme alder og i samme livssituation, og om der evt. kan findes andre måder at kompensere for funktionsnedsættelsen på.

Det afgørende er, at behovet for hjælpemidlet sammenholdt med den konstaterede funktionsnedsættelse er af tilstrækkeligt omfang til, at der reelt bliver tale om en væsentlig afhjælpning af de varige følger af den nedsatte funktionsevne, en væsentlig lettelse i den daglige tilværelse i hjemmet eller er nødvendigt for, at borgeren kan være i erhverv.

I sommeren 2010 blev der truffet en afgørelse i det administrative klagesystem, hvorefter en henvisning til høreapparatbehandling fra en speciallæge blev anset som tilstrækkelig dokumentation for, at borgeren havde ret til at få tilskud til privat høreapparatbehandling efter serviceloven, uanset at kommunen havde vurderet, at væsentlighedskriteriet ikke er opfyldt, eller at høretabet med fordel kunne kompenseres på anden vis. Ankestyrelsen har hidtil afvist at behandle sagen principielt med henvisning til, at retstilstanden var tilstrækkeligt klar.

Afgørelsen betyder, at kommunernes pligt til efter serviceloven at foretage en konkret vurdering af væsentligheden af et høreapparat som forudsætning for bevilling reelt er ophævet ved tilskud til privat høreapparatbehandling. Det afgørende for, om der skal ydes tilskud, vil dermed ifølge den gældende praksis fremover alene være, om der ud fra en lægefaglig vurdering er indikation for høreapparatbehandling. Dermed er kommunernes mulighed for at tilbyde borgere en anden løsning i forhold til deres høretab eller at afvise ansøgninger om tilskud til privat høreapparatbehandling med henvisning til væsentlighedskriteriet afskaffet.

Afgørelsen i Det Sociale Nævn har som konsekvens, at kommunerne skal udbetale tilskud til privat høreapparatbehandling til borgere, der har en henvisning fra en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme. Kommunerne har dermed stadig finansieringsansvaret, mens bevillingen reelt foretages af speciallægerne.

Boks 4.1. Københavns Kommunes Projekt Høreapparater

Københavns Kommune forsøgte fra 1. august 2009 at sikre en større udgiftskontrol ved at ansætte en specialist i audiologi til at vurdere alle ansøgninger om støtte til høreapparat. Baggrunden for projektet var, at kommunens udgifter til høreapparater var kraftigt stigende, samtidig med at en undersøgelse af antallet af udleverede batterier i kommunen viste, at der tilsyneladende ikke var blevet flere aktive brugere af høreapparater. På den baggrund ønskede kommunen at sætte fokus på kvaliteten og effekten af den høreapparatbehandling, som kommunen finansierer.

Erfaringerne fra projektet viste, at stort set alle ansøgninger var begrundet i behandlingskrævende høretab, men at i en del tilfælde kunne hjælpen være givet bedre i form af høretekniske hjælpemidler og eventuel hørpædagogisk vejledning. Ifølge kommunens undersøgelse var der desuden en stor del af høretabene, der var så komplicerede eller kraftige, at de ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinje for god høreapparatbehandling burde være henvist til behandling af en læge med speciale i audiologi, hvilket ikke er sket. Sagerne indeholdt desuden ikke en begrundelse for, hvorfor der ikke var sket en henvisning til en læge med speciale i audiologi (dvs. offentlig behandling), og det fremgik heller ikke, om spørgsmålet var drøftet med patienten, så patienten selv kunne træffe valget på et oplyst grundlag.

4.2. SAGSBEHANDLING I KOMMUNERNE

Efter retssikkerhedslovens § 3 skal kommunalbestyrelsen behandle spørgsmål om hjælp så hurtigt som muligt med henblik på at afgøre, om der er ret til hjælp og i så fald hvilken. Kommunalbestyrelsen skal endvidere fastsætte en frist for, hvor lang tid der må gå, inden der skal være truffet en afgørelse. Længden på denne frist skal offentliggøres. Hvis fristen ikke kan overholdes i den enkelte sag, skal ansøgeren skriftligt have besked om, hvornår en afgørelse kan forventes.

En uforholdsmæssigt lang sagsbehandlingstid i den enkelte sag vil, jf. Ankestyrelsens principafgørelse R-4-04, være at sidestille med et afslag, som kan påklages i det administrative klagesystem efter de gældende regler herom.

Der findes ikke centralt registreret data om kommunernes sagsbehandlingstider på høreapparatområdet. Arbejdsgruppen har spurgt KL, om de kender de gennemsnitlige sagsbehandlingstider, men KL er ikke i besiddelse af oplysninger herom. Region Hovedstaden oplyser i regionens rapport på høreapparatområdet¹⁶, at kommunernes sagsbehandlingstid vurderes at være mellem 1-4 uger. Arbejdsgruppen er imidlertid gennem breve fra borgere til ministerierne blevet bekendt med tilfælde, hvor sagsbehandlingstiden er op til 3-6 måneder.

¹⁶ Region Hovedstaden. "Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende høreapparatområdet", 2010

4.3. KOMMUNERNES UDBETALING AF TILSKUD TIL PRIVAT HØREAPPARATBEHANDLING

I de tilfælde, hvor kommunen har bevilget borgeren høreapparat, og borgeren vælger en privat leverandør, sender den private leverandør en faktura til kommunerne, når høreapparatet er udleveret. Ifølge lovgivningen skal kommunen yde et tilskud på indtil kr. 5.607 kr. (2012-pl og 2012-niveau), men tilskuddet kan ikke udgøre mere end de faktiske udgifter. Tilskuddet omfatter høreprøve, høreapparat, tilpasning, service og garanti og er inkl. moms.

Der er ingen krav til udspecificering af fakturaerne fra de private høreapparatleverandører, så kommunerne kan ikke skelne mellem udgifter til selve apparatet og udgifter til behandlingen. Det er heller ikke muligt for kommunerne at afdække, hvor meget borgerne egenbetaler ud over tilskuddets størrelse.

Arbejdsgruppen har været i kontakt med KL for at få afdækket den problemstilling, som flere kommuner har rejst om, at de private høreklivikker altid fakturerer kommunerne på maksimumbeløbet. KL har på den baggrund spurgt en række kommuner om beløbsstørrelsen på de fakturaer, som kommunerne får tilsendt fra de private høreklivikker og private leverandører. Kommunerne har ikke et samlet overblik over fakturaernes størrelse, men tilbagemeldingen er, at fakturaerne i stort set alle sager lander på det fulde tilskud.

Boks 4.2. Stikprøve på fakturaernes størrelse

I oktober 2010 gennemførte en række kommuner en undersøgelse af de tilskud, de udbetaler for borgere, der har fået høreapparatbehandling på godkendt privat klinik. De 25 første fakturaer fra oktober måned fra Viborg Kommune, Herning Kommune, Randers Kommune, Horsens Kommune, Syddjurs Kommune og Aarhus Kommune blev taget ud til undersøgelsen. I alt blev der undersøgt 141 bevillinger. I ingen af de undersøgte sager var høreapparatene faktureret under tilskuddet på kr. 6.230 pr. apparat (2010-niveau). Ud af de 141 bevillinger var der tale om 8 bevillinger til kun det ene øre (1 høreapparat) og 133 bevillinger på tilskud til to høreapparater.

4.4. HØREINSTITUTTER OG KOMMUNIKATIONS CENTRE

4.4.1. Specialundervisning for voksne

Efter høreapparatbehandlingen er gennemført og høreapparatet udleveret, kan der være behov for undervisning i brugen af høreapparatet. Denne undervisning tilbydes på kommunale og regionale høreinstitutter og kommunikationscentre under lov om specialundervisning for voksne.

Specialundervisning for voksne er undervisning og specialpædagogisk bistand, der har til formål at afhjælpe eller begrænse virkningerne af deltagerens handicap (kompenserende specialundervisning). Lov om specialundervisning for voksne er et kommunalt ansvarsområde. Det er således den enkelte kommune, der skal sikre sine borgere henvisning til specialundervisning for voksne med kommunikationshandicap og betale herfor. Borgerne skal visiteres til specialundervisningen af kommunen, men i realiteten delegerer flere kommuner visitationskompetencen til kommunikationscentre, således at borgeren kan få undervisning ved at henvende sig direkte til kommunikationscenteret.

Specialundervisningstilbuddet indeholder blandt andet:

- Instruktion i brugen af høreapparater
- Efterjustering af høreapparater
- Rådgivning og vejledning om fx de muligheder og begrænsninger et høreapparat kan give

Der kan være tale om eneundervisning eller holdundervisning. Inden for området findes tilbud i form af grundkurser for nye høreapparatbrugere, hvor kurset også henvender sig til pårørende. Endelig kan tilbuddet gives i en form, hvor det er tilrettelagt som strukturerede samtaler med vejledning og rådgivning.

Målet med undervisningen er, at den hørehæmmede bliver i stand til at fastholde kommunikationen med omverdenen. Den hørehæmmede skal blive i stand til at anvende det tildelte høreapparat og få en realistisk opfattelse af mulighederne for at udnytte høreapparatet og for at kompensere for de begrænsninger, som hørenedsættelsen medfører. Til varetagelsen af denne opgave anvendes oftest lærere med en hørepædagogisk uddannelse og hørevejledere med erfaring og uddannelse inden for audiologien.

Mange af de institutioner, der løser denne opgave, tager udgangspunkt i såkaldt ICF-baserede standarder, som er udarbejdet på initiativ af Danske Tale-, Høre- og Synsinstitutioner (kommunikationscentre og høreinstitutioner). I disse standarder indgår personalets kvalifikationer og faglige forhold.

4.4.2. Organiseringen af hørecentre og kommunikationscentre

Kommunalbestyrelserne træffer beslutning om tildeling af ydelser på kommunikationscentre og høreinstitutioner. Kommunalbestyrelserne kan varetage driften af disse institutioner, eller driften kan ligge hos regionerne.

Der er pligt for kommunalbestyrelser og regionsråd til at indgå rammeaftaler om brugen og udviklingen af disse centre. Endvidere kan der indgås mellemkommunale aftaler om opgavevaretagelsen.

De finansieringsmodeller, der er fastlagt i de regionale rammeaftaler, varierer mellem regionerne. Der kan identificeres to overordnede modeller, som er abonnements- og takstfinansiering. *Abonnementsfinansiering* indebærer, at kommunerne betaler en fast pris for en ydelse, uanset hvor mange borgere der modtager den. Der findes flere former for abonnementsordninger, hvor abonnementet kan være baseret på fx objektive forhold (fx befolkningstal), historiske data (sidste års anvendelse) eller aftalebaserede, dvs. hvor kommunen aftaler et timetal inden for forskellige kategorier af ydelser.

Takstfinansiering indebærer betaling pr. visiteret bruger. Denne finansieringsform anvendes primært i Region Hovedstaden, hvor kommunerne i hver enkelt sag skal tildele ydelser til den enkelte modtager. Derudover findes disse to modeller også i forskellige blandingsformer i regionerne (Kilde: Rambøll, 2009).

En undersøgelse fra Rambøll i 2009 har analyseret, hvordan kommunikationscentrene anvendes af kommunerne.

Kommunerne oplyser¹⁷, at når det gælder tilbud til borgere med hørevanskeligheder, så køber kommunerne i høj grad ydelserne fra eksterne leverandører. Således er det kun 10 pct. af kommunerne, der altid benytter egne tilbud til borgere med hørevanskeligheder. 74 pct. af kommunerne benytter altid eksterne leverandører og 16 pct. bruger både egne og eksterne leverandører.

¹⁷ Rambølls analyse er blandt andet baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt alle kommuner med en svarprocent på 71 pct. For yderligere information om metode og datagrundlag henvises til Rambølls rapport "Undersøgelse af det specialiserede hjælpemiddel- og kommunikationsområde" fra 2009.

5. SAMMENLIGNING AF UDGIFTER VED OFFENTLIG HØREAPPARATBEHANDLING OG TILSKUDET TIL PRIVAT HØREAPPARATBEHANDLING

Forløbet vedrørende udlevering af høreapparat starter med, at en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme foretager en undersøgelse af hørelsen, typisk i form af en toneaudiometri, taleaudiometri og tympanometri/stapedius¹⁸. Disse undersøgelser giver anledning til en udgift på 582,64 kr. Hertil kommer et konsultationshonorar på 214,25 kr. Alt i alt er der tale om en udgift på 796,89 kr., jf. speciallægenes overenskomst pr. 1. april 2011. Regionerne og kommunerne (via den kommunale medfinansiering) afholder udgiften¹⁹.

Herefter kan høreapparatbehandlingen (hvis der er behov herfor), fortsætte på én af tre måder:

1. På en regional audiologisk klinik.
2. Hos en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme, der har en rammeaftale med regionen²⁰. (I nogle tilfælde vil speciallægen dog efter nærmere undersøgelse sende borgerne til videre behandling på en regional audiologisk klinik.)
3. På godkendt privat høre-klinik med offentligt tilskud.

I det følgende foretages en sammenligning af omkostninger ved udlevering af høreapparat ved en regional audiologisk klinik, ved en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme med rammeaftale og ved en privat forhandler med tilskud.

5.1. HØREAPPARATBEHANDLING PÅ REGIONALE AUDIOLOGISKE KLINIKKER

Regionerne har i medfør af sundhedslovens § 74 ansvaret for tilrettelæggelsen af høreapparatbehandlingen på de regionale sygehuses audiologiske klinikker. Behandling med høreapparat på de regionale audiologiske afdelinger foregår ambulantly over et antal besøg.

Som udtryk for omkostningerne for høreapparatbehandling på regionale audiologiske klinikker, kan der tages udgangspunkt i DAGS-taksterne²¹. DAGS-taksterne for høreapparatbehandling afspejler sygehuses gennemsnitlige driftsudgifter til behandling af patienter, der modtager høreapparatbehandling.

Fra 2010 er der oprettet takstgrupper for de ambulante takstgrupper ”audiologi”, ”audiologisk udredning”, ”audiometri” og ”høreapparatbehandling (sammedagspakke)”.

Tabel 5.1. Audiologiske takster for 2012

Takstgrupper	Takst 2012
--------------	------------

¹⁸ Baseret på skøn fra DELTA om et gennemsnits 1. besøg hos speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme.

¹⁹ I de (relativt få) tilfælde, hvor henvisningen sker fra en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme uden overenskomst, vil henvisningen ikke give anledning til en regional udgift og dermed heller ikke en kommunal medfinansiering. I stedet vil udgiften blive dækket af det offentlige tilskud til høreapparatbehandling i privat regi eller via borgerens egenbetaling.

²⁰ Regionen kan også indgå § 3 aftale med speciallægen, der afviger fra overenskomstens fastsatte honorar. Derudover er der relativt få tilfælde, hvor regionen har indgået aftale med de private godkendte klinikker om, at de varetager høreapparattilpasningen for regionen.

²¹ Omkostningsdatabasen er vurderet til ikke at være retvisende for de faktiske omkostninger forbundet med behandling på høreområdet, hvorfor DAGS-taksterne, som er fastsat ud fra en økonomisk vurdering af regionerne og Sundhedsministeriet, anvendes i det følgende.

Audiologi	1.265
Audiologisk udredning	3.978
Audiometri	2.166
Høreapparatbehandling, sammedagspakke	2.276

Anm.: Taksterne er inkl. taksten for et ambulante besøg

Kilde: Takstvejledning 2012. Registreringsvejledning fremgår af Sundhedsstyrelsens publikation "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter"

Et sygehus modtager et beløb svarende til taksten, når der gennemføres en af de anførte procedurer. Afregningen af audiologiske patienter skelner ikke mellem behandling på et eller to ører, men hvilke procedurer der er udført, hvorfor dette i det følgende tolkes som udtryk for, at man i forbindelse med fastsættelserne af taksterne har vurderet, at der ikke er nævneværdig forskel i arbejdsbyrden – og dermed i omkostningen – ved behandling af hhv. et og to ører.

Det er forskelligt, hvor mange ambulante besøg på den audiologiske afdeling den enkelte patient har i sit forløb. Nogle vil for eksempel kun have behov for 2 ambulante besøg, hvor andre vil have behov for 3 eller flere ambulante besøg. Desuden kan der gives flere ydelser på én gang i en samlepakke (sammedagsbehandling). Det antages, at der i gennemsnit er 2,5²² besøg i forbindelse med høreapparatbehandling. Der er ikke grundlag for at antage, at antallet af besøg generelt afhænger af, hvorvidt der er tale om behandling på et eller to ører. Det vurderes, at 80 pct. af borgerne har behov for behandling på to ører.²³

5.1.1. Gennemsnitlige udgifter ved behandling på offentlige audiologiske klinikker

For hver af takstgrupperne i tabel 5.1. er antallet af besøg i 2011 opgjort. Omkostningen ved høreapparatbehandling på regionale audiologiske klinikker kan herefter opgøres som antal besøg gange DAGS-takst. På den baggrund kan omkostningerne til høreapparatbehandling på de regionale audiologiske klinikker i 2011 opgøres til knap 119 mio. kr. i 2012-priser, jf. tabel 5.2.

Tabel 5.2. Udregning af gennemsnitlig udgift pr. audiologisk besøg ved behandling på regional audiologisk klinik

Takstgruppe	Takst 2012	Aktivitet	Samlet
		(antal besøg)	omkostning
Forundersøgelse ved praktiserende speciallæge	1.210	1.751	2.118.710
Audiologi	1.265	46.010	58.202.650
Audiologisk udredning	3.978	2.470	9.825.660
Audiometri	2.166	5.471	11.850.186
Høreapparatbehandling (sammedagspakke)	2.276	15.940	36.279.440
I alt		71.642	118.276.646
Gennemsnitlig omkostning ved audiologisk besøg			1.651

Kilde: Kilde: Takstvejledning 2012 og DRG grupperet LPR for aktivitet i 2011 opgjort pr. 18. marts 2012 1) Der kan være besøg med eksempelvis høreapparatbehandling i andre takstgrupper, enten som følge af mangelfuld registrering, eller fordi patienten samtidig får lavet en operation. Disse patienter anses for ikke at være "rene" høreapparatbehandlinger mv., hvorfor disse ikke er medtaget i tabellen.

2) På baggrund af tabel 5.3. vurderes det, at (4.432-2681 =) 1.751 besøg vedrørende forundersøgelse foretages af en praktiserende speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme til det honorar 1.210 kr., hvorefter selve behandlingen foretages på en regional audiologisk klinik.

²²Kilde: "Redegørelse vedrørende udviklingen på høreområdet i Århus Amt", 2005. Endvidere har DELTA bekræftet, at 2,5 besøg i gennemsnit pr. patient giver et godt billede af virkeligheden.

²³Kilde: "Redegørelse vedrørende udviklingen på høreområdet i Århus Amt", 2005.

Den gennemsnitlige udgift pr. besøg kan herefter beregnes som den samlede udgift divideret med det samlede antal procedurer. Det bemærkes, at beregningen er foretaget med taksterne fra 2012, mens det er antallet af procedurer i 2011, der er anvendt, idet der hermed anvendes de nyeste data for såvel takster som aktivitet. Udgiften pr. ambulant audiologisk besøg kan dermed teknisk beregnes til 1.651 kr. Det antages som anført ovenfor, at borgeren i gennemsnit har 2,5 ambulante besøg. Dette giver en gennemsnitlig udgift for høreapparatbehandling på de regionale audiologiske klinikker på 4.128 kr. eksklusiv høreapparat – uafhængigt af om der er behandlet et eller to ører.

Ved udlevering af to høreapparater på offentlige regionale audiologiske klinikker er behandlingsudgiften dermed i gennemsnit 4.128 kr. Hertil kommer udgiften til ørepropper på $(2 \cdot 125 \text{ kr.} =) 250 \text{ kr.}$ ²⁴ samt udgiften til de to høreapparater på $(2 \cdot 3.894 \text{ kr.} =) 7.788 \text{ kr.}$ Når der sammenlignes med det offentliges udgift ved tilskud til privat behandling, skal der for sammenlignelighedens skyld tillægges moms (selvom kommunen får momsen afløftet) på høreapparaterne og ørepropperne på $((250 + 7.788) \cdot 0,25 =) 2.010 \text{ kr.}$ Endelig skal udgiften til henvisningen fra speciallægen i øre-, næse- og halssygdomme på 797 kr. tillægges.

Alt i alt er der således tale om en offentlig udgift på 14.973 kr. baseret på takster i 2012 og på aktivitet i 2011.

²⁴ Ifølge AMGROS er gennemsnitsprisen på en øreprop ca. 250 kr. AMGROS har endvidere oplyst, at ca. halvdelen af de offentligt indkøbte apparater leveres med ørepropper, hvorfor der kun skal indkøbes særskilte ørepropper for den anden halvdel, svarende til en samlet gennemsnitspris på $(250/2 =) 125 \text{ kr.}$

5.1.2. Kommunal medfinansiering

Som led i kommunalreformen medfinansierer kommunerne regionernes udgifter i sundhedsvæsenet. Den kommunale medfinansiering er 30 pct. af det ambulante besøg – dog maksimalt 1.384 kr. pr. ambulant besøg i 2012²⁵. 30 pct. af den ambulante besøgstakst er 286 kr. for 2012. Den gennemsnitlige kommunale medfinansiering til et høreapparatbehandlingsforløb på en regional audiologisk klinik udgør således $(2,5 \cdot 286 + 797 \cdot 0,3 =)$ 954 kr. ud af den samlede regionale behandlingsudgift på 4.925 kr. ved 2,5 besøg på den regionale høreklub og 1 besøg hos speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme $(2,5 \cdot 1.651 + 797)$.

5.2. HØREAPPARATBEHANDLING HOS PRAKTISERENDE SPECIALLÆGE I ØRE-, NÆSE- OG HALSSYGDOMME MED RAMMEAFTALE

Beregning af udgifter forbundet med offentlig behandling hos praktiserende speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme med rammeaftale kan tage udgangspunkt i regionernes og de praktiserende speciallægers rammeaftaler i henhold til sygesikringsørelægernes overenskomst. Selve indholdet af en høreapparatbehandling i speciallægepraksis er klart defineret i overenskomst om speciallægehjælp af 1. april 2008. Høreapparatbehandlingen er opdelt i tre hovedydelse:

1. Forundersøgelse med henblik på høreapparatbehandling. Ydelse 5007
2. Høreapparattilpasning. Ydelse 5008
3. Høreapparattilpasning, flere (tilpasning for 2. øre). Ydelse 5108

Den praktiserende speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme med rammeaftale betragtes som en del af det offentlige tilbud på linje med de regionale audiologiske klinikker. Behandlingen er gratis for patienten, og regionerne og kommunerne (via den kommunale medfinansiering) afholder udgiften til behandlingen.

I protokollat om samarbejde mellem praktiserende speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme og de regionale audiologiske klinikker peges på to muligheder for indgåelse af aftale om rammeydelser mellem regionen og den praktiserende speciallæge i øre-, næse og halssygdomme:

1. Den praktiserende speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme foretager forundersøgelse med henblik på høreapparattilpasning (ydelse 1), hvorefter undersøgelsesresultaterne ved speciallægens henvisning danner baggrund for høreapparatbehandling på en regional audiologisk høreklub.
2. Den praktiserende speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme foretager forundersøgelse med henblik på høreapparattilpasning (ydelse 1), hvorefter speciallægen, hvis godkendt efter retningslinjerne for høreapparatleverandør, kan rekvirere et kommunalt finansieret høreapparat og tilpasse dette efter ydelse 2 og 3.

Danske Regioner oplyser, at der er 10 praktiserende speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme, der udleverer høreapparater efter rammeaftale med regionen, det vil sige model nr. 2 af de to ovenstående.

I tabel 5.3. fremgår honoraret i den nuværende overenskomst og det antal forløb, der blev udbetalt honorarer for i 2011.

²⁵Jf. Cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet.

Tabel 5.3. Ydelse og honorar til praktiserende speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme

Ydelse	Honorar	Antal forløb
5007 – Forundersøgelse mhp. Høreapparatbehandling	1.210	4.432
5008 – Høreapparattilpasning	3.790	2.681
5108 - Høreapparattilpasning, flere (tilpasning 2. øre)	1.890	2.257

Kilde: Sygesikringsregistret 2011, honorarer jf. overenskomst gældende pr. 1. april 2012

Høreapparatbehandling på et øre honoreres med ydelse 5007 og 5008 dvs. i alt 5.000 kr. Høreapparatbehandling af to ører honoreres med ydelse 5007, 5008 og 5108 og udgør 6.890 kr., hvilket vil sige, at 2. øre honoreres med et halvt honorar.

Den gennemsnitlige offentlige behandlingsudgift forbundet med offentlig høreapparatbehandling hos praktiserende speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme med rammeaftale er altså 6.890 kr. ved udlevering af to høreapparater. Hertil kommer udgiften til ørepropper på (2*125 kr. =) 250 kr. samt udgiften til de to høreapparater på (2*3.894 kr. =) 7.788 kr. Desuden skal der tillægges moms på høreapparaterne og ørepropperne på ((250+7.780)*0,25 =) 2.010 kr.

Alt i alt er der således tale om en offentlig udgift på 16.938 kr. (2012-pl).

5.2.1. Kommunal medfinansiering

På samme måde som det er tilfældet ved behandling på de regionale audiologiske afdelinger, er der en kommunal medfinansiering på 30 pct. pr. ambulant besøg – dog maksimalt 332 kr. – i forbindelse med høreapparatbehandling ved de praktiserende speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme med rammeaftale.

5.3. ANDRE OFFENTLIGE LØSNINGER

Regionen kan alternativt indgå en § 3 aftale med den praktiserende speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme om forundersøgelse og udlevering af høreapparater. § 3 aftaler er lokale aftaler, der afviger fra overenskomsten. Danske Regioner oplyser, at regionerne har indgået i alt syv § 3 aftaler. Aftalerne er indgået i Region Hovedstaden og Region Midtjylland.

Region Syddanmark har som den eneste region haft høreapparatområdet i offentlige udbud, og der er indgået aftale med Hørecentralen Danmark og Phonak Danmark A/S, der udleverer høreapparater som en del af det offentlige tilbud. Høreapparaterne leveres af AMGROS. Aftalen er begrænset til behandling af ”simpelt høretab” og til behandling af 1.800 patienter. Regionen vil ikke oplyse prisen, men oplyser, at der er opnået en væsentlig bedre pris end den gældende rammeaftale, dvs. de aftalte honorarer efter overenskomsten.

5.4. HØREAPPARATBEHANDLING HOS GODKENDT PRIVAT LEVERANDØR

På baggrund af en forundersøgelse hos en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme, hvor borgeren får en henvisning til høreapparatbehandling, kan borgeren vælge behandling hos en godkendt, privat høreapparatleverandør.

Der er ikke gennemsigtighed om de private forhandleres udgifter til høreapparatbehandling. I 2012 udgør det offentlige tilskud 5.607 kr. pr. høreapparat inkl. behandling og kan maksimalt udgøre de faktiske omkostninger. Tilskuddet dækker høreprøve, høreapparat, tilpasning, service og garanti og er inkl. moms. Kommunen har ligesom ved offentlig behandling pligt til at sikre mulighed for, at borgeren kan tildeles undervisning og teknisk opfølgning på et kommunikationscenter.

Arbejdsgruppen har ikke haft adgang til oplysninger om private klinikers regnskaber og kender derved ikke de faktiske omkostninger på private høreklinikker og fordelingen af udgifterne. Men PAKS (Foreningen af Private Audiologiske Klinikkers Sammenslutning) har oplyst, at der i

gennemsnit udleveres høreapparater for 3.500 kr. eksklusiv moms, og det resterende tilskudsbeløb anvendes til høreprøve og tilpasning. Desuden kan der være en egenbetaling fra borgeren evt. fratrukket andre tilskud fra fx Sygeforsikringen Danmark.

Der findes ikke præcise data om, hvilke høreapparater og til hvilken kvalitet der udleveres i det private med tilskud.

5.4.1. Egenbetaling hos godkendt privat leverandør

Private Audiologiske Klinikkers Sammenslutning (PAKS) og Dansk Hørecenter oplyser, at ca. 75 pct. af borgerne har en egenbetaling ud over tilskuddet. Andelen stemmer overens med CASAs undersøgelser fra 2007, der viser, at 71 pct. af borgerne har en egenbetaling.

Dansk Hørecenter oplyser, at egenbetalingen varierer fra få hundrede kroner til over 10.000 kr. PAKS vurderer, at borgeren i gennemsnit har en egenbetaling på 2.500 kr. pr. høreapparat ved tilskud på 6.230 kr. (2010-niveau).

5.5. SAMMENLIGNING AF BEHANDLINGSUDGIFTER

Som det fremgår af ovenstående, er behandlingsudgiften til høreapparatbehandling efter rammeaftale i speciallægeoverenskomsten på 5.000 kr. ved udlevering af ét høreapparat og 6.890 kr. for udlevering af to høreapparater ifølge overenskomsten.

Den gennemsnitlige behandlingsudgift pr. patient på de offentlige audiologiske klinikker udgør 4.128 kr. – uafhængigt af om der behandles på et eller to ører.

Den gennemsnitlige udgift pr. indkøbt høreapparat i offentlig regi var ifølge AMGROS 3.984 kr. eksklusiv moms i 2011 (2012-pl). Det offentlige tilskud hos privat leverandør pr. høreapparat er 5.607 kr. i 2012. Forskellen i de offentlige udgifter forbundet med høreapparatbehandling i de forskellige regi fremgår af tabel 5.4.

Det bemærkes, at der i tabel 5.4. er medtaget moms på høreapparat og ørepropper i forhold til behandling i offentligt regi, selvom kommunen i realiteten får momsen afløftet. Dette skyldes, at det offentlige tilskud til høreapparatbehandling i privat regi er inklusiv moms. En alternativ måde at sammenligne udgifterne på ville være, at momsen ekskluderes fra tilskuddet. Hermed ville momsen heller ikke skulle medregnes i offentligt regi, hvilket ville give et mere korrekt billede af trækket på de offentlige udgifter ved behandling i hhv. offentligt og privat regi. Det er imidlertid ikke muligt at sige noget om hvor stor en del af tilskuddet, der udgøres af moms. Det er primært fordi en stor del af de borgere, der får udleveret høreapparater i privat regi, har en større eller mindre egenbetaling, og dermed kan det ikke afgøres, hvor stor en del af tilskuddet der i realiteten udgøres af moms.

Tabel 5.4. Sammenligning af offentlige behandlingsudgifter til høreapparatbehandling i offentlig regi vs. tilskud til privat behandling (kr. 2012pl)

	Praktiserende speciallæge med rammeaftale	Regionale Audiologiske Klinikker	Offentligt tilskud hos privat forhandler
Henvisning fra praktiserende speciallæge	-	797	797
Behandling på et øre			
Behandling på 1 øre	5.000	4.128	-
Et høreapparat	3.984	3.984	5.607
Øreprop	125	125	-
Moms (høreapparat og øreprop)	1.028	1.028	-
I alt behandling på et øre	10.137	10.062	6.404
Behandling på to ører			
Behandling på 2 ører	6.890	4.128	-
To høreapparater	7.788	7.788	11.214
To ørepropper	250	250	-
Moms (høreapparater og ørepropper)	2.010	2.010	-
I alt behandling på to ører	16.938	14.973	12.011

Kilde: Sundhedsministeriet 2012 baseret på oplysninger fra overenskomsten og sygesikringsregistret, takstvejledning 2012 suppleret samt grupperet LPR for aktivitet i 2011 pr. 18. marts 2012, jf. foregående afsnit samt egne beregninger.

Arbejdsgruppen er fra flere steder blevet gjort opmærksom på at borgere, som har fået udleveret høreapparater hos godkendte private forhandlere anvender de kommunale og regionale høreinstitutter i markant mindre omfang end borgere, som har fået udleveret høreapparater i offentligt regi. Arbejdsgruppen er dog ikke bekendt med data, som understøtter denne påstand. Desuden er det således, at såvel offentlige som private høreapparatleverandører i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning om høreapparatbehandling skal orientere om muligheden for at anvende de kommunale og regionale høreinstitutter til hørepedagogisk instruktion. På den baggrund er den eventuelle forskel i forhold til anvendelse af de kommunale og regionale høreinstitutter ikke medtaget i tabellen.

Det ses, at de offentlige udgifter ved udlevering af to høreapparater er størst, når hele behandlingsforløbet foregår hos de praktiserende speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme med rammeaftale. En del af forklaringen i forhold til differencen i forhold til behandling på de regionale audiologiske klinikker er, at de praktiserende speciallæger i øre-, næse og halssygdomme aflønnes med 1.890 kr. ekstra, hvis der behandles på to ører, hvorimod afregningsssatsen for de regionale audiologiske klinikker ikke skelner mellem behandling på et eller to ører, men i stedet afregnes på baggrund af udførte procedurer.

Behandling på privat klinik med offentligt tilskud giver anledning til de mindste offentlige udgifter – både ved behandling af et øre og to ører. Det kan dog ikke konkluderes, at de private klinikker nødvendigvis er billigere, idet nogle af udgifterne i stedet kan være betalt af borgeren gennem egenbetaling.

Ved sammenligning mellem udgifter i offentligt regi og tilskuddet til privat behandling er der en række forhold, der bør tages højde for bl.a. forskel i rammevilkår og produktionsbetingelser. I det offentlige er der – modsat i det private - en forpligtelse til uddannelse. Derudover må det forventes, at de regionale audiologiske klinikker generelt behandler ”tungere” patienter end i det private, jf. Sundhedsstyrelsen faglige anbefalinger om, at mere komplicerede høretab bør behandles ved medicinsk audiolog.

Omvendt har de godkendte private klinikker en række udgifter, som ikke medtages i DAGS-taksterne såsom udgifter til lønsumsafgift, apparatur og husleje.

6. KVALITETSSIKRING, GENNEMSIGTIGHED OG ØGET UDGIFTSKONTROL

I henhold til kommissoriet skal arbejdsgruppen analysere følgende spørgsmål:

- *Kvaliteten og organiseringen af den faglige visitation og kvalitetssikring på de godkendte private klinikker.* Hvordan kan den faglige visitation og organiseringen heraf forbedres, således at patienter ikke tilbydes høreapparatbehandling uden at have behov herfor? Hvordan kan den nuværende kvalitetssikring og efterkontrol på godkendte private klinikker styrkes?
- *Øget gennemsigtighed:* Hvordan kan der skabes øget gennemsigtighed i forhold til speciallægenes egeninteresser i at henvise til høreapparatbehandling samt i forhold til, hvilke ydelser de private leverer for det offentlige tilskud, herunder i forhold til pris og kvalitet?
- *Udgiftskontrol og tilskuddets størrelse:* Skal reglerne for tilskud ændres, og er der grundlag for yderligere nedsættelser af tilskuddet til privat udleverede høreapparater?

6.1. KVALITETSSIKRING AF HØREAPPARATOMRÅDET

Arbejdsgruppen har fået til opgave at analysere, hvilke tiltag der kan medvirke til at styrke kvaliteten af høreapparatområdet. Det gælder både kvaliteten af den lægefaglige visitation til høreapparatbehandling, selve høreapparatbehandlingen og kvaliteten af de udleverede apparater.

6.1.1. Kvalitetssikring af den lægefaglige visitation

Speciallægen i øre-, næse- og halssygdomme foretager en lægefaglig vurdering af, om der er indikation for høreapparatbehandling. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en faglig vejledning for høreapparatbehandling, hvor der er fastlagt retningslinjer for god høreapparatbehandling i både offentligt og privat regi.

Boks 6.1. Sundhedsstyrelsens vejledning om indikationer for høretab

Der skal foreligge et høretab med en høretærskel i frekvensområdet 1000, 2000 og 4000 Hz på 30 dB (HL-hearing level) eller dårligere, enten i gennemsnit eller på mindst 2 af disse frekvenser. Ved forskel på mindst 20 dB mellem høretærsklerne ved 2000 og 4000 Hz skal tærsklerne ved 2000 og 3000 Hz i gennemsnit være 25 dB eller dårligere. Ved afvigelser herfra bør behandling ske under ansvar af en medicinsk audiolog.

Speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme skal som alle andre autoriserede sundhedspersoner handle i overensstemmelse med autorisationslovens § 17 omomhu og samvittighedsfuldhed. Det forventes derfor, at lægen følger de faglige retningslinjer, som er i overensstemmelse med god praksis på området.

Der er rejst kritik af, at ikke alle speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme henviser på korrekt indikation til høreapparatbehandling. Herunder at patienter henvises til høreapparatbehandling

uden indikation herfor²⁶, eller at patienter ikke henvises til offentlig behandling på trods af indikation for behov for specialiseret behandling på offentlig audiologisk klinik²⁷. En årsag, der peges på, er, at speciallægen kan fungere som godkendt privat forhandler af høreapparater og derved kan have incitament til at henvise patienten til ”sig selv”.

DELTA har oplyst, at 73 af de 143 godkendte private klinikker i 2009 er drevet af eller har tilknyttet speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme, og dermed selv kan forestå henvisning til høreapparatbehandling med tilskud.

Problemstillingen med speciallægenes eventuelle dobbeltrolle har været rejst flere gange. Det var blandt andet årsagen til, at Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Foreningen af Speciallæger i juni 2006 indgik en aftale om speciallæger i øre-, næse- og halssygdommes informationspligt, når de henviser til høreapparatbehandling. Aftalen understreger, at speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme har pligt til at oplyse patienten om mulighederne for frit valg af høreapparatleverandør. Hvis speciallægen selv optræder som privat leverandør eller på anden måde har en økonomisk forbindelse til leverandøren, har speciallægen pligt til at oplyse patienten herom i forbindelse med henvisningen. For at sikre at patienten modtager denne information, skal patienten underskrive en erklæring om at have modtaget fuld oplysning om valgmuligheder og om speciallægens eventuelle relationer med en leverandør.

Kan speciallægen i øre-, næse- og halssygdomme ikke efterfølgende fremlægge dokumentation for, at oplysningspligten er opfyldt, vil speciallægen i øre-, næse- og halssygdomme kunne tildeles advarsel eller bod i henhold til overenskomstens § 7 og § 9.

Speciallægelandsamarbejdsudvalget har oplyst arbejdsgruppen om, at udvalget ikke har behandlet nogen sager vedrørende ovenstående siden aftalens indgåelse pr. 1. juli 2006.

Med henblik på at øge kvaliteten og gennemsigtigheden af den lægefaglige visitation kan følgende forslag overvejes:

1. Dokumentation for efterlevelse af Sundhedsstyrelsens retningslinjer
2. Krav om henvisning fra speciallæge med overenskomst
3. Henvisende speciallæger må ikke udlevere høreapparater
4. Øget fokus på brug af andre hjælpemidler

1) Dokumentation af efterlevelse af Sundhedsstyrelsens retningslinjer

Af Sundhedsstyrelsens vejledning om høreapparatbehandling fremgår følgende vedr. henvisning fra speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme: ”Henvisningen til høreapparatbehandling bør være fyldestgørende til visitation af den hørehæmmede med en kort, men tilstrækkelig anamnese, og audiogram og eventuelle andre høreprøver bør vedlægges”. Der er altså pt. ikke entydige krav til indholdet i henvisninger til høreapparatbehandling.

Det kan overvejes, at speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme fremover i forbindelse med henvisning til høreapparatbehandling skal anvende en standardiseret henvisningsblanket, som udarbejdes på grundlag af de opstillede kriterier for høreapparatbehandling i Sundhedsstyrelsens vejledning om høreapparatbehandling. Såfremt speciallægen vælger at henvise til høreapparatbehandling, selvom patienten ikke opfylder de på henvisningsblanketten opstillede kriterier, skal speciallægen i henvisningen redegøre særskilt herfor.

²⁶ Operation X, TV2, oktober 2010.

²⁷ 27 Københavns Kommune, se boks 4.1.

En standardiseret henvisningsblanket kan sandsynligvis være med til at sikre at borgere, der reelt ikke vil få glæde af et høreapparat ikke henvises til høreapparatbehandling, og at borgere med behov for specialiseret behandling på en regional audiologisk klinik ikke behandles på en privat godkendt høreklubnik. Omvendt kan en standardiseret henvisningsblanket muligvis blive omfattet som en øget bureaukratisering.

2) *Krav om henvisning fra speciallæge med overenskomst*

I dag kan alle speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme henvise en patient til høreapparatbehandling – hvad enten de indgår i overenskomsten med regionerne eller ej.

Det kan overvejes, om det fremover kun skal være speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme med overenskomst eller audiologer på de audiologiske afdelinger, der kan henvise til offentligt finansieret høreapparatbehandling.

En sådan ordning vil alt andet lige betyde, at regionerne i højere grad vil kunne styre aktiviteten (eksempelvis qua ovennævnte standardiserede henvisningsblanket) og sanktionere ved misbrug. Omvendt kan ordningen betyde, at borgerne risikerer at vente længere på at komme til en indledende undersøgelse, idet antallet af speciallæger, som kan henvise, vil falde. Ifølge speciallægefartegnelsen er der 167 speciallæger, der praktiserer inden for overenskomsten, mens DELTA vurderer, at der er under 10 speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme uden overenskomst på landsplan, hvorfor effekten i forhold til ventetidsproblematikken umiddelbart vil være beskedent.

Det bemærkes dog, at en indskrænkning i henvisningsretten til kun at omfatte speciallæger med overenskomst vil kunne give anledning til kritik, da man herved stiller spørgsmålstegn ved det lægefaglige grundlag for henvisninger fra andre speciallæger.

3) *Henvisende speciallæger må ikke udlevere høreapparater*

Det kan også overvejes, at speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme, der henviser til høreapparatbehandling, afskæres fra at agere som private forhandlere af høreapparater.

Et sådant tiltag vil sikre, at problemet med/mistanken om, at nogle speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme henviser patienter til høreapparatbehandling, selvom der reelt ikke er indikation herfor, grundet uheldige økonomiske incitament, elimineres. Omvendt må det betragtes som et drastisk skridt, idet det i praksis vil betyde, at en række speciallæger fratages muligheden for at videreføre den forretning, som de har bygget op i overensstemmelse med gældende regler.

4) *Øget fokus på brug af alternativer til høreapparater*

Som beskrevet i afsnit 3.1. viser undersøgelser, at nogle høreapparater ender i skuffen. Når nogle høreapparater ikke anvendes (skuffeapparater), kan det bl.a. skyldes, at den hørehæmmede har haft for store forventninger til effekten af høreapparatet eller ikke har modtaget tilstrækkelig instruktion og undervisning i brug af høreapparat. Det kan derfor overvejes, om der er behov for at fokusere mere på, at borgeren oplyses om muligheden for undervisning på høreinstitutterne eller kommunikationscentre.

Det kan desuden overvejes, om der i den lægefaglige visitation skal fokuseres mere på, om der er andre høretekniske hjælpemidler, der bedre kan afhjælpe problemet, end høreapparater.

Sådanne tiltag vil kunne virke til at sikre, at borgerne får en så effektiv behandling af deres høretab som muligt enten ved et høreapparat eller på anden vis.

6.1.2. *Kvalitetssikring af høreapparatbehandlingen på godkendte private klinikker og offentlige klinikker*

Som det er i dag, er der forskel i kvalitetssikringen af den offentlige og private høreapparatbehandling.

1) Godkendelsesordning og tilsyn

For de private klinikker er der indført en godkendelsesordning, der stiller grundlæggende krav inden for audiometri, personale, dokumentation af effekt, om klinikken har udarbejdet en kvalitetshåndbog mv. DELTA fører årlige tilsyn i forhold til disse krav. De regionale audiologiske klinikker og de praktiserende speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme, der udleverer høreapparater som en del af den offentlige behandling, er ikke omfattet af godkendelsesordningen og tilsynet, men er omfattet af regionens kvalitetskrav og de generelle krav om omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationslovens § 17.

2) Kvalitetskrav til høreapparater

Der stilles ikke nogle kvalitetskrav til udleverede høreapparater med tilskud fra private godkendte klinikker, hvorimod der er i det offentlige indkøb af høreapparater er opstillet kravspecifikationer²⁸.

3) Kvalitetsmåling af behandling

Der gennemføres ikke fra centralt hold kvalitetsmålinger alene fokuseret på høreapparatbehandlingen i det offentlige, hvorimod der gennemføres en kvalitetsmåling af den patientoplevede kvalitet og effekten af behandlingen på de godkendte private klinikker ved et valideret spørgeskema (IOI-HA). Det er de private klinikker selv, der har ansvar for at udlevere spørgeskemaet til patienten, at indsamle det og endelig indsende det til DELTA, der offentliggør målingen. Svarprocenten i den seneste undersøgelse vedr. første halvår 2010 var 58 pct., hvilket er nogenlunde på niveau med tidligere perioder.

6.1.3. Med henblik på at øge kvaliteten i høreapparatbehandlingen kan følgende forslag overvejes:

1. Kvalitetsmålinger i såvel privat som offentligt regi og centralisering
2. Kvalitetskrav til privat udleverede høreapparater med tilskud
3. Ændring i tilsynet med godkendte private klinikker

1) Kvalitetsmålinger i såvel offentlig som privat regi og centralisering

Det kan overvejes, om de regionale audiologiske klinikker og de praktiserende speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme med rammeaftale på samme måde som de private godkendte klinikker skal omfattes af krav om kvalitetsmåling. Enten i form af IOI-HA spørgeskema eller på anden vis.

Et sådant tiltag vil sikre, at man vil kunne få et samlet overblik over den patientoplevede kvalitet og effekt af høreapparatbehandlingen i Danmark – herunder det samlede antal skuffeapparater. Omvendt kan man sige, at den offentlige høreapparatbehandling er omfattet af de generelle krav om omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationslovens § 17. Desuden er behandlingen på de regionale audiologiske klinikker omfattet af de generelle og tværgående standarder i den danske kvalitetsmodel. Indførelsen af en yderligere kvalitetsmåling i den offentlige høreapparatbehandling vil derfor muligvis blive opfattet som en unødvendig øget bureaukratisering.

Som nævnt ovenfor er det de godkendte private høreklinikker, der selv er ansvarlige for indsamling af kvalitetsdata. Dette kommer ifølge DELTA til udtryk i en meget forskelligartet indsamlingspraksis, der resulterer i forskelle i svarprocenter, hvornår brugerne bliver bedt om at udfylde IOI-HA skemaet og hvordan skemaet udfyldes (interview eller fremsendelse til bruger).

²⁸Kravspecifikationerne stiller basale funktionskrav til bl.a. intern støj, forvrængning mv.

Disse forhold betyder, at resultaterne skal tages med visse forbehold. Eksempelvis er der nok en vis risiko for, at antallet af skuffeapparater undervurderes i undersøgelserne.

Det kan derfor overvejes, om indsamlingen af kvalitetsdata (hvad enten de skal indsamles både i offentligt og privat regi eller alene i privat regi) i form af IOI-HA skemaet eller på anden vis skal ske fra centralt hold af en uvildig aktør. Det kan styrke troværdigheden af de indsamlede data betydeligt.

2) *Kvalitetskrav til privat udleverede høreapparater med tilskud*

Det kan overvejes at indføre de samme kravspecifikationer til privat udleverede høreapparater med tilskud, som gælder for offentligt udleverede høreapparater.

Dette vil sikre, at de privat udleverede høreapparater lever op til nogle basale funktionskrav og hvilket formentlig vil øge kvaliteten og borgernes nytteværdi, hvilket igen kan medføre en reduktion i antallet af skuffeapparater. Indførelsen af kvalitetskrav til privat udleverede høreapparater vil dog i nogle tilfælde sandsynligvis betyde, at borgerne bliver tilbudt dyrere apparater med en større egenbetaling til følge.

3) *Ændring i tilsynet med de godkendte private klinikker*

DELTA's årlige tilsyn med de godkendte privatklinikker gennemføres i dag anmeldt. I forbindelse med tilsynet skal klinikken stille alle nødvendige informationer til rådighed for tilsynet, herunder udvælge journaler, hvor klinikken indhenter patienternes samtykke til, at de kan gennemgås som en del af tilsynet.

Det kan overvejes, om formen på tilsynet skal ændres til uanmeldte kontrolbesøg. Desuden kan det overvejes at undersøge mulighederne for at udvide beføjelserne i forhold til journalgennemgangen således, at DELTA (eller hvem der på et givet tidspunkt varetager opgaven med tilsynet) selv kan vælge de journaler, som skal gennemgås.

Sådanne ændringer vil medgå til at sikre et mere retvisende billede af den daglige praksis i de godkendte private klinikker.

6.2. ØGET GENNEMSIGTIGHED I FORHOLD TIL TILSKUD TIL BEHANDLING I PRIVAT REGI

Arbejdsgruppen har fået til opgave at se på tiltag til større gennemsigtighed i forhold til speciallæger i øre-, næse og halssygdommes egeninteresse i, at henvise til høreapparatbehandling og i anvendelsen af det offentlige tilskud til høreapparatbehandling på en godkendt privat klinik.

Med henblik på at øge gennemsigtigheden i forhold til høreapparatbehandling i privat regi med offentligt tilskud kan følgende forslag overvejes:

1. Oprettelse af prisportal
2. Udspecificering af regninger
3. Oplysning om egeninteresser

1) *Oprettelse af prisportal*

Der findes ikke i dag en gennemsigtighed i forhold til pris og kvalitet på de høreapparater, som udleveres med offentligt tilskud i privat regi. Det vil sige, at borgerne ikke i forbindelse med valg af godkendt privat klinik har mulighed for at vurdere, hvilke produkter de enkelte klinikker kan tilbyde og til hvilke priser. Borgerne har således kun i

meget begrænset omfang grundlag for at vælge den private klinik, der bedst mulig opfylder borgernes ønsker – eller alternativt vælge behandling i offentligt regi.

Det kan derfor overvejes at oprette en internetportal, hvor borgerne kan se, hvilke høreapparater de godkendte private forhandlere kan tilbyde og til hvilken pris. En lignende løsning anvendes på medicinområdet, hvor borgeren på medicinpriser.dk kan beregne egenbetaling på sin medicin.

Oprettelsen af en sådan prisportal vil betyde, at borgerne i større grad vil få grundlag for at vælge, hvor man vil modtage høreapparatbehandling. Prisportalen vil desuden medgå til at sikre en øget konkurrence mellem de godkendte private klinikker, hvilket kan bidrage til, at borgerne og det offentlige får mest muligt for tilskuddet.

2) Udspecificering af regninger

I dag er det sådan, at de godkendte private klinikker ikke skal udspecificere regningen til kommunen i forbindelse med udbetalingen af tilskuddet. Det vil sige, at hverken borgerne eller kommunen har et overblik over, hvad tilskuddet mere præcist er anvendt til.

Derfor kan det overvejes, at de godkendte private klinikker fremover skal udspecificere regninger til tilskudsmyndigheden på de poster, som tilskuddet dækker - nemlig høreprøve, høreapparat, høreapparattilpasning service, garanti og moms.

3) Oplysning om egeninteresser

Det kan yderligere overvejes at gøre det til et krav, at de speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme, der samtidig driver eller har investeret i en privat høreklinik, fremover skal registrere, når patienten vælger høreapparatbehandling på lægens private klinik eller klinik, hvor lægen har en økonomisk interesse.

Dette vil sikre, at det vil være muligt at se, om bestemte speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme i særlig høj grad henviser til behandling på godkendte private klinikker, hvor de har økonomiske interesser. Initiativet vil med en vis sandsynlighed have en forebyggende effekt.

6.3. UDGIFTSKONTROL

Arbejdsgruppen er blevet bedt om at afdække mulighederne for en øget udgiftskontrol på høreapparatområdet. Udgiftskontrol kan både forstås som:

1. Færre udgifter pr. bevilling
2. Færre bevillinger
3. Øvrige besparelser

Det bemærkes, at de muligheder for at ændre tilskuddet, der præsenteres, først og fremmest vil føre til færre udgifter pr. bevilling, men sandsynligvis også til færre bevillinger.

6.1.3 Færre udgifter pr. bevilling – En yderligere nedsættelse af tilskuddet

Med genopretningspakken blev tilskuddet til privat udleverede høreapparater sænket med 10 pct. Endvidere blev den måde, hvorpå tilskuddet reguleres ændret. Fra og med 1. januar 2011 er det vedtaget, at tilskuddet skal reguleres en gang årligt med Danmarks Statistiks forbrugerprisindeks. Reguleringen foretages første gang den 1. januar 2014.

Arbejdsgruppen er blevet bedt om at undersøge muligheden for en yderligere nedsættelse af tilskuddet til privat udleverede høreapparater. I dag er de gennemsnitlige offentlige udgifter ved høreapparatbehandling højere end det tilskud, man kan få med til privat behandling, hvorfor det sandsynligvis ikke vil være billigere at udlevere alle høreapparater i offentligt regi. Det er dog altid op til en politisk beslutning, hvor højt tilskuddet skal være. Hvis man nedsætter tilskuddet yderligere, kan det have som konsekvens, at flere borgere vil vælge offentlig behandling med længere ventelister til følge. Desuden vil de borgere, der fortsat vælger privat behandling, eventuelt få en højere egenbetaling med mindre nedsættelsen af tilskuddet vil få den konsekvens, at de private høreklinikkers avancer falder.

Arbejdsgruppen har beregnet det isolerede potentiale ved forskellige modeller i en alt andet lige situation. Der er i beregningerne ikke taget højde for eventuelle substitutionseffekter mv.

Der er forskellige muligheder for at ændre tilskuddet. Flere af de nedenstående modeller kan også kombineres.

- a) Tilskuddet nedsættes.
- b) Tilskuddet reguleres ikke fremadrettet.
- c) Tilskuddet reguleres kun for den andel, der kan siges at modsvare behandlingsdelen.
- d) For personer, der skal have to høreapparater, gives kun 50 pct. tilskud på andet øre.

a) Tilskuddet nedsættes

Tilskuddet til privat udleverede høreapparater er pr. 1. januar 2011 5.607 kr. pr. apparat. Tal fra AMGROS viser, at priserne på høreapparater indkøbt i offentlig regi har været svagt faldende siden 2000, jf. kapitel 3.2. Samtidig er kvaliteten af apparaterne ifølge AMGROS steget markant. Der er dermed sket en standardglidning i kvaliteten af de høreapparater, der udleveres. Et kvalitetsmæssigt tilsvarende apparat vurderes i dag at være væsentligt billigere end i 2002. I samme periode må det dog forventes, at prisen på behandling i privat regi er steget på grund af den generelle pris- og lønudvikling i samfundet.

Tilskuddet kan med udgangspunkt i den udvikling nedsættes til 5.000 kr., som nominelt er det samme beløb som i 2002, da Folketinget besluttede at hæve tilskuddet. Med et tilskud på 5.000 kr. vurderes det, at borgerne vil have mulighed for at få et høreapparat af samme kvalitet, som det, man ønskede at give borgerne i 2002, da man hævede tilskuddet til 5.000 kr. Med en nedsættelse til 5.000 kr. må borgeren selv finansiere en del af det kvalitetsløft, der er sket fra 2002 til 2012.

En nedsættelse af tilskuddet til 5.000 kr. fra 1. januar 2013 forventes alt andet lige at medføre en samlet besparelse på ca. 36 mio. kr.

Tilskuddet kan også sænkes yderligere, hvormed der kan opnås en større besparelse, jf. tabel 6.1. Før 2002 var tilskuddet fx 3.000 kr. pr. høreapparat. Tilskuddet blev hævet ud fra en forventning om, at en forhøjelse af det eksisterende tilskud ville medvirke til en nedbringelse af de lange ventelister på høreapparatbehandling.

Med en nedsættelse til fx 3.000 eller 4.000 kr. pr. høreapparat vil den enkelte borger, der har behov for to høreapparater og som i dag køber apparater til det fulde tilskuds størrelse eller mere få en øget egenbetaling. Den øgede egenbetaling vil udgøre henholdsvis 3.214 eller 5.214 kr.

Konsekvenserne af en sådan reduktion i tilskuddet kan være at færre borgere ønsker privat behandling og dermed et øget pres på de offentlige audiologiske afdelinger.

Table 6.1. Potentiale ved nedsættelse af tilskuddet.

Mio. kr. (2012-pl)	2013	2014	2015	2016
3.000 kr.	153,0	153,0	153,0	153,0
4.000 kr.	94,0	94,0	94,0	94,0
5.000 kr.	36	36	36	36

Note: Der forudsættes et uændret antal modtagere af tilskud til privat udleverede høreapparater.

Det bemærkes, at beregningerne ikke tager højde for, at en del borgerne ved et lavere tilskud til privat behandling formentlig i stedet vil ønske offentlig (og dermed vederlagsfri) behandling i offentlig regi.

b) Tilskuddet reguleres ikke fremadrettet

Hvis det forventes, at prisen på høreapparater fortsat vil være faldende i forhold til kvaliteten på grund af den teknologiske udvikling, kan man vælge ikke at regulere tilskuddet fremadrettet.

Det skal dog bemærkes, at man i denne model heller ikke regulerer den del af tilskuddet, der skal betale for behandlingen i forbindelse med udlevering af høreapparat. Hvis omkostningerne forbundet med behandlingen stiger mere, end priserne på høreapparater falder, vil fastfrysning betyde en løbende mindre udhuling af tilskuddet. I 2014, hvor tilskuddet skulle reguleres igen, giver det en besparelse på 6,6 mio. kr., mens besparelsen i 2016 er på 20,1 mio. kr.

Table 6.2. Potentiale ved en fastfrysning af tilskuddet

Mio. kr. (2012-pl)	2013	2014	2015	2016
	0	6,6	13,3	20,1

c) Tilskuddet reguleres kun for den andel, der kan siges at modsvare behandlingsdelen

Den ovenstående model kan også modificeres, så man sikrer, at tilskuddet ikke udhules. Det kan gøres ved, at tilskuddet deles op, så der er et tilskud til behandling og et tilskud til selve apparatet. Tilskuddet til selve apparatet kan fastfryses, da prisen på offentligt indkøbte apparater historisk har været svagt faldende, mens tilskuddet til behandlingen kan reguleres med forbrugerprisindekset eller lønudviklingen.

Hvis tilskuddet til selve behandlingen reguleres med forbrugerprisindekset, tages der højde for, at omkostningerne til selve behandlingen formentlig er stigende over tid i takt med inflation og lønstigninger.

d) For personer, der skal have to høreapparater, gives kun 50 pct. tilskud på andet øre

En fjerde mulighed er at nedsætte tilskuddet, der kan fås til behandlingen på 2. øre. Rationalet bag en sådan nedsættelse er, at behandlingen alt andet lige må være mindre udgiftstung for det andet øre end for det første.

Det vil betyde et samlet tilskud for personer, der skal have et apparat på 5.607 kr. (som i dag), mens personer, der har brug for høreapparat på begge ører, får et tilskud på 5.607 kr. + (5.607 kr. *50 pct.) = 8.410,50 kr., hvor de i dag får et tilskud på 2* 5.607 kr. = 11.214 kr. Det vil sige, at tilskuddet for alle de personer, der har behov for to apparater nedsættes med 2.803,50 kr.

Table 6.3. Potentiale ved nedsættelse af tilskuddet til 2. øre

Mio. kr. (2012-pl)	2013	2014	2015	2016
	66,0	66,0	66,0	66,0

e) Kombinationer

Modellerne ovenfor kan også kombineres og dermed kan provenuet ved ændringerne øges. Man skal dog være opmærksom på, at beregningerne er foretaget uafhængigt af hinanden, og provenuet af kombinationerne er derfor ikke blot summen af provenuerne ved de enkelte initiativer.

Generelt skal det desuden bemærkes, at en nedsættelse af tilskuddet i det private vil øge forskellen i konkurrencevilkårene mellem offentlig og privat, da borgerne ikke har egenbetaling i det offentlige system. Det vil kunne forrykke balancen, således at flere patienter vælger offentlig behandling med øgede ventetider som konsekvens. Substitution fra det private til det offentlige system kan resultere i en mindre besparelse end de alt andet lige betragninger, der fremgår af ovenstående.

6.3.2 Færre bevillinger - Skærpede krav til visitation og udskiftning

Som det fremgår af kapitel 3 har der i de senere år været en markant stigning i antallet af udleverede høreapparater. Endvidere fremgår det, at stigningen har været i antallet af udleverede høreapparater fra de godkendte private klinikker, mens antallet af høreapparater udleveret i offentligt regi har været svagt faldende.

En vigtig del af forklaringen på stigningen i antallet af udleverede høreapparater er sandsynligvis den teknologiske udvikling, som betyder, at der løbende kommer nye og mere avancerede høreapparater, hvilket betyder, at flere og flere høretab kan kompenseres. Desuden medfører den teknologiske udvikling, at apparaterne er blevet mindre og mere diskrete, hvorfor der sandsynligvis er personer, der tidligere har afvist at få et høretab afhjulpet, der nu har ønsket et høreapparat. Der har altså med andre ord været et indikationsskred på høreapparatområdet i de senere år.

På den baggrund kan det overvejes at undersøge mulighederne for at stramme visitationskriterierne for høreapparatbehandling. Det vil sikre, at færre personer henvises til høreapparatbehandling med det resultat, at de offentlige udgifter til området vil falde. Det er dog samtidigt vigtigt at sikre, at personer, som reelt har et behov herfor, stadig modtager høreapparatbehandling, idet konsekvensen af manglende behandling af høretab bl.a. kan være et unødvendigt samfundsøkonomisk tab som følge af tabt erhvervsevne og i det hele taget en betydelige risiko for social isolation mv. for de pågældende borgere.

Det er ikke muligt nu at opgøre besparelespotentialer ved strammere visitationskrav, idet det bl.a. vil afhænge af hvordan og hvor meget visitationskriterierne strammes. I dag er der i både en lægefaglig visitation og en kommunal visitation (der dog er sat ud af kraft af en afgørelse i et socialt nævn, jf. side 28) og det kan overvejes at undersøge både muligheden for at stramme enten den lægefaglige visitation eller den kommunale visitation eller begge dele.

a) Stramning af den lægefaglige visitation

I praksis vil arbejdet med strammere visitationskrav skulle forankres i et udvalgsarbejde med relevant klinisk og administrativ deltagelse. Udvalget vil skulle holde en række møder over en periode. Mellem disse møder vil de repræsenterede selskaber, institutioner mv. skulle producere forskellige former for produkter, som udvalget kan basere sin beslutning på.

b) Stramning af den kommunale visitation

Stramningerne i den kommunale visitation kræver (på grund af den i afsnit 4.1 beskrevne afgørelse i et socialt nævn) en lovændring. Der skal ændres i servicelovens § 112, stk. 5, hvor det i dag fremgår, at borgeren har ret til tilskud til høreapparatbehandling, hvis de er henvist til høreapparatbehandling af en speciallæge. I kapitel 7 redegøres nærmere for mulighederne i en ændring af servicelovens § 112, stk. 5.

c) Nye regler for udskiftning af høreapparat udleveret i privat regi

I dag er praksis sådan, at man har ret til at få udskiftet sit høreapparat efter fire år, hvis det er udleveret i privat regi.

Den forventede levetid for et høreapparat er i vid udstrækning afhængig af, hvordan apparatet benyttes. Et høreapparat, der benyttes hver eneste dag fra tidlig morgen til sen aften, vil således blive slidt væsentligt mere end et apparat, der kun benyttes få timer dagligt f.eks. i forbindelse med, at brugeren ser TV.²⁹

Det kan overvejes at ændre reglen om ret til udskiftning af privat udleveret høreapparat, således at der tidligst kan udleveres et nyt apparat efter fx 5 år. Herved kan det undgås, at borgerne pr. automatik får udleveret nyt høreapparat i privat regi hvert 4. år. Samtidig med at man ændrer fra 4 år til 5 år, skal der så også ske en understregning af, at reglen betyder, at der tidligst kan ske udskiftning på dette tidspunkt. Det vil sige, at høreapparatet ikke kan udskiftes, hvis det stadig er funktionsdygtigt.

Forslaget vil betyde et fald i den offentlige udgift til tilskud til høreapparater udleveret i privat regi. Samtidig må det imidlertid forventes at påvirke prisdannelsen for høreapparater, således at en længere garanti medfører en højere pris, idet fabrikanten får øgede omkostninger til reparationer i garantiperioden. Undersøgelser gennemført af Bispebjerg Hospital har vist, at visse høreapparatyper i gennemsnit er defekte mere end en gang pr. år, og således forventeligt må indsendes til fabrikanten for reparation 4 gange i løbet af garantiperioden.³⁰ Disse merudgifter skal i givet fald afholdes via borgernes egenbetaling.

I forhold til at opgøre besparelspotentialet ved en ændring af perioden før privat udleverede høreapparater kan udskiftes, er der en række ubekendte faktorer:

- Det vigtigste er, at der i dag ikke er nogen viden om, hvor længe borgere, som har fået udleveret høreapparater i privat regi, har dem, før de udskiftes.
- Gennemsnitsalderen for debuterende høreapparatbrugere, som får udleveret høreapparater i privat regi, kendes ikke.
- Den fremtidige udvikling i den gennemsnitlige levetid vil influere på besparelsen.

c) Krav om henvisning fra speciallæge med overenskomst

Af afsnit 6.1. fremgår det, at det kan overvejes, at det kun er speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme med overenskomst, der kan henvise til høreapparatbehandling med henblik på at sikre større kvalitet i henvisningerne.

Forslaget har dog også den konsekvens, at antallet af speciallæger, der henviser, vil blive en smule mindre, hvilket alt andet lige vil betyde et mindre fald i aktivitet og udgifter. Desuden kan man fremadrettet regulere antallet af speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme, der kan henvise, hvilket ligeledes vil kunne have en effekt i forhold til aktivitet og udgifter. Til gengæld vil ventetiden til den indledende undersøgelse hos en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme alt andet lige vokse, hvilket ligeledes anføres i afsnit 6.1.

Grundet manglende viden om det præcise antal af speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme uden overenskomst og udviklingen i antallet af speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme med overenskomst i fremtiden kan der ikke siges noget om forslagets besparelspotentiale. Besparelspotentialet ved dette tiltag vurderes dog isoleret set ikke at være stort.

²⁹ Kilde: DELTA, 19. maj 2010.

³⁰ Kilde: DELTA, 19. maj 2010.

6.3.3 Øvrige initiativer til udgiftskontrol

a) Indførelse af egenbetaling i offentlig regi

I dag er der ingen egenbetaling ved høreapparatbehandling i offentligt regi, mens der i de fleste tilfælde er en egenbetaling udover det offentlige tilskud ved høreapparatbehandling i privat regi.

Det kan derfor overvejes at indføre en egenbetaling på høreapparater i offentlig regi. Egenbetalingen kan fx sættes til 500 kr. pr. øre.

Udover at give anledning til besparelser vil indførelse af egenbetaling i det offentlige medvirke til en mere lige konkurrence mellem det offentlige og det private, hvor det offentlige i dag har en konkurrencefordel i form af fravær af egenbetaling. Desuden kan det ud fra en rimelighedsbetragtning anføres, at der bør være en eller anden form for egenbetaling på høreapparater, ligesom der er på briller og kontaktlinser. Omvendt vil det stride mod det altovervejende princip i Danmark om, at sygdomsbehandling på regionale sygehuse og hos speciallæger med rammeaftale med regionerne er vederlagsfri for patienten.

Hvis man indførte en egenbetaling på 500 kr. pr. øre, vil man med ca. 59.000 offentligt udleverede høreapparater alt andet lige opnå nedenstående besparelse vedrørende behandling i offentligt regi:

Tabel 6.5. Potentiale ved indførelse af egenbetaling i det offentlige

Mio. kr. 12-PL	2013	2014	2015	2016
Egenbetaling 500 kr.	29,5	29,5	29,5	29,5

b) Fælles indkøb efter udbud

Efter den nuværende ordning købes alle høreapparater, som udleveres i offentligt regi, ind via fælles udbud varetaget af AMGROS, mens de godkendte private klinikker selv står for indkøb af apparater, der udleveres.

Det kan således overvejes, om alle offentligt finansierede høreapparater skal indkøbes i en fælles ordning på samme måde som det fx ses på grå stær området, hvor linserne til patientens behandling indkøbes og udleveres af regionen, hvad enten behandlingen foregår i det offentlige eller på en privat aftaleklinik.

Fælles indkøb kan sikre, at alle apparater, der udleveres med tilskud, er af en vis kvalitet. Desuden vurderes det umiddelbart at prisen pr. apparat formentlig vil være lavere end i dag på grund af mængderabat³¹. Der er dog mulighed for, at de apparater, der indkøbes gennem den fælles indkøbsordning, er af bedre kvalitet og dermed dyrere end de apparater, der udleveres i dag i privat regi.

For borgerne er en ulempe ved fælles indkøb, at det begrænser det frie valg forstået på den måde, at der alene ydes offentligt tilskud til de høreapparater, som optræder på indkøbslisten. Dette er i strid med intentionerne bag indførelsen af frit valgs-ordningen, som netop var at skabe et mere fleksibelt og smidigt system for borgerne.

Teoretisk kan fælles indkøb kombineres med frit valg ved, at borgeren får mulighed for at få et tilskud svarende til den pris, som det offentligt indkøbte apparat ville have kostet. Dette svarer til den model, der er gældende for frit valg af øvrige hjælpemidler efter serviceloven. Modellen vurderes dog vanskeligt at fungere i praksis på høreapparatområdet, hvor det afgøres, hvilket apparat der er egnet for netop det individuelle høretab, under behandlingen. Det betyder, at hvis

³¹ Det bemærkes i den forbindelse, at Dansk HøreCenter mener, at de er i stand til at købe billigere ind end AMGROS.

borgeren behandles i privat regi og efterfølgende ønsker et tilskud udbetalt fra kommunen, så skal kommunen gennemføre den samme behandling for at afgøre, hvilket høreapparat der er egnet i dette tilfælde. Det vil være alt for omkostningsfuldt både for kommunerne isoleret set og for samfundsøkonomien.

c) Ændring af batteriordningen

Uanset om borgerne har fået udleveret høreapparater i offentligt eller privat regi er kommunerne forpligtet til at udlevere batterier til høreapparaterne gratis.

En afskaffelse af den gratis udleveringsordning vil medføre en besparelse for det offentlige på ca. 13 mio. kr., jf. tabel 6.6. samt de årlige omkostninger ved udlevering af batterierne. Omvendt betyder den fælles indkøbsordning, at batterierne indkøbes billigt til under én krone pr. styk. Hvis borgeren selv skulle købe batteriet på markedet i dag, vil det koste ca. 4 kr. pr. batteri ved køb af 10 batterier. For en høreapparatbruger, som anvender apparatet dagligt på begge ører, vil det formentlig indebære en årlig udgift på omkring 400-500 kr. Det kan derfor overvejes, hvordan man kan lave en model, så det offentlige stadig står for et fælles indkøb, men brugerne alligevel betaler for batterierne.

Tabel 6.6. Afskaffelse af gratis udlevering af batterier til høreapparater

Mio. kr. (2012-pl)	2013	2014	2015	2016
Besparelsespotentiale	13	13	13	13

Anm. Skønnet er baseret på den årlige udgift til indkøb af batterier via den centrale indkøbsordning i 2009, som er oplyst af Amgros I/S.

7. MULIGE MODELLER FOR FREMTIDIG INDRETNING AF HØREAPPARATOMRÅDET

Som beskrevet i kapitel 1 og 2 er der i dag mange aktører på høreapparatområdet, og der kan være et behov for at sikre større samordning mellem bevillingsansvar, aktivitetsstyring og finansieringsansvar.

Arbejdsgruppen har drøftet tre forskellige mulige modeller for en fremtidig organisering af høreapparatområdet.

- **Model 1 – regional tilskudsordning**
 - Ansvar for tilskudsordningen overflyttes til sundhedslovgivningen.
 - Regionerne har myndighedsansvar mens speciallægerne forestår henvisninger.
 - Regionerne har finansieringsansvar og ansvar for behandling.

- **Model 2 – ”Brille-modellen”**
 - Høreapparatområdet sidestilles med synsområdet.
 - Kun i svære tilfælde af høretab kan der udleveres høreapparat med offentlig støtte.
 - Høreapparat udleveres i svære tilfælde med hjemmel i serviceloven eller i sundhedslovgivningen.
 - Speciallæger henviser med udgangspunkt i faglige retningslinjer.
 - Kommunerne eller regionerne har bevillingsansvar på baggrund af en indikationsliste. Kommunerne eller regionerne har finansieringsansvaret.
 - Regionerne har ansvar for behandling.

- **Model 3 – Tilskudsordning med kommunal finansiering**
 - Den nuværende tilskudsordning bevares i serviceloven.
 - De faglige retningslinjer og godkendelsen af private klinikker er fortsat Sundhedsministeriets ansvar.
 - Kommunerne har fortsat bevillings- og finansieringsansvar.
 - Regionerne har ansvar for behandling.

Alle tre modeller kan i højere eller mindre grad kombineres med de initiativer, der er beskrevet i kapitel 6.

7.1. MODEL 1 - REGIONAL TILSKUDSORDNING

Organisering

Med den nuværende struktur er området reguleret i både serviceloven og sundhedsloven, hvilket kan skabe nogle u hensigtsmæssigheder³². En mulighed er, at området overflyttes til sundhedsloven og at placere både bevilling, finansiering og behandling finder sted i sundhedsregi under regionernes ansvar. Herved vil der i princippet ske en større samordning af aktivitetsstyring og finansieringsansvar.

³² Arbejdsgruppen afholdt den 16. december 2010 et ”lyttemøde” med alle interessenter, foreninger og organisationer på området. Her påpegede stort set alle aktører, at det to-strengede system, hvor kommunerne bevilger, og regionerne udfører behandlingen, er u hensigtsmæssigt.

Med en samling af bevilling af apparat, finansiering og behandling gives mulighed for større sammenhæng i indsatsen, og systemet bliver dermed mere enstregt, bortset fra de kommunale kommunikationscentre, der yder undervisning og instruktion af høreapparater.

Modellen betyder, at borgeren fortsat skal henvende sig til en speciallæge for at få en henvisning til høreapparathandling. Når en speciallæge har henvist til høreapparathandling, skal borgeren ikke ansøge om høreapparat eller om tilskud til privat høreapparathandling ved kommune eller region, men vil i stedet have direkte adgang hertil.

Aktivitets- og udgiftskontrol

Den regionale tilskudsmodel sikrer i sig selv ikke en højere grad af udgiftskontrol. Øget udgiftskontrol i denne model kræver at regionerne får bedre kontrol med lægernes henvisninger til høreapparathandling. Det kræver, at der stilles skarpere krav til den lægefaglige visitation, eller der opstilles kriterier for, hvornår lægerne skal henvise til høreapparathandling. Kriterierne skal betyde, at speciallægerne ikke henviser alle, der har et høretab, der kan afhjælpes med høreapparat, men at lægerne foretager en vurdering af graden af høretabet og kun henviser, hvis høretabet er af en vis alvorlighed. I kapitel 6 er der beskrevet en række mulige måder at skærpe den lægefaglige visitation på.

Hvis regionerne får finansieringsansvaret, vil regionerne også have større interesse i at kontrollere speciallægenes henvisningspraksis, hvilket kan være nemmere for regionerne end for kommunerne.

Administration

I denne model bevilger en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme høreapparat. Dermed reduceres sagsbehandlingen med et led, idet der ikke længere skal ske en administrativ sagsbehandling af borgerens ansøgning efter, at borgeren har fået en henvisning fra en speciallæge (i modsætning til i dag, hvor kommunen sagsbehandler borgerens ansøgning efter lægen har henvist til høreapparathandling). Dermed vil kommunernes administration med bevilling af høreapparater forsvinde.

Modellen vil fortsat give behov for administration af udbetaling af tilskud til køb af høreapparater, men regionerne skal ikke først bevilge høreapparat til borgeren og senere udbetale tilskud til den private klinik, men skal i stedet alene udbetale tilskuddet. Det må endvidere alt andet lige forventes, at regionerne har bedre mulighed for at kontrollere lægernes henvisninger (fx med udgangspunkt i den standardiserede henvisningsblanket), end kommunerne har i dag og dermed bedre mulighed for at styre aktiviteten.

Konsekvenser for borgerne

Det frie valg opretholdes, og borgeren kan fortsat få tilskud til høreapparathandling ved en godkendt privat forhandler, eller borgeren kan få høreapparathandling i offentlig regi på en regional audiologisk klinik eller ved en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme med rammeaftale. Regionen administrerer tilskudsordningen til høreapparathandling i privat regi og betalingen af høreapparater, der udleveres i offentlig regi.

Borgerne vil opleve, at sagsbehandlingstiden falder, idet der ikke længere skal ansøges om høreapparat, når først speciallægen har visiteret borgeren.

Fordele ved regional tilskudsmodel

Modellen har den fordel, at høreapparatområdet samles i sundhedsregi og under Sundhedsministeriets samt regionernes ansvar. Der skabes dermed en enklere struktur med en klarere ansvarsfordeling.

Der sikres også en tættere sammenhæng mellem finansiering og bevilling, idet regionerne, der indgår overenskomster og kontrollerer speciallægerne, bliver finansieringsansvarlige.

Modellen kan kombineres med tiltag, der sikrer større kontrol med lægerne, fx gennem den standardiserede henvisningsblanket.

Ulemper ved regional tilskudsmodel

Modellen sikrer i sig selv ikke en højere grad af udgiftskontrol, men må kombineres med andre tiltag. En usikkerhed er, om der kan skabes klare rammer for speciallægenes henvisninger, så der opstår den ønskede aktivitets- og udgiftskontrol. Det kan være et problem, at regionerne ikke direkte bestemmer, hvordan lægerne visiterer og at lægerne ikke er direkte finansieringsansvarlige.

7.2. MODEL 2 - HØREAPPARATOMRÅDET SIDESTILLES MED SYNSOMRÅDET

Organisering

I model 2 organiseres høreapparatområdet på samme måde som syns-/brilleområdet. "Brillemodellen" indebærer, at høreapparat stadig defineres som et hjælpemiddel enten i serviceloven eller i sundhedslovgivningen. Høreapparat kan dog kun udleveres med offentlig støtte, hvis borgeren har et høretab, der opfylder nogle meget klare lægefaglige visitationskriterier eller optræder på en indikationsliste. Det vurderes at ville indebære at mange, der i dag bevilges høreapparat, ikke længere vil opfylde kriterierne.

Modellen indebærer, at speciallægen i øre-, næse- og halssygdomme diagnosticerer borgeren og at kommunen eller regionen ud fra en klar indikationsliste herefter ud fra borgernes lægeerklæring kan afgøre, om borgeren er berettiget til offentlig støtte eller ej.

I modellen kan patienten fortsat gå til gratis udredning ved speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme, men der udarbejdes klare lægefaglige visitationskriterier eller en indikationsliste for, hvornår der kan opnås offentlig støtte til køb af høreapparat. Alle, der falder inden for indikationslisten eller de lægefaglige kriterier, får fuldt tilskud til køb af høreapparat samt behandling. Alle andre, der falder uden for indikationslisten, får fuld egenbetaling. Indførelse af denne form for egenbetaling på høreapparatområdet vil medvirke til at skabe større konsistens mellem synsområdet og høreapparatområdet.

Hvis området bibeholdes i serviceloven, skal de lægefaglige visitationskriterier eller indikationslisten fremgå af bekendtgørelsen om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter serviceloven, hvor brilletilskuddet er beskrevet. Hvis området overflyttes til sundhedslovgivningen, skal der udarbejdes en bekendtgørelse, hvoraf de faglige visitationskriterier eller indikationslisten fremgår.

Som beskrevet i kapitel 3 er der på grund af den teknologiske udvikling sket et indikationsskred på høreapparatområdet, som gør, at langt flere i dag end tidligere kan have glæde af et høreapparat. Strammere faglige visitationskrav eller en indikationsliste kan medvirke til, at man fremover kun giver offentlig støtte til personer, der har mere alvorlige høretab.

Aktivitets- og udgiftskontrol

Modellen vil give en væsentlig bedre udgiftskontrol på området, da der opstilles klare kriterier for, hvornår der kan ydes støtte til høreapparater og en lang række af de borgere, der i dag får offentlig udleveret høreapparat eller støtte til privat høreapparatbehandling, vil ikke længere være berettiget til offentlig støtte.

Indførelse af denne form for egenbetaling må forventes dels at lede til en reduktion i efterspørgslen og dels til en større omkostningsbevidsthed hos brugerne i forhold til pris og kvalitet. Der er ikke beregnet besparelspotentiale på modellen, da det kræver et større sundhedsfagligt

udredningsarbejde at opstille en indikationsliste, og der derefter skal tages stilling til, hvor svære tilfælde af høretab, man mener, skal afhjælpes med offentlig støtte.

Administration

Modellen kan både gennemføres med kommunerne eller med regionerne som bevillingsmyndighed. Hvis kommunerne bevilger vil administrationen blive lettere end i dag, da færre borgere vil være berettiget til høreapparat med offentlig tilskud. Kommunerne vil dog have administration i forbindelse med vurdering af borgernes ret til udbetaling af helbrestillæg, personligt tillæg eller hjælp efter aktivloven, hvilket de dog i forvejen har i en række andre sager.

Modellen kan også gennemføres med regionerne som bevillingsmyndighed. Administrationen vil være den samme som i kommunerne.

Konsekvenser for borgerne

Med en "brillemodel" på høreapparatområdet bliver der som udgangspunkt fuld egenbetaling på høreapparater både i det private og i det offentlige. Patienter, der ikke falder inden for indikationslisten, vil få fuld valgfrihed indenfor deres økonomiske muligheder, men vil dog også samtidig have fuld egenbetaling.

Det kan overvejes, om reglerne for helbrestillæg skal udvides, så de også omfatter høreapparater. Ellers findes de øvrige regler om økonomisk tilskud gennem aktivloven og pensionslovgivningen, ligesom på brilleområdet.

Modellen vil formentlig sikre, at de borgere, der har alvorligt høretab, vil blive hurtigere behandlet, idet alle lette tilfælde føres uden om sundhedsvæsenet og derfor ikke belaster det offentlige sundhedssystem. Der er dog en risiko for, at borgere med et umiddelbart beskedent høretab ikke vil søge behandling grundet egenbetaling. Disse tilfælde kan på sigt udvikle sig til mere kompleks sygdom, hvilket kan resultere i betydelige udgifter for samfundet grundet tabt erhvervsevne, social isolation for den enkelte mv.

Fordele ved "brillemodellen"

På synsområdet er der en klar indikationsliste, hvor der oplistes en række øjensygdomme, og hvis en borger lider af en af disse sygdomme, er vedkommende berettiget til fuld offentlig støtte. Hvis der kan laves en tilsvarende indikationsliste i forhold til høretab vil "brillemodellen" således kunne sikre en effektiv udgiftskontrol, fordi antallet af borgere, der vil være berettiget til høreapparat med offentlig støtte, indskrænkes betydeligt. Hvis der kan opstilles en klar indikationsliste eller klare faglige kriterier er modellen simpel og nem at administrere.

Ulemper ved "brillemodellen"

Den største usikkerhed ved brillemodellen er, hvorvidt der kan opstilles en meningsfuld indikationsliste eller helt klare lægefaglige kriterier for, hvornår en borger skal være berettiget til høreapparat med offentlig støtte. Arbejdsgruppen har derfor bedt Sundhedsstyrelsen om en vurdering af de sundhedsfaglige perspektiver i forhold til at organisere høreapparatområdet efter en brillemodel.

Brilleområdet

I forhold til brilleområdet har Sundhedsstyrelsen oplyst, at mange tilfælde af refraktionsanomalier (langsynethed, nærsynethed, bygningsfejl eller kombinationer) lader sig korrigere fuldstændigt med brilleglas. Når de korrekte glas er afprøvet, står tilbage at vælge hvilket stel, man ønsker sig. Det vil sige, at det er en forholdsvis simpel vurdering, som kan foretages af en optiker. Efter ibrugtagning sker der stort set en normalisering af synsstyrken. I andre tilfælde er der anomalier i linse og nethinde m.v. Disse kræver separat håndtering.

Høreapparatområdet

I forhold til høreapparatområdet har Sundhedsstyrelsen oplyst, at hørenedsættelse ses ved lidelser i øregang, trommehinde, mellemøret og hørenerve, foruden de mere almindelige cochleære. Dertil kommer central døvhed, som ikke lader sig identificere ved almindelig audiometri.

På trods af, at der findes mange summariske kategoriseringer af høretab baseret på toneaudiometri – fx WHO's – er det imidlertid styrelsens vurdering, at toneaudiometri ikke er egnet til en mere præcis sondring mellem banale og mere komplekse høretab. Dette skyldes en række forskellige faktorer³³:

1. Følsomheden nedsættes ikke lige meget i alle frekvensområder, idet diskanten som regel er mest påvirket. Dette rammer konsonantlyde, som er afgørende for skelneevnen i baggrundsstøj. Forstærkningen skal altså ikke være den samme i bas og diskant.
2. Recrutement (indskrækning af ørets dynamiske område) kan ikke afsløres ved toneaudiometri alene. Dette er baggrunden for kravet i vejledningen om høreapparatbehandling om måling af reflekstærskler.
3. Frekvensopløsningen (høre forskel på to samtidige toner) forringes, hvilket ikke afsløres ved toneaudiometri.
4. Tidsopløsningen (evnen til at høre forskel på to lyde der optræder efter hinanden) forringes, hvilket heller ikke afsløres ved toneaudiometri.
5. Hørenedsættelse på begge ører giver problemer med retningsbestemmelse og taleforståelse i baggrundsstøj. Dette forhold kan identificeres ved toneaudiometri, men der kan være forskel på de to ørers evne til at forstå tale. Dette er baggrunden for vejledningens krav om skelnebestemmelse på hvert øre for sig. Derudover kan der være corticale processer, der i praksis modvirker taleforståelse – mere på det ene øre end på det andet.

Som det fremgår, er høreapparatbehandling dermed en meget kompleks procedure og behandlingen varierer betydeligt fra person til person. Det er således ikke på baggrund af nogen simple undersøgelser muligt entydigt at kategorisere høreapparatpatienterne. En kategorisering – i sig selv – vil derfor i mange tilfælde være forbundet med en række udgiftsdrivende undersøgelser. Desuden vil et høreapparat ikke – på samme måde som briller på synsområdet – sikre en normalisering af høreevnen.

Endvidere kan der ikke siges noget generelt i forhold til hvilke patientkategorier, der vil have behov for dyrere høreapparater, netop fordi høretab i høj grad er individuelt. Dette er i modsætning til briller og kontaktlinser, hvor det som hovedregel er sådan, at de indikationer til briller og kontaktlinser, som er omfattet af bekendtgørelse om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter serviceloven, er mere omkostningskrævende, end det er tilfældet for den normale brille/kontaktlinsebruger.

På baggrund af ovenstående vil det umiddelbart være vanskeligt – ud fra nogle rationelle kriterier – at identificere patienter, som skal kunne få høreapparat med offentlig støtte via opstilling af en indikationsliste eller klare lægefaglige visitationskriterier.

Hvis høreområdet alligevel gøres fuldstændigt parallelt til synsområdet med en snæver indikationsliste vil det indebære, at høretab kun i meget svære tilfælde vil være berettiget til høreapparat som hjælpemiddel efter serviceloven eller i sundhedslovgivningen. Modellen vil dermed give de mange borgere med høretab, som ikke vil få offentligt tilskud en forholdsvis stor egenbetaling, sammenlignet med brille- og synsområdet, idet det i gennemsnit er væsentligt dyrere at afhjælpe et høretab end at afhjælpe de mindre synsnedsættelser.

³³ Når lyden bliver svagere af Claus Elberling og Kirsten Worsøe

Sammenfattende indebærer ”brillemodellen” altså, at høreapparater for de fleste brugere bliver en rent privat sag, ligesom det i dag er tilfældet med briller. Bestemte grupper med særligt definerede lidelser – som kunne udløse tilskud – vil kunne identificeres, men formentlig kun ved udgiftsdrivende undersøgelser, der ikke udføres i dag. En mindre vidtgående begrænsning af den kreds, der modtager høreapparat eller tilskud hertil, kan på den baggrund enklere gennemføres ved en stramning af de henvisnings- og visitationskriterier, der allerede gælder end ved særlige indikationslister administreret efter serviceloven

Hvis området bliver i serviceloven, vil der ikke ske en samling af lovgivningen på området, idet området fortsat vil skulle reguleres i sundhedsloven, serviceloven og dertil kommer helbredstillæg (hvis man ændrer loven, så høreapparater også er omfattet af helbredstillæg) og personligt tillæg efter pensionslovgivningen samt tillæg i henhold til aktivloven.

Hvis man derimod laver en ”brillemodel” i sundhedsloven vil systemet blive mere en-strengt end i dag.

7.3. MODEL 3 - TILSKUDSORDNING MED KOMMUNAL FINANSIERING

Organisering

I model 3 bibeholdes den nuværende struktur på området, dvs. at høreapparater fortsat defineres som et hjælpemiddel i serviceloven, den faglige kvalitet reguleres i Sundhedsministeriets lovgivning, kommunerne har fortsat bevillings- og finansieringsansvaret for apparater udleveret i offentlig regi og tilskud til privat høreapparatbehandling, mens regionerne og de private godkendte klinikker fortsat varetager høreapparatbehandlingen.

Med en bibeholdelse af den nuværende struktur sikres der ikke en større samordning på området.

Aktivitets- og udgiftskontrol

Der kan foretages en ændring i serviceloven, der skærper kommunernes mulighed for at afvise ansøgninger om støtte til høreapparat ud fra væsentlighedskriteriet.

Med den nuværende afgørelse i det sociale ankesystem er kommunerne reelt udelukket fra at lave en væsentlighedsvurdering ved ansøgninger om tilskud til privat høreapparatbehandling, idet kommunerne ifølge nævnets afgørelse skal bevilge tilskud hertil, hvis borgeren kan fremvise en speciallægeerklæring.

Hvis kommunerne i højere grad skal kunne afvise ansøgere om tilskud til høreapparatbehandling med henvisning til væsentlighedskriteriet, skal den nuværende § 112, stk. 5 i serviceloven ændres, så borgeren ikke længere har krav på tilskuddet til privat høreapparatbehandling selvom ansøgeren er anvist til høreapparatbehandling af en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme. Det skal således fremgå klart af loven, at kommunerne på trods af den lægefaglige vurdering af at borgeren har et høretab, der kan afhjælpes med høreapparat, så skal kommunen efterfølgende kunne anlægge en ny vurdering, der tager udgangspunkt i servicelovens væsentlighedskriterium, jf. § 112, stk. 1.

Der kan evt. være behov for, at væsentlighedskriteriet derefter udfoldes i forhold til høreapparater i en bekendtgørelse og i vejledningstekst.

Det bør fortsat være speciallæger, der ved henvisningen til høreapparatbehandling laver en lægefaglig vurdering af, hvorvidt borgeren har behov for høreapparatbehandling ud fra en lægefaglig vurdering.

Væsentlighedskriteriet skal i højere grad end den lægefaglige vurdering fokusere på borgerens sociale situation, således at der foretages en vurdering af, om høreapparatbehandling

- 1) i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af høretabet,
- 2) i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet, eller
- 3) er nødvendigt for, at den pågældende kan udøve et erhverv eller få en uddannelse.

Kommunerne skal dermed supplere speciallægenes lægefaglige vurdering og vurdere, om borgerens mulighed for at klare sig selv vil være væsentlig øget, hvis borgeren bevilges høreapparat eller tilskud til privat høreapparatbehandling.

Der vurderes, at være risiko for, at en sådan procedure kan få antallet af sager i det sociale nævn til at stige.

Det vurderes, at være vanskeligt for kommunernes administrative personale, at afvise en borgers ansøgning om høreapparat, hvis han/hun er henvist til høreapparatbehandling af en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme, for i den situation er det vanskeligt at argumentere for, at høreapparatet ikke i væsentlig grad letter den daglige tilværelse eller kan afhjælpe de varige følger af høretabet.

Alternativt hertil kan man derfor give kommunerne en pligt til at ansætte audiologer eller andet fagligt kvalificeret personale, der med udgangspunkt i deres faglige viden kan gennemgå speciallægenes henvisninger og på den baggrund visitere borgeren til enten høreapparatbehandling eller til andre former for kompensation for høretabet, fx træning i høreteknikker eller andre hjælpemidler. Hvis der indføres denne form for kommunal kontrol af speciallægenes henvisninger, kan man også anvende audiologerne mv. til at anbefale borgeren, om han/hun på grund af høretabets kompleksitet skal vælge offentlig høreapparatbehandling i stedet for privat. En sådan faglig kontrol af speciallægenes henvisninger skal foretages af fagligt uddannet personale eller alternativt af kommunikationscentrene, der i de fleste tilfælde har uddannet personale ansat, der kan varetage opgaven og som ofte tilbyder diverse abonnementsordninger for kommunerne i forvejen.

Der er ikke beregnet besparelspotentiale på modellen, da besparelsen alene afhænger af, hvor stramt væsentlighedskriteriet i forhold til høreapparat defineres i lovgivningen og tilhørende bekendtgørelse. Som nævnt er det meget vanskeligt at argumentere for, at hørelsen ikke er væsentlig for *alle* uanset social situation m.v. En kommunal pligt til på et fagligt grundlag at gennemgå speciallægenes henvisninger m.h.p. at tilbyde andre former for tiltag, træning eller hjælpemidler, vil formentlig medføre merudgifter snarere end besparelser.

Administration

Modellen vil påvirke kommunernes administrationsbyrde idet den sagsbehandling, der skal foretages, hvis kommunerne skal vurdere ansøgningerne ud fra et skarpere væsentlighedskriterium, vil blive mere omfattende.

Indførelse af en kontrolinstans i form af fagligt uddannet personale i kommunerne eller hos kommunikationscentrene vil ligeledes give mere administration, idet høreapparatsansøgningen skal gennemgås af et ekstra fagligt kontrollerende led.

Konsekvenser for borgerne

Med en bibeholdelse af den nuværende struktur ændres der ikke på borgerens frie valg, men nogle borgers adgang til høreapparatbehandling med offentligt tilskud vil blive begrænset, hvis kommunerne får mulighed for at anlægge et strammere væsentlighedskriterium.

Model 3 giver isoleret set ingen ændring i forhold til borgerens frie valg. Borgerne vil formentlig opleve en længere sagsbehandlingstid idet ansøgningen om høreapparat både skal behandles i

socialforvaltningen af en sagsbehandler og skal vurderes fagligt enten af særligt uddannet personale ansat i kommunen eller af et kommunikationscenter.

Fordele ved kommunal tilskudsmodel

Model 3 kræver ikke større omlægninger og opgaveflytninger og er i den forstand simpel og nem at implementere.

Et skrapere væsentlighedskriterium i forbindelse med kommunernes sagsbehandling kan i princippet øge udgiftskontrollen. Desuden vil kommunernes mulighed for at afvise ansøgninger om høreapparat tilvejebringe en større grad af sammenhæng mellem bevillings- og finansieringsansvar.

Modellen ændrer desuden ikke grundlæggende ved borgernes retsstilling, idet borgerne, hvis de henvises til høreapparatbehandling af en speciallæge og samtidig opfylder væsentlighedskriteriet eller kommunens faglige kontrol af ansøgningen, fortsat kan få støtte til høreapparat og frit vælge at få støtte til høreapparatbehandling hos en godkendt privat høreklub.

Ulemper ved kommunal tilskudsmodel

Model 3 ændrer ikke ved den nuværende struktur og de u hensigtsmæssigheder, der er ved et to-strengt system, hvor borgeren både skal i kontakt med sundhedssektoren og det sociale system for at få høreapparatbehandling. Hvis modellen med faglig kommunal kontrol af speciallægehenvisningerne gennemføres øges det kommunale bureaukrati, og der indføres endnu et led, som ansøgningerne skal i gennem.

Området vil også fortsat være reguleret i både serviceloven og i Sundhedsministeriets lovgivning.

Hvis den kommunale sagsbehandling udelukkende skal tage udgangspunkt i væsentlighedskriteriet, og der ikke skal være en faglig behandling af ansøgningen i kommunen kan det ses som en ulempe, at kommunale sagsbehandlere skal vurdere borgerens ansøgninger efter, at en speciallæge har visiteret borgeren til høreapparatbehandling. Det kan blive meget vanskeligt for de administrative sagsbehandlere at afgøre, at væsentlighedskriteriet ikke er opfyldt, hvis en borger har en henvisning fra en speciallæge, der siger, at borgeren kan få afhjulpel sit høretab med et høreapparat. Hvis det lægges til grund, at hørelsen er væsentlig for alle uanset livssituation i øvrigt, er det uklart, hvad væsentlighedskriteriet går ud på.

7.4. SAMMENFATNING

Modellernes karakteristika er sammenfattet i nedenstående tabel.

Tabel 7.1. Karakteristika ved de tre modeller

	Regional tilskudsmodel	”Brillemodellen”	Kommunal tilskudsmodel
Støtte reguleres i	Sundhedslovgivningen	Serviceloven eller sundhedslovgivningen Aktivloven Pensionslovgivningen	Serviceloven
Faglige krav reguleres i	Sundhedslovgivningen	Serviceloven eller sundhedslovgivningen	Sundhedslovgivningen, evt. suppleret med faglige retningslinjer i serviceloven til den kommunale sagsbehandling
Bevillingsmyndighed	Regioner via speciallæger, der henviser ud fra faglige	Kommuner eller regioner, ud fra indikationsliste	Kommuner, ud fra væsentlighedskriterium og

	og sociale visitationskriterier		evt. faglige kriterier
Finansieringsansvar i fht. Høreapparatet	Regioner	Kommuner eller regioner	Kommuner
Administration	Mindre administration, da sagsgang i kommunerne fjernes (regionerne skal dog udbetale tilskud)	Færre sager i offentlig regi Administration af tilskud efter aktivloven og pensionslovgivningen	Øget administration med genindførelse af væsentlighedskriterium og/eller faglig kontrol af speciallægenes henvisninger
Egenbetaling	Som i dag	Mange borgere vil falde uden for indikationslisten og vil få fuld egenbetaling (bortset fra evt. støttemuligheder i aktivloven og pensionslovgivningen)	Som i dag
Frit valg	Som i dag	Borgere inden for indikationslisten mister retten til frit valg, men der kan gives mulighed for tilkøb	Som i dag
Ventetid	Kortere, da et sagsbehandlingsled i kommunerne fjernes idet lægerne bevilger direkte	Kortere ventetid, da færre skal behandles i offentligt system	Formentlig længere, da der indføres en grundigere administrativ sagsbehandling eller et ekstra fagligt sagsbehandlingsled i kommunen

Note: Nogle parametre, fx egenbetaling og frit valg vil blive påvirket, hvis modellen kombineres med udvalgte initiativer fra kapitel 6.

BILAG 1. KOMMISSORIUM: KULEGRAVNING AF HØREAPPARATOMRÅDET

Lovgrundlag

Når en borger har fået bevilget et høreapparat af kommunen, har borgeren siden 2000 kunnet vælge mellem at få høreapparatet udleveret gratis på en offentlig høreklíník eller købe det hos en privat forhandler med et kommunalt tilskud på op til 6.230 kr. (2010-niveau). Tilskuddet inkluderer høreprøve, høreapparat, tilpasning, service og garanti, samt moms. For at opnå bevilling af tilskud skal der bl.a. foreligge en henvisning fra en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme om, at der er indikation for høreapparatbehandling.

Tilskudsordningen og tilskuddets størrelse er reguleret i serviceloven under Social- og Integrationsministeriets lovgivning. Godkendelse og tilsyn med private forhandlere af høreapparater er reguleret i Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse. Regionerne har ansvar for at tilbyde og tilrettelægge høreapparatbehandling på offentlige audiologiske klinikker, og regionerne indgår overenskomst med speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme.

Baggrund

Der er sket en betydelig aktivitetsstigning i antallet af udleverede høreapparater siden 2000. I 2010 blev der udleveret 133.000 høreapparater mod 80.000 i 2001. Stigningen skal dels ses i sammenhæng med det stigende antal ældre og forbedrede teknologisk muligheder.

Den høje aktivitetsvækst i udleveringen af høreapparater er problematisk set i forhold til at sikre økonomisk balance i den offentlige økonomi. De kommunale udgifter til høreapparater og tilskud til borgere er siden 2002 fordoblet og udgør i 2010 692 mio. kr. (2012-pl).

Regeringen og DF aftalte i forbindelse med Genopretningspakken at nedsætte det offentlige tilskud til privat udleverede høreapparater med 10 pct. fra 2011 for at tilpasse tilskuddet til de seneste års udvikling i priserne på høreapparater. Derudover fastfryses tilskuddet i tre år sådan, at der foretages en regulering første gang den 1. januar 2014, og reguleringen vil fra denne dato ske på baggrund af Danmarks Statistiks forbrugerprisindeks. Socialministeriet fremsatte den 13. oktober 2010 lovforslag herom.

Kulegravningens indhold

Med henblik på at sikre større udgiftskontrol, gennemsigtighed og kvalitetssikring af området igangsættes en kulegravning af høreapparatområdet, som skal analysere følgende spørgsmål:

- *Organisering af høreapparatbehandlingen generelt:* Høreapparater er i dag defineret som et hjælpemiddel, og tilskuddets størrelse reguleres i den sociale lovgivning under socialministerens ressort. Regler om sikring af kvaliteten i ydelserne hos private høreapparatleverandører fastsættes i en bekendtgørelse af Indenrigs- og Sundhedsministeren. For at opnå bevilling af tilskud skal der bl.a. foreligge en henvisning fra en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme om, at der er indikation for høreapparatbehandling. Det er kommunerne, der finansierer tilskudsordningen. Hvordan kan der skabes bedre samordning mellem bevillingskompetence, aktivitetsstyring og finansieringsansvar?
- *Kvaliteten og organiseringen af den faglige visitation og kvalitetssikring på de godkendte private klinikker.* Hvordan kan den faglige visitation og organiseringen heraf forbedres, således at patienter ikke tilbydes høreapparatbehandling uden at have behov herfor? Tilbagemeldinger fra DELTA peger på, at den kvalitetsmæssige efterkontrol kan styrkes.

Hvordan kan den nuværende kvalitetssikring og efterkontrol på godkendte private klinikker styrkes?

- *Øget gennemsigtighed:* Hvordan kan der skabes øget gennemsigtighed i forhold til speciallægenes egeninteresser i at henvise til høreapparatbehandling samt i forhold til, hvilke ydelser de private leverer for det offentlige tilskud, herunder i forhold til pris og kvalitet?
- *Tilskud:* Skal reglerne for tilskud ændres, og er der grundlag for yderligere nedsættelser af tilskuddet til privat udleverede høreapparater?

Sammensætning og proces

Der nedsættes en arbejdsgruppe bestående af Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der i fællesskab udarbejder analysen.

I arbejdet skal Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og DELTA inddrages. Derudover kan der i kulegravningen være behov for høring af centrale interessenter, herunder KL, Danske Regioner og Foreningen Af Speciallæger (FAS) herunder Foreningen for Praktiserende Speciallæger (FAPS).

Arbejdsgruppen afrapporterer til regeringens økonomiudvalg primo 2011.

BILAG 2. ORGANISERING AF HØREAPPARATOMRÅDET I SVERIGE OG NORGE

Sverige

I Sverige er høreapparater et hjælpemiddel. Ifølge Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763, 3 b §) er det landstingene (de svenske amter), der har ansvar for at tilbyde sine borgere de hjælpemidler, de behøver. Forskellige landsting har forskellige regler fx for, hvilke kriterier der kan bevilges hjælpemidler efter.

Reglerne for andelen af brugerbetaling varierer også fra landsting til landsting. I visse dele af landet er høreapparater gratis, mens der i andre dele er en høj grad af brugerbetaling. Det gælder også udgifterne til fx afprøvning og tilpasning. Landstingen indkøber høreapparaterne enten alene eller sammen med andre landsting i regionen. Det betyder, at der også er forskel på, hvilke høreapparater der udleveres i det enkelte landsting.

Flere amter har indgået aftaler med private høreklinikker, der kan tilbyde høreapparatbehandling. I nogle amter er denne ordning permanent, mens ordningen i andre amter kun bruges periodevis for at forkorte ventelisterne til høreapparater.

I Sverige afvikler regionerne udbud på høreapparater hver for sig. Her findes i udbudsbetingelserne typisk garantiperioder på 3 år (Skåne) til 5 år (Linköping) fra købsdato (Kilde: DELTA, 19. maj 2010).

Eksempler på forskellige ordninger i Sverige

Region Skåne lavede sidste år en reform, som indebærer, at hovedparten af høreapparatbehandlingen foretages af private virksomheder. Blandt de virksomheder, som er godkendt af amtsrådet til at yde høreapparatbehandling, kan patienten selv vælge, hvilken virksomhed han ønsker at anvende. Amtsrådet giver tilskud til behandlingen.

I Stockholm har man lavet en frit valgs ordning for de borgere, som har haft kontakt med kommunens egen høreklinik. Hvis en audiolog på den offentlige klinik fastslår, at patienten skal have høreapparat, og hvis patienten selv ønsker det, kan patienten tilbydes et tilskud, som han kan tage med til en privat leverandør. Det giver borgerne større mulighed for at vælge høreapparater.

Norge

Det specialiserede sundhedsvæsen er ansvarligt for høreapparatbehandling inklusiv tilpasning, mens NAV (de norske kommunale arbejds- og velfærdskontorer) er ansvarlig for forvaltningen af støtteordningen for høreapparater.

Offentlige hørecentre (svarende til de danske audiologiske afdelinger eller hospitaler) kan give høreapparater. Det samme kan private øre-, næse- og halslæger, hvis de har en aftale med de regionale sundhedsmyndigheder om at formidle høreapparater. Private øre-, næse- og halslæger samarbejder sammen med audiologer om høreapparatbehandlingen, men øre-, næse- og halslægen er ansvarlig for den.

NAV er ansvarlig for behandling af ansøgninger om støtte til høreapparater. Høreapparat er defineret som et hjælpemiddel. Der gives 5.975 NKR i støtte pr. digitale høreapparat, jf. § 8 i forordningerne. Der gives fuld støtte til reparation af høreapparater og nødvendigt tilbehør.

NAVs centrale indkøbskontor udarbejder sammen med specialister i sundhedsvæsenet rammeaftaler, der indgås med leverandører af høreapparater. Rammeaftalerne omfatter også reparationer og forbedringer. De offentlige hørecentre og de private øre-, næse- og halslæger, som har aftaler om at formidle høreapparater, kan bestille høreapparater indenfor de rammeaftaler, som NAV har indgået. NAV forvaltningen betaler regningen, dog med lokale variationer i brugernes egenbetaling.

Høreapparaterne er i dag provinsernes ejendom. Der arbejdes i øjeblikket på en lovændring, som vil give borgeren ejendomsret til høreapparatet. Det vil dog ikke ændre på, at NAV stadig betaler for reparationer og nødvendigt tilbehør.

Den gennemsnitlige indkøbspris for offentligt indkøbte høreapparater i Norge var 4.804,57 NKR (eksklusiv moms) i 2009. Det forventes fra norsk side, at man får forhandlet en lavere pris i 2010.

Der blev indkøbt ca. 65.000 høreapparater til en samlet udgift på ca. 314 mio. NKR.

BILAG 3. MØDE OM HØREAPPARATOMRÅDET DEN 16. DECEMBER 2010

Som led i regeringens kulegravning af høreapparatområdet inviterede Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet en række foreninger og organisationer til en drøftelse af høreapparatområdet. Drøftelsen fandt sted den 16. december 2010 i Indenrigs- og Sundhedsministeriets lokaler. Følgende organisationer og foreninger var repræsenteret på mødet:

Tilstede:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Danske Regioner, KL, DELTA, AMGROS, Dansk Medicinsk Selskab, Dansk Øre-, Næse- og Halslægers Organisation, Foreningen af Speciallæger, Praktiserende Speciallæger, Teknisk Landsforbund, Audionova, Dansk Hørecenter, Hørecentrene A/S, PAKS, Leverandørforeningen for høreapparater, Hear It AISBL, Høreforeningen og Ældresagen.

Kort resumé af mødet:

Kontorchef Niels Würbler Hansen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet bød velkommen og præsenterede baggrunden for regeringens kulegravning – herunder kommissoriet for arbejdet. I arbejdet vil der blive fokuseret på organisering, kvalitet, gennemsigtighed og tilskuddet. Arbejdet har en kort tidshorisont og forventes afsluttet i februar 2011, hvor arbejdsgruppens resultater vil offentliggøres.

Alle de fremmødte foreninger og organisationer fik derefter mulighed for at fremlægge synspunkter og mulige tiltag inden for høreapparatområdet, herunder i forhold til organisering, kvalitet, gennemsigtighed og tilskuddet.

Efter præsentationen af de enkelte synspunkter var der mulighed for debat. Niels Würbler Hansen opsummerede afslutningsvis synspunkterne og debatten. Der var flere fællestræk i de fremførte synspunkter – bl.a. i forhold til behov for et mere enstrengt system forankret i sundhedsloven og behov for øget kvalitetssikring af behandlingsdelen og høreapparatet, fokus på (efter)uddannelse, behov for øget gennemsigtighed. Der var blandt de repræsenterede foreninger og organisationer ikke enighed om behovet for udgiftskontrol på området.

Niels Würbler Hansen afsluttede med, at arbejdsgruppen i det videre forløb vil kunne få behov for at kontakte foreninger og organisationer for uddybende oplysninger, og at foreningerne var velkomne til at indsende skriftlige input til sekretariatet for arbejdsgruppen for kulegravningen.

BILAG 4. ÆNDRING AF TILSKUDDETS STØRRELSE PR. 1. JANUAR 2011

Med regeringens genopretningspakke fra august 2010 og vedtagelsen af L 28b er tilskuddet til høreapparater, som udleveres fra en privat, godkendt høreapparatleverandør, nedsat med 10 pct. til 5.607 kr. pr. apparat. Det nedsatte tilskud skal finde anvendelse på ansøgninger om tilskud til høreapparat, der indgives efter den 1. januar 2011.

Herudover er det vedtaget, at tilskuddet fastfryses i 3 år, således at der foretages en regulering første gang den 1. januar 2014. Endvidere foreslås det, at reguleringen fra denne dato sker på baggrund af Danmarks Statistiks forbrugerprisindeks. Ved beregningen foreslås anvendt ændringen i forbrugerprisindekset to år forud for finansåret. Beløbet afrundes til nærmeste kronebeløb. Forslaget om den ændrede reguleringsmåde er begrundet i, at forbrugerprisindekset i højere grad end satsreguleringsprocenten er et udtryk for den almindelige prisudvikling.

De nugældende regler i servicelovens § 112, stk. 5, om hvad tilskuddet til privat udleverede høreapparater omfatter, er videreført uændret, ligesom reglen om at der i de tilfælde, hvor udgifterne til det privat udleverede høreapparat er lavere end tilskuddet, højst kan udbetales hjælp svarende til de faktiske udgifter, er opretholdt uændret.

Lovændringen indebærer ingen ændringer i forhold til, hvilke betingelser der skal være opfyldt, for at borgeren kan visiteres til høreapparat, ligesom der heller ikke er ændret på, hvilke kriterier der skal være opfyldt, for at borgeren har ret til at benytte sig af retten til at vælge en privat høreapparatleverandør.

Social- og Integrationsministeriet

Holmens Kanal 22

1060 København K

Tlf. 33 92 93 00

sm@sm.dk

www.sm.dk